



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

Relatório de Estágio

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica: gestão das emoções
da criança e família no período pré-operatório**

Nélia Alexandra Serafim Gonçalves

**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica: gestão das emoções
da criança e família no período pré-operatório**

Nélia Alexandra Serafim Gonçalves



Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Quando te empenhas no que estás a fazer, quando as tuas ações são úteis para ti e simultaneamente para os outros; quando não te cansas de procurar a doce satisfação da tua vida e do teu trabalho... estás a fazer aquilo para o qual nasceste”

Gary Zukav

“A vida não é sobre o que acontece, mas sobre aquilo que fazemos com aquilo que nos acontece”

Diana Coimbra Gaspar

AGRADECIMENTOS

Ao Manuel Manteigas, meu namorado e companheiro de vida e à Laurinha por serem o meu porto seguro de todos os dias, por todo o amor, compreensão, inspiração, alegria, e força para seguir em frente que sempre me deram,

Aos meus pais por terem contribuído para a pessoa que sou hoje e pelo apoio que me dão,

À minha irmã, por ser sempre um porto seguro, e pelo apoio que me deu na tomada de decisão de abraçar esta “caminhada”, bem como em todos os dias da mesma,

À minha família e amigos do coração pela compreensão e ajuda, e por me darem força e me “puxarem para cima” nos momentos de dificuldade,

A toda a equipa da Cardiologia Pediátrica, onde exerço funções, pela paciência para os meus dias mais “difíceis e angustiados”, e por toda a disponibilidade que sempre demonstraram para me apoiar e dar força ao longo deste percurso,

Às sempre amigas e colegas de trabalho pela sua disponibilidade, amizade e apoio,

A toda a turma deste 11.º Curso de Mestrado pela partilha e incentivo ao longo deste percurso de aprendizagem... e em especial à Marta Cordeiro e à Susana Figueiredo por terem aceite partilhar comigo esta “caminhada”, que iremos com certeza guardar para a vida toda, tal como a nossa amizade,

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio pela disponibilidade, orientação e partilha do saber,

A todos os Docentes que contribuíram para este percurso de aprendizagem e crescimento. Em especial à Professora Doutora Paula Diogo pela confiança em mim depositada e por todos os ensinamentos, disponibilidade e compreensão que teve no apoio prestado ao longo de todo o percurso,

A todas as crianças, jovens e famílias por serem fonte de motivação e inspiração,

A todos o meu mais sincero e eterno agradecimento... Muito Obrigada!

RESUMO

A hospitalização conduz a alteração das rotinas de vida da criança/família, pois a criança é retirada do seu ambiente familiar e afetuoso, e afastada das pessoas que lhe são significativas para um ambiente completamente desconhecido, ficando sujeita a inúmeros stressores, tais como, ambiente desconhecido, separação do ambiente familiar, perda de controlo e autonomia, e medo da lesão corporal e dor. A família vê-se obrigada a alterar a sua dinâmica de forma a responder às necessidades da criança. Este processo é, frequentemente, acompanhado de uma emocionalidade intensa, vivida pela criança/família, o que faz com que a díade necessite de apoio externo, fornecido pela equipa de enfermagem através da prestação de um cuidado holístico que valoriza as suas necessidades emocionais.

A realização do percurso formativo que conduziu ao presente Relatório de Estágio teve como objetivos desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), e aprofundar conhecimentos acerca do impacto emocional do processo cirúrgico na criança/família. Assim, o **objeto de estudo** é as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório, tendo em conta as vivências emocionais do cliente pediátrico e família, mobilizando a teoria de Jean Watson, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os princípios dos cuidados centrados na família (CCF), a parceria de cuidados, os Cuidados Não Traumáticos (CNT) e o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

Ao longo do percurso de estágio, foi utilizada uma metodologia crítica, descritiva e reflexiva sobre as práticas de cuidados que permitiu a aquisição de novos saberes/competências como futura EEESIP. Das atividades desenvolvidas destacam-se a observação participativa nos cuidados, reflexões escritas ao longo dos estágios, a identificação de estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista (EE) na gestão emocional da criança-família e a implementação sob supervisão de estratégias de apoio à gestão emocional. O EEESIP tem um papel primordial na gestão das emoções através do desempenho do trabalho emocional, contribuindo para alterar as emoções negativas do cliente e, conseqüentemente, atitudes e comportamentos, para estados de tranquilidade e bem-estar promovendo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e a adaptação positiva a toda a situação.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; criança; família; emoções; período pré-operatório.

ABSTRACT

Hospitalization leads to changes in the child/family's life routines, as the child is removed from their family and affectionate environment, and away from the people who are significant to them to a completely unknown environment, being subject to numerous stressors, such as the environment unknown, separation from the family environment, loss of control and autonomy, and fear of bodily harm and pain. The family is forced to change its dynamics in order to respond to the child's needs. This process is often accompanied by intense emotionality, experienced by the child/family, which makes the dyad need external support, provided by the nursing team through the provision of holistic care that values their emotional needs.

The training course that led to this Internship Report aimed to develop the skills of nurse specialists in child and pediatric health nursing (EEESIP), and to deepen knowledge about the emotional impact of the surgical process on the child/family. Thus, the object of study is the nursing interventions that facilitate the management of the emotions of the child and family in the preoperative period, taking into account the emotional experiences of the pediatric client and family, mobilizing Jean Watson's theory, the Systems Model of Betty Neuman and the principles of family-centered care (CCF), the partnership of care, the Non-Traumatic Care (NTC) and the Emotional Work Model in Pediatric Nursing.

Throughout the internship, a critical, descriptive and reflective methodology was used on the care practices that allowed the acquisition of new knowledge/competencies as a future EEESIP. The activities developed include participatory observation in care, written reflections throughout the internships, the identification of strategies used by the specialist nurse (EE) in the emotional management of the child-family and the implementation, under supervision, of support strategies for emotional management. The EEESIP has a key role in managing emotions through the performance of emotional work, contributing to change the client's negative emotions and, consequently, attitudes and behaviors, to states of tranquility and well-being, promoting the development of coping mechanisms and positive adaptation to the whole situation.

Keywords: Nursing care; child; family; emotions; preoperative period

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BO - Bloco operatório

CCF - Cuidados Centrados na Família

CMEESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CNSCA - Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente

CNT - Cuidados não-traumáticos

COVID-19 - Doença do coronavírus

CPTS - Center for Pediatric Traumatic Stress

CSP - Cuidados de saúde primários

CVSIJ - Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

CC - Cardiopatia Congénita

DI - Desenvolvimento infantil

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário da República

EACH - European Association for Children in Hospital

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC - Instituto de Apoio à Comunidade

ICN - International Council of Nurses

GOBPESIP - Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

NCTSN - The Nacional Child Traumatic Stress Network

PNL - Plano Nacional de Leitura

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PQCEESJ - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

RV - Realidade virtual

SARSCOV-2 - Vírus responsável pela doença do coronavírus

SCLINICO - sistema informático para partilha de informação clínica

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1. Cuidar em Enfermagem na atualidade.....	16
2.2. Cuidar em Enfermagem Pediátrica	19
2.3. Emocionalidade na Criança e família que experienciam uma cirurgia	21
2.4. Intervenção de Enfermagem na gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório.....	24
3. PROBLEMÁTICA	30
4. METODOLOGIA.....	31
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO.....	33
5.1. Serviço de internamento de pediatria: cardiologia / cirurgia cardíaca pediátrica ...	34
5.2. Unidade de neonatologia	39
5.3. Serviço de urgência pediátrica.....	44
5.4. Unidade de saúde familiar.....	48
5.5. Consulta de desenvolvimento infantil.....	58
6. PERCURSO FORMATIVO: AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP E DE MESTRE.....	61
6.1. Desenvolvimento de competências comuns de EE.....	61
6.2. Desenvolvimento de competências específicas de EEESIP	63
6.3. Desenvolvimento de competências de mestre.....	65
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	69

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Conteúdo da Pasta Digital

ANEXO II - Livro “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e folheto complementar ao livro “No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João” ([site: https://www.coronakids.pt/](https://www.coronakids.pt/))

ANEXO III - Manual de primeiros socorros “emocionais” para pais e filhos

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa Conceptual

APÊNDICE II - Cronograma

APÊNDICE III - Guia orientador das atividades de estágio

APÊNDICE IV - Reflexão acerca das necessidades emocionais das crianças e família no período pré-operatório

APÊNDICE V - Diário de campo contendo a observação de estratégias de comunicação com a criança e família, adequada à situação e estágio de desenvolvimento

APÊNDICE VI - Vídeo informativo acerca do circuito hospitalar

APÊNDICE VII - Documentação para solicitação das condições para elaborar videochamadas

APÊNDICE VIII - Guia de dicas para pais

APÊNDICE IX - Material lúdico-didático adquirido

APÊNDICE X - Kit com material terapêutico

APÊNDICE XI - Formação à equipa com o tema “Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família”

APÊNDICE XII - Plano de sessão da formação “Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família”

APÊNDICE XIII - Norma de procedimentos sobre a “Preparação pré-operatória da criança e família - gestão da emocionalidade”

APÊNDICE XIV - Diário de campo contendo a observação de estratégias de comunicação com a família, adequada à situação

APÊNDICE XV - Descrição de uma situação de cuidados aplicando o modelo TEEP

APÊNDICE XVI - “Diário do bebé”

APÊNDICE XVII - Documento com a justificação da pertinência do “Diário do bebé”

APÊNDICE XVIII - Diagnóstico de necessidades formativas da equipa do SUP

APÊNDICE XIX - Respostas ao formulário de diagnóstico de necessidades formativas do SUP

APÊNDICE XX - Cartazes que compilam as principais intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação, que contribuem para a gestão da emocionalidade da criança, submetida a procedimentos invasivos de acordo com a idade e estágio de desenvolvimentos

APÊNDICE XXI - Formação com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade”

APÊNDICE XXII - Plano de sessão “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade”

APÊNDICE XXIII - Avaliação da sessão de formação “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade”

APÊNDICE XXIV - Óculos de Realidade Virtual adquiridos

APÊNDICE XXV - Formulário de avaliação das necessidades formativas na área do “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXVI - Respostas ao formulário de avaliação as necessidades formativas na área do “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXVII - Ação de formação, com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXVIII - Plano de sessão para a formação, com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXIX - Questionário de avaliação da formação, com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXX - Respostas do questionário de avaliação da formação, com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas”

APÊNDICE XXXI - Folheto “Alimentação do bebé no 1.º ano de vida”

APÊNDICE XXXII - Divulgação do site: <https://www.coronakids.pt/>, do livro “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e folheto complementar ao livro “No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João”

APÊNDICE XXXIII – Folheto que compila as principais fases/estádios de desenvolvimento psicossocial dos 0 até aos 18 A

APÊNDICE XXXIV - Participação como preletora no 2.º Webinar emoções em saúde com o tema “trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de covid-19”

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEESIP), que visa “o reforço da formação teórica e teórico-prática, numa determinada área de saber” (Regulamento do Mestrado, 2019, p.4) e culmina com a realização do relatório final, que reflete o desenvolvimento do conhecimento e da capacidade de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema e o desenvolvimento de competências de EEESIP nessa mesma área de conhecimento.

A elaboração deste relatório pretende espelhar o percurso de estágio, que decorreu entre 18 de dezembro de 2020 e 30 de abril de 2021, organizado através de um cronograma previamente definido (Apêndice II). Ao longo deste percurso procurei adquirir novos conhecimentos, desenvolver e consolidar competências de EEESIP e de mestre, proporcionando o meu crescimento a nível pessoal e profissional e a melhoria constante da qualidade dos cuidados por mim prestados.

Enquanto enfermeira generalista, a trabalhar num serviço de cirurgia pediátrica, senti necessidade, não só de aprofundar conhecimentos no âmbito da saúde da criança, visando uma prestação de cuidados de nível avançado, mas também, de aprofundar conhecimentos no âmbito do impacto emocional que a cirurgia tem no sistema criança e família, procurando descobrir a que nível, e como é que a intervenção de enfermagem pode ajudar a eliminar ou reduzir os efeitos prejudiciais dessa emocionalidade negativa, minimizando os efeitos traumáticos associados ao processo cirúrgico. Constatei, na prática de cuidados, que muitas vezes há, por parte da equipa de enfermagem, dificuldade em lidar com as emoções da família e da criança no período pré-operatório. Posto o referido, e também pelo gosto pessoal e vontade de aprofundar conhecimentos na área, defini como **tema para o projeto**: cuidar em enfermagem pediátrica: gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório. E como **objeto de estudo**: a intervenção de enfermagem que facilita a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório.

O EEESIP cuida em parceria com a criança saudável ou doente e família/pessoa significativa, em qualquer contexto (hospitais, cuidados continuados, cuidados de saúde primários - CSP) para promover a saúde; proporcionar educação para a saúde, assim como, identificar e mobilizar recursos de suporte à família. Deve assegurar a “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência

e satisfação da criança e sua família, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (Kelly et al., 2007, citado por Diário da República (DR) n.º 422/2018, p.19192). E deve orientar a sua prática numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios da proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem - PQCEECSJ, n.º 351/2015). Esta abordagem holística pressupõe a valorização das necessidades emocionais, pelo que se torna essencial o tema deste projeto.

Para a concretização deste projeto, comecei por construir um suporte/fundamentação teórica e para isso efetuei pesquisas nas bases de dados, como exemplo, a Biblioteca do conhecimento on-line, EBSCO, SCIELO, Medline, CINAHL motor de busca da Google *Scholar* e *plataforma ResearchGate*, o que permitiu identificar literatura científica relevante para construir o enquadramento teórico, que se encontra sistematizado no mapa conceptual (Apêndice I), e que reflete os conceitos que irão servir de base ao meu trabalho.

Perante a pertinência desta temática, defini os seguintes **objetivos gerais** para o meu percurso formativo: 1) Desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família; 2) Desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória. Para concretizar estes objetivos utilizei uma metodologia critico-reflexiva, a partir da qual, confrontei o meu corpo de conhecimentos com as variadas situações de cuidados, com que me fui deparando e protagonizando ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Dos quadros de referência presentes, na minha prática de cuidados, e perspetivando aqueles que me irão orientar enquanto futura EEESIP, destaco os CCF, a parceria de cuidados e os CNT, procurando sempre a prestação de um cuidado de excelência holístico e humanizado. Ao longo deste trabalho sustento também a minha experiência de estágio na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Modelo TEEP), enquadrados no paradigma de Enfermagem da transformação.

A estrutura deste Relatório de Estágio apresenta inicialmente uma introdução, seguida de 5 capítulos. O primeiro capítulo, revela o enquadramento teórico acerca da temática, em que abordo aspetos do cuidar, as especificidades do cuidar em

pediatria, a importância das emoções no cuidar e a emocionalidade intensa vivida num processo de saúde-doença, que é agravada perante a necessidade de um procedimento invasivo/cirurgia e a intervenção de enfermagem com vista a apoiar a criança e família na gestão da emocionalidade. O segundo capítulo inclui a identificação e justificação da problemática e do objeto de estudo. Do terceiro capítulo consta a explicação da metodologia utilizada no percurso formativo. O quarto capítulo é constituído pela descrição e reflexão do percurso de estágio. O quinto capítulo apresenta uma reflexão acerca das competências de EEESIP e de mestre que foram sendo adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Por último, as considerações finais e projetos futuros. E no final do presente relatório encontram-se os Anexos e Apêndices, que incluem documentos complementares ao mesmo.

Este trabalho foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, em conformidade com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Godinho, 2020), tendo optado pelas normas de citação e referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA), 7ª edição. Foi também privilegiado o anonimato de clientes, equipas e organizações.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Cuidar em Enfermagem na atualidade

A enfermagem tem no seu âmago o **cuidar** do ser humano quando o autocuidado está comprometido (Watson, 2018). Desde Florence Nightingale que se procura definir, conceptualmente, o cuidado em enfermagem, pela via da observação, investigação e reflexão sobre a prática de forma cada vez mais profunda e complexa, holística e integradora. Collière (1999, p.235) define cuidar como:

Prestar cuidados, tomar conta, (...), um acto de VIDA, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. (...). Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Dos **paradigmas do cuidar** centrados na doença, evoluiu-se, para a valorização da relação cliente-prestador de cuidados com o paradigma da transformação, defendido por autores da Escola do Cuidar como Watson, Rogers e Neuman (Silva, 2002; Oliveira, Lopes & Luz, 2013). Este encara os fenómenos como únicos, mas em interação com o que os rodeia. A pessoa é encarada como única, em que o todo é maior do que a soma das partes, com variadas dimensões e indissociável do contexto. A saúde é concebida como um valor/experiência vivida, segundo a perspectiva de cada indivíduo, e não como um estado estável ou ausência de doença. Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados, e considerar o direito dos clientes a participar no planeamento e implementação de medidas que a si digam respeito, um parceiro dos cuidados. A intervenção de enfermagem “significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher.” (Oliveira et al., 2013, p. 34).

As **teorias/modelos conceptuais** de enfermagem são fundamentais nesta disciplina prática, pois contribuem para orientar e dar sustentação à atuação do enfermeiro na sua práxis. Dada a temática deste projeto destaca-se o **modelo de sistemas de Betty Neuman**, orientado para o Holismo, no qual, o cliente (indivíduos, grupos e comunidades) é encarado como um sistema aberto, em interação com o ambiente, exposto a stressores (forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema) aos quais responde através da utilização de processos adaptativos. Esta perspectiva permite aos enfermeiros cuidar da unidade familiar enquanto cliente (Tomey et al., 2004; Allgood, 2018).

O cliente tem uma relação recíproca com o ambiente (fatores internos e externos que rodeiam/interagem com a pessoa) verificando-se que se adapta ou adapta o ambiente a si (Alligood, 2018). Neuman identificou três ambientes relevantes: interno, externo e criado (inconscientemente desenvolvido, e utilizado pelo cliente para sustentar o *coping* protetor; mobiliza todas as variáveis do sistema para criar um efeito “isolador” que ajuda a pessoa a lidar com os stressores mudando-se a si próprio ou à situação). Cada cliente/sistema desenvolve uma variedade normal de respostas ao ambiente (linha de defesa normal), que pode ser usada como padrão a partir do qual se mede o desvio de saúde. Quando esta linha deixa de ser capaz de proteger o sistema de um stressor, há quebra da linha de defesa normal. Cada cliente/sistema possui fatores de resistência internos (linha de resistência), que funcionam para estabilizar e devolver ao cliente o estado de bem-estar (linha de defesa normal) (Tomey et al., 2004). Os stressores são estímulos, produtores de tensão, que ocorrem no sistema do cliente, e podem ser: intrapessoais; interpessoais (como as expectativas de função) e/ou extrapessoais (como as circunstâncias financeiras (Tomey et al., 2004). Cada stressor difere no seu potencial para perturbar o nível de estabilidade do cliente. É importante interpretar como a pessoa reage aos stressores, e quais as consequências para a dinâmica do processo saúde-doença (Neuman & Fawcett, 2011 citados por Braga, Salgado & Souza, 2018).

A Doença é encarada por Neuman como a desarmonia entre as partes do sistema, resultado da não satisfação das necessidades em diversos níveis (Alligood, 2018). A Enfermagem é considerada uma profissão única, relacionada com todas as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais) que afetam a resposta do indivíduo ao stress (Neuman, 1982 citada por Alligood, 2018). A sua intervenção visa controlar essas variáveis, de forma a favorecer a adaptação do mesmo aos stressores (Braga et al., 2018). O processo de enfermagem de Neuman compreende três passos: diagnóstico (obtenção de dados a partir dos quais se pode determinar as variações do bem-estar), objetivos (estabelecidos através da negociação com o cliente visando corrigir as variações do bem-estar) e resultados de enfermagem (determinados pela intervenção de enfermagem). A avaliação pretende confirmar os objetivos dos resultados desejados, e reformular os objetivos subsequentes (Tomey et al., 2004). No que se refere à prevenção como nível de intervenção de enfermagem, temos, segundo esta autora, a primária, a secundária e a terciária. A primária, diz respeito ao conhecimento/avaliação do cliente, permitindo a identificação e redução ou eliminação de fatores de risco possíveis/reais associados a stressores para impedir uma possível reação. A secundária, diz respeito à sintomatologia, após uma reação a

stressores, que permite definir prioridades de intervenção e tratamento para reduzir os seus efeitos nocivos. Por fim, a terciária, refere-se ao processo de ajustamento a ter lugar logo que se inicia a reconstituição e os fatores de manutenção deslocam o cliente de regresso à prevenção primária (Neuman, 2011 citada por Alligood, 2018).

Com a evolução dos paradigmas e referenciais teóricos que orientam a enfermagem, atualmente, espera-se dos profissionais um conhecimento e saber técnico e científico, mas também competências relacionais, evidenciando envolvimento e intencionalidade nas relações interpessoais que estabelecem, visando o bem-estar global da pessoa cuidada (Diogo, 2015).

Jean Watson refere que a prestação de cuidados tem de ser baseada “em valores humanos e na preocupação pelo bem-estar dos outros” (Watson citado por Tomey et al., 2014, p. 169). Defende que o cuidar envolve ações carinhosas, ser sensível a si mesmo e aos outros (Watson, 2002, 2018), pressupõe que o enfermeiro dê de si próprio ao ser que é cuidado, e um contexto relacional provido de afeto (Diogo, 2017). Mas reforça a necessidade de o enfermeiro conseguir utilizar o afeto sem ultrapassar a esfera profissional (Watson, 2018), sendo fundamental a intencionalidade do cuidar.

O cuidar pressupõe uma partilha de emoções e não pode ser indiferente às mesmas (Watson, 2002; Diogo, 2019), pois só pode ser praticado com eficiência se for feito interpessoalmente (Vilelas & Diogo, 2014; Watson, 2018), e toda a interação é contaminada por emoções e sentimentos (Vilelas, et al., 2014; Diogo, 2017), e desta emergem novos sentimentos e emoções (Diogo, 2015). O envolvimento emocional no cuidar é essencial, para a relação de ajuda (Diogo, 2015) que promove e aceita a expressão dos sentimentos positivos e negativos (Tomey et al., 2014; Watson, 2018). A **relação de ajuda** pressupõe saber escutar, observar o outro (Simões, Fonseca & Belo, 2006). Não se pretende indicar o caminho certo, pois esse irá variar de acordo com a pessoa/situação, mas estabelecer uma relação “não-directiva, colaborativa, assente em princípios de valorização da pessoa do outro e de crença nas suas potencialidades para resolver, de forma autónoma, os seus problemas” (Rogers, 1980 citado por Simões et al., 2006, p. 46). O Cuidar é benéfico e tem resultados positivos para o cliente, nomeadamente, bem-estar emocional-espiritual, potencia a recuperação física e relacionamentos de confiança e familiaridade (Diogo, 2015).

Posto o referido, pode afirmar-se que, a enfermagem está interessada em compreender a saúde, a doença e a experiência humana, tomando-se fundamental, aprender a perceber emoções/sentimentos envolvidos no cuidar (Watson, 2018; Diogo & Mendonça, 2019). Para uma abordagem holística, é essencial que os enfermeiros

reconheçam as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas (Benner, 2001 citado por Diogo, 2017).

2.2. Cuidar em Enfermagem Pediátrica

O **cuidar em Pediatria** tem inúmeras especificidades relacionadas com a população alvo dos cuidados: o binómio criança/família (PQCEECSJ, 2015). Segundo o Regulamento dos PQCEECSJ (2015), criança “é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a idade adulta esteja conseguida” (DR, p. 16661). Atualmente, a criança deve ser encarada como sujeito ativo/participante do seu processo de hospitalização, promovendo-se um cuidado que ultrapasse o físico e alcance as necessidades emocionais e sociais (Andrade, Freitas & Marques, 2015). A criança hospitalizada requer, para garantia do processo de crescimento e desenvolvimento, a satisfação das necessidades afetivo-emocionais (Schmitz, Piccoli & Viera, 2003). E apresenta-se dependente da família, sua principal base de apoio, para suprir as suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011; Salvador, Gomes & Oliveira, 2015).

Tendo em conta o impacto negativo da experiência de doença/hospitalização na criança, constata-se uma crescente preocupação em humanizar os cuidados e ajudar a ultrapassar as adversidades da hospitalização (European Association for Children in Hospital (EACH), 2009). Está preconizado no DR, Regulamento n.º 351/2015, que toda a criança/família tenha acesso a cuidados de enfermagem, que respeitem os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível, sendo fundamental a humanização, para alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados à diáde (Hockenberry & Barrera, 2014). Assim, privilegia-se o envolvimento e presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com uma intervenção que minimize o desconforto e o sofrimento físico e emocional. Destacando-se o recurso a estratégias de humanização e CNT, inscritos na filosofia de CCF (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016), e no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos (Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente - CNSCA, 2009; Mendes & Martins, 2012).

Os **CCF** consideram fundamentais as necessidades da criança e família, visando apoiá-la nas suas competências, empoderando-a para a prestação de cuidados de qualidade aos filhos (Apolinário, 2012; Hockenberry, et al., 2014; Tallon, Kendall & Snider, 2015; Smith, 2018), reconhecendo a unicidade e forças de cada família e estabelecendo

parcerias mutuamente benéficas das mesmas com a equipa de cuidados (Butler, Copnell & Willetts, 2013; Harrison, 2010 citados por Smith, 2018). Anne Casey desenvolveu, o “**Modelo de parceria de cuidados**”, que realça a importância dos pais, como parceiros nos cuidados à criança (Casey, 1993 citada por Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2015), por reconhecer que são os melhores cuidadores dos seus filhos (Ribeiro et al., 2015; Pedroso, 2017). A parceria está associada a um processo dinâmico, que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros. Caracteriza-se por uma relação igualitária com partilha de poder e de conhecimentos, capacidade de negociação, definição de objetivos comuns centrados na pessoa/família, respeito mútuo e partilha de informação aberta e honesta (Mendes et al., 2012; Butler et al, 2013). Na parceria de cuidados, a equipa desempenha funções de apoio, de ensino, e de encaminhamento da família para outros profissionais de saúde quando necessário (Ribeiro et al., 2015).

Quando se fala de humanização no cuidar em pediatria, é importante refletir também sobre CNT. Frequentemente, os cuidados de enfermagem em pediatria que se prestam às crianças, geram sentimentos de ameaça, desconforto, dor e trauma, e compete aos enfermeiros investigar e estabelecer estratégias para minimizar estas intervenções. Quando estas são indispensáveis, cabe à equipa criar condições para que sejam seguras, eficazes para atenuar o desconforto, a dor e até o medo, o stress, a ansiedade e consequentemente o trauma (Passos, 2018). Os **CNT**, são cuidados terapêuticos e humanizados, que não causem dano, ou utilizem estratégias, cuja finalidade é reduzir/eliminar o desconforto físico e/ou psicológico das crianças/família (Hockenberry et al., 2014), visam estimular o controlo da criança, minimizando as emoções negativas (Passos, 2018). Para a implementação dos CNT, os enfermeiros devem controlar os fatores que comprometam o objetivo de prevenir ou minimizar o stress. E assenta em três princípios: evitar a separação da criança e da família, promover a sensação de controlo, e minimizar as intervenções invasivas e dor (Hockenberry et al., 2014). O Center for Pediatric Traumatic Stress (CPTS) refere como pontos essenciais: o controlo da dor, ajudar as crianças a lidar com os medos e preocupações, envolvê-las nas decisões e ajudá-las a aplicar as suas estratégias de *coping*.

Tudo o que foi referido, é fundamental, pois, tal como refere McQueen (2004), “os enfermeiros ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, (...) a proximidade na relação permite conhecer o cliente e as suas necessidades, promovendo a humanização dos cuidados.” (Diogo, 2017, p. 21). Para uma prestação de cuidados integral e humanizada, “a enfermeira deve atuar na preservação e proteção da vida da criança com adequada compreensão e

reconhecimento de suas necessidades biopsicossociais e espirituais” (Martinez, Oliveira & Bastos, 2017, p. 2).

2.3. Emocionalidade na Criança e família que experienciam uma cirurgia

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar depara-se com crises que podem comprometer o desenvolvimento infantil (DI) (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015; Pylóa, Peixoto & Bueno, 2015; Diogo et al., 2016; Neutzling, Barlem & Barlem, 2017). Os **processos de saúde-doença** na criança constituem uma situação de crise causadora de stress (Sanders, 2014). A vivência de um processo de doença/hospitalização “implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das atividades sociais” (Diogo, 2015, p. 2) para um local desconhecido (Vasques, Bouso & Mendes-Castillo, 2011; Santos, 2014; Andrade et al., 2015; Callefi, Rocha & Anders, 2016; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Os processos de saúde-doença estão assim frequentemente associados a uma emocionalidade intensa (Diogo, 2015, 2019), emergindo a necessidade de estudar as emoções (Collière, 2003; Diogo, 2019). **Emoção** é definida enquanto “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença” (International Council of Nurses - ICN, 2015 citado por Diogo, 2019, p. 5). Damásio (2000) define as emoções como “conjuntos complexos de reacções químicas e neurais, (...) todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, (...), e o seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida” (p.74). As emoções são entendidas como exercendo um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

É imprescindível considerar as emoções no processo de hospitalização/cirurgia, pois a criança encontra-se num estado de vulnerabilidade acrescido por ainda estar a desenvolver mecanismos de defesa (Sanders, 2014), nomeadamente, devido ao seu desenvolvimento imaturo que leva a que tenha um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os stressores, daí necessitar de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry et al., 2014; Diogo et al., 2015). No que se refere à família, cuidar da criança doente/hospitalizada requer uma reorganização diante das necessidades da criança, com significativas repercussões na sua dinâmica, que

requerem que tenha suporte emocional para que se perceba capaz e motivada para continuar a cuidar da criança (Salvador et al., 2015; Callefi et al., 2016).

Se a hospitalização já constitui um fator de stress, a necessidade de um procedimento invasivo como a cirurgia, potencia estas reações (Oliveira, Ladeiras, Pereira & Silvestre, 2005; Broering & Crepaldi, 2008; OE, 2011). Nesta situação, os medos normativos do estágio de desenvolvimento da criança podem ser exacerbados (OE, 2011; Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017), pois “o ato cirúrgico é, por si só, potenciador de ansiedade e exacerbador de medos e ideias pré-concebidas” (Oliveira et al., 2005, p. 202). A **experiência da cirurgia** pode ser stressante e ameaçadora para a criança e família, e conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e social, podendo ter repercussões emocionais no período do pós-operatório, que podem persistir após o mesmo (Salvador et al., 2015; Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017). Assim, torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções, e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011).

Os **principais stressores** associados à hospitalização relacionam-se com o medo do desconhecido, a separação, a perda de controlo, lesão corporal e dor, limitação física, medo da morte, da doença e do agravamento desta (Hockenberry et al., 2014). A **ansiedade da separação** manifesta-se de acordo com a faixa etária, sendo muito evidente em crianças entre os 6 meses e a idade pré-escolar. Quando deixam de ver os pais, choram, gritam pelos mesmos, e procuram-nos com o olhar, não aceitando a atenção de mais ninguém. Em idade escolar têm mais facilidade em lidar com a ausência dos pais, no entanto, por ser uma **situação desconhecida**, deixa-os inseguros, e muitas vezes apresentam sinais de regressão de comportamento e precisam da figura parental para lhes transmitir segurança (Hockenberry et al., 2014). A **perda de controlo** influencia o nível de stress, aumenta a sensação de ameaça e afeta o desenvolvimento dos mecanismos de *coping* (Hockenberry et al., 2014). Para minimizar a sensação de perda de controlo, é fundamental controlar as questões que dizem respeito ao ambiente desconhecido. Assim, deve tornar-se o ambiente o mais familiar, acolhedor e alusivo ao mundo infantil possível, outros aspetos fundamentais são: a promoção da presença e envolvimento dos pais; manter o mais possível as rotinas e o modo como estão habituados a fazê-las (fundamental na idade escolar); permitir e incentivar que a criança possa ter alguns dos seus brinquedos significativos; manter a rede de contactos habituais; transmitir segurança e proporcionar afeto; reduzir ao mínimo e indispensável a contenção física; esclarecer à criança que os procedimentos não são uma punição, explicar o porquê dos mesmos (especialmente na idade pré escolar);

assegurar a privacidade; inclui-los nas decisões sempre que for possível (especialmente a partir da idade escolar); e incentivar a independência (Hockenberry et al., 2014). Relativamente ao **medo da lesão corporal e dor**, há que ter em consideração que, especialmente após os 6 meses, a reação da criança à dor é influenciada pela reação dos pais. Nos Toddler, a memória da restrição física, a presença ou ausência dos pais, a reação emocional dos outros, e a preparação que é feita para o procedimento, são fatores determinantes para a reação emocional e comportamental da criança. Na idade escolar é preciso atenção à explicação dos procedimentos, e por terem muito medo da incapacidade, é essencial explicar as consequências dos mesmos. É também importante: respeitar os tempos e a privacidade das crianças, controlar a dor, proporcionar atividades adequadas ao desenvolvimento e estratégias de distração (Hockenberry et al., 2014).

No que diz respeito aos **stressores/emoções associados à família** durante a hospitalização da criança, os pais sentem medo, ansiedade, relacionados com a gravidade da doença e com os procedimentos aos quais os seus filhos vão ser submetidos, nomeadamente, ao nível da dor que vão causar, e sentem frustração pela doença/hospitalização do seu filho, o que está muito associado à **falta de informação/informação contraditória** e situações em que sentem fraca relação, ou difícil comunicação com a equipa (Hockenberry et al., 2014).

A forma como cada família reage aos stressores/a sua vivência emocional associada à experiência de cirurgia/hospitalização é diferente para cada criança e família (Vasques et al., 2011), sendo influenciada, pelo seu estágio de desenvolvimento, experiências prévias, capacidade de confronto inata e adquirida, mecanismos de *coping*, nível de conhecimento/compreensão sobre a doença/procedimentos, e sistema de apoio disponível (Magalhães, Gusmam & Grecca, 2010; Vasques et. al., 2011; Moro & Módolo, 2004 citados por Carnier, Rodrigues & Padovani, 2012; Hockenberry et al., 2014; Diogo et al., 2015; Salvador et al., 2015). No entanto, é consensual que a hospitalização tem impacto sobre o comportamento da criança levando à manifestação de **reações adversas**, como a ansiedade, stress e medo (Broering et al., 2008). A **ansiedade** é conceptualizada como uma mistura de emoções (Barlow, 2002 citado por Diogo et al., 2015). Crepaldi e Hackbarth (2002) referem que, muitas vezes, a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade dos pais (Broering & Crepaldi, 2011; Carvalho et al., 2016). O **medo** é considerado uma emoção básica, central, específica e presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies (Damásio, 2000; Diogo et al., 2015). O ICN define o medo como uma “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas” (2016, p.65), tendo uma

função adaptativa pois pode proteger-nos dos perigos, manifestando-se sob forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais (Diogo et al., 2015). Embora muitos dos medos das crianças sejam irracionais do ponto de vista do adulto, de nenhum modo se deve desvalorizar a sua severidade (Schmitz et al., 2003). O **medo do desconhecido** é extremamente cruel em qualquer idade e as reações são diferentes para cada fase do ciclo vital (Schmitz et al., 2003). O **stress** é entendido como um conjunto de reações que o organismo emite quando é exposto a situações/estímulos que levam a uma quebra do seu equilíbrio. Destaca-se a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos, tornando-os stressores (Carnier et al., 2012).

Posto tudo o que foi referido, a prática de enfermagem humanista e holística, perspectiva o cuidar como um processo relacional que obriga à percepção da experiência humana no processo saúde-doença (Diogo, 2015). Na perspectiva holística, o nosso bem-estar é concretizável pelo equilíbrio dos sistemas fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimental, pelo que é fundamental que não anulemos as nossas emoções (Diogo et al., 2015). Tal como é defendido por Martins (2000), as respostas da criança perante uma experiência de internamento/cirurgia requerem, dos cuidadores, conhecimentos profundos sobre o DI, uma vez que este influencia particularmente as suas experiências (Salvador et al., 2015). Torna-se de extrema importância refletir sobre esta problemática, e encontrar estratégias baseadas em evidência científica e reflexão sobre a prática, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança que necessita de hospitalização/cirurgia (Santos, 2014).

2.4. Intervenção de Enfermagem na gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório

Segundo Huerta (1996), toda a crise representa um potencial de crescimento e fortalecimento dos recursos para enfrentar futuras crises (Schmitz et al., 2003). Autores como Biehl et al. (1992) afirmam que o **impacto da hospitalização** na criança/família **pode ser minimizado através de um trabalho integrado com a equipa de saúde**, visando o atendimento das necessidades físicas, emocionais e sociais da criança (Andrade et al., 2015; Cardoso, Prado & Souza, 2017).

O envolvimento emocional na relação de cuidados conduz a que os clientes se sintam respeitados/cuidados e mais confiantes, gerando um estado emocional de tranquilidade e confiança, que faz com que aceitem e compreendam mais facilmente os eventos stressantes, más notícias ou algo menos positivo (Diogo, 2015). O **Trabalho**

Emocional em Enfermagem visa, através de intervenções específicas e adequadas, alterar as emoções do cliente, atitudes e comportamentos para uma direção desejada (Vilelas et al., 2014; Diogo, 2019), modificando “estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar” (Diogo, 2015, p. 130), contribuindo para que se alcance um melhor controlo da situação, o bem-estar global (Vilelas et al., 2014; Diogo, 2019). Smith defende que o Trabalho Emocional em enfermagem significa mobilizar competências que muitas vezes são invisíveis, tais como, dar suporte e tranquilidade, amabilidade, simpatia, o humor, ter paciência, conhecer a pessoa (Diogo, 2019; Diogo et al., 2019). O enfermeiro, através do conhecimento do cliente, oferece suporte e proporciona “ferramentas” para que o mesmo possa gerir as suas emoções, e encontrar sentido/transformar positivamente a sua experiência. Para a gestão de emoções/sentimentos é imprescindível uma relação de confiança e segurança, “que favoreça a expressão de sentimentos, o que só por si já é terapêutico” (Diogo, 2015, p. 56). Torna-se assim fundamental a existência do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP).

O **modelo TEEP** constitui uma orientação para a prática de enfermagem em pediatria, relativamente à gestão da emocionalidade da díade associada a situações de cuidados, bem como dos enfermeiros, contribuindo para transformar essas experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-cliente (Diogo, 2019). Inclui um conjunto de intervenções de enfermagem, que se agrupam em cinco categorias de intervenção que são: promover um ambiente seguro e afetivo (físico e humano), nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções dos clientes (é importante, além da atitude disponível e afetiva, que o enfermeiro prepare sempre os clientes para os procedimentos através do fornecimento de explicações/informações, favoreça a expressão de sentimentos e dê reforço positivo), construir a estabilidade na relação (sendo importante o envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos, e equilíbrio de poderes/parceria de cuidados, tudo isto assente numa relação de confiança) e regular a disposição emocional para cuidar (os enfermeiros utilizam as seguintes estratégias: analisar as experiências, partilhar o que sentem e tentar compreender as reações do cliente) (Diogo, 2019).

Os cuidados de enfermagem têm como foco “as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão emocional da criança e família” (Pereira et al., 2010, p. 26). É fundamental uma intervenção adequada e individualizada

ajudando o sistema a compreender e a gerir as emoções (Boles, 2016), com o objetivo de mobilizar ou desenvolver mecanismos de *coping* (Pereira et al., 2010; Boles, 2016). O EEESIP é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011). É da sua responsabilidade adquirir conhecimentos específicos sobre o DI para prestar cuidados holísticos e personalizados, considerando as necessidades emocionais e sociais da criança (Schmitz et al., 2003; Santos, 2014; Andrade et al., 2015), sendo imprescindível que o mesmo reconheça a emocionalidade intensa associada à hospitalização/intervenção cirúrgica, minimizando os seus efeitos.

A necessidade de intervenção cirúrgica requer **orientação pré-operatória** (Santos, 2014; Carvalho et al., 2016). Segundo Huerta (1996), quando não preparada para a cirurgia, a criança poderá desenvolver sintomas psicoemocionais pós-cirúrgicos (Schmitz et al., 2003). A OE (2011) refere que os enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, se encontram numa “posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia” (p.18), reforçando que uma boa preparação pré-operatória contribui para a qualidade nos cuidados de enfermagem (OE, 2011; Santos, 2014; Callefi et al., 2016; Carvalho et al., 2016). Turra, Júnior, Almeida e Doca (2011) defendem que a preparação pré-operatória consiste num conjunto de informações e procedimentos que podem ocorrer, antes da hospitalização, no momento da admissão ou antes de procedimentos cirúrgicos (Carvalho et al., 2016).

A preparação para a cirurgia minimiza os efeitos traumáticos associados à hospitalização/cirurgia, conduz à redução do desconhecido diminuindo o medo, e apresenta efeitos benéficos na redução de perturbações do comportamento no período pós-operatório (OE, 2011; Sanders, 2014; Carvalho et al., 2016); facilita a adaptação comportamental a este contexto; ajuda no desenvolvimento de estratégias de *coping* (Brown, 2014; Carvalho et al., 2016) e facilita a interação da criança com os profissionais, o que leva a que colabore nos cuidados, e a sua recuperação pós-operatória se torne mais rápida e eficaz (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000; Broering et al., 2011; Santos, 2014), levando à redução do tempo de hospitalização e complicações pós-cirúrgicas (Santos et al., 2000).

No processo de preparação pré-operatória é essencial orientação e envolvimento da família (Callefi et al., 2016). É fundamental que a equipa se mostre disponível e escute os pais, preparando-os para o que podem esperar e para o que é esperado deles, incentivando-os a participar nos cuidados, e integrando-os nos mesmos, respeitando as suas necessidades (CCF e parceria de cuidados), não descurando os sinais de exaustão física e psicológica (Hockenberry et al., 2014). É importante nunca esquecer, que

melhorar as estratégias de *coping* e o estado emocional dos pais, melhora o controle emocional da criança (Hockenberry et al., 2014). Assim, para que cada família possa ficar dotada de competências para interagir com a criança e desenvolver todo o seu potencial, é da responsabilidade do EEESIP, o apoio individualizado, único e constante à mesma (Salvador et al., 2015). É imprescindível a avaliação da criança e família, baseada numa recolha de informação (expectativas quanto ao internamento, nível de adesão ao tratamento, recursos de confronto à hospitalização, história pessoal e de doença) e observação que é facilitada pela existência de escuta ativa e compreensão empática, permitindo a verbalização de crenças e expressão das suas emoções (Carvalho et al., 2016). Avalia-se as condições psicossociais e muitos outros fatores tais como: o desenvolvimento da criança e mecanismos de *coping*, a compreensão sobre a doença/procedimento, experiências prévias, composição familiar (fatores linguísticos, culturais e religiosos), o método mais apropriado para lhes transmitir informações e outros stressores familiares (Broering et al., 2008, 2011).

Bess d'Alcantara (2008) refere que a preparação para a cirurgia deve abranger o pré-operatório, o intra e o pós-operatório (Broering et al., 2008), e deve ocorrer no *timing* adequado definido de acordo com as particularidades de cada criança, num ambiente terapêutico, pedagógico e funcional (Carvalho et al., 2016). Yamada e Bevilacqua (2005) sugerem que durante essa etapa preparatória, seja oferecido um espaço para que a criança se possa familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico, e a utilização de técnicas que facilitem a comunicação e o relacionamento (Callefi et al., 2016). Segundo Diogo et al. (2015) “a experiência dos enfermeiros surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação e assim ajudar no confronto de situações emocionalmente intensas” (p. 50).

Existem diversas estratégias de gestão emocional, nomeadamente: as de antecipação - preparar para o procedimento, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e distração; e as de gestão das emoções reativas - envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, encorajar e fomentar a esperança (Diogo, 2015, 2017).

Os programas de preparação pré-operatórios devem incluir fornecimento de informação e técnicas diversas como: o brincar (Callefi et al., 2016), distração, imaginação, modelação, visita hospitalar, vídeos informativos (Broering et al., 2008); presença dos familiares; atenção afetiva por parte da equipa de saúde (Andrade et al., 2015) num ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação de ajuda,

apoiantes e securizantes (Diogo et al., 2015). O facto de se possibilitar o acompanhamento constante da criança por parte dos pais, bem como o conhecimento prévio da equipa multidisciplinar, do serviço e dos materiais/equipamentos com os quais vai contactar, reduz significativamente o impacto negativo dos cuidados hospitalares (Santos, 2014).

A **informação** é um elemento essencial no processo de preparação psicológica, porque inclui um alto potencial redutor de ansiedade e elimina dúvidas acerca dos procedimentos (Carvalho et al., 2016). Quando a criança compreende a finalidade do procedimento, ela é capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor. Se não for devidamente informada, a criança poderá perceber a cirurgia como um ataque hostil, uma violência, o que pode levá-la a perder a confiança nos adultos, essencial para o seu desenvolvimento emocional (Schmitz et al., 2003).

A falta de informação é um dos aspetos que mais provoca ansiedade nos pais. Essa ansiedade pode ser reduzida pela equipa de enfermagem que deve fornecer informação clara (Sabatés & Borba, 2005). Está preconizado no artigo n.º 4 da Carta da Criança Hospitalizada que “as crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão” (Instituto de Apoio à Comunidade (IAC), 2008, p. 9), e no n.º 5, que diz que “as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde” (IAC, 2008, p. 10).

Estudos referem que, para os pais poderem estar envolvidos e participar nos cuidados ao seu filho, têm necessidade de compreender a situação de saúde, bem como, o seu papel no hospital. Um processo de partilha de informação, onde os pais se sintam ouvidos, valorizados e respeitados, pode ajudá-los a esclarecer as suas preocupações e identificar os seus pontos fortes (Tallon et al., 2015).

A informação deve ser contínua desde a admissão até à alta; incluir indicações relativas aos cuidados após a alta; ser fornecida num ambiente calmo, que dê segurança, que respeite a confidencialidade e sem pressão de tempo; ser fornecida por pessoal experiente e preparado para dar informação de forma compreensível; ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias para facilitar a compreensão (EACH, 2009). Deve ser adaptada às necessidades individuais da criança/família e à sua capacidade de compreensão e de assimilar a informação (Baldini & Krebs, 1999; Santos et al., 2000; IAC, 2008), garantindo coerência e consistência (Carvalho et al., 2016).

Outra técnica utilizada para a preparação pré-operatória é a **distração**, um método não-farmacológico e não invasivo, que pode ajudar a reduzir comportamentos indicadores de dor (Robabi et al., 2016 citado por Teles, 2019). A utilização da distração fundamenta-se no facto da percepção da dor ter uma componente psicológica importante,

na medida em que, a quantidade de atenção dirigida para o estímulo doloroso modula a percepção da dor (Barros, 2010; Schneider & Hood, 2007 citados por Góis Paixão, 2010). O tipo de distração deve ser selecionado, individualmente, em função da idade, gostos e preferências das crianças (Góis Paixão, 2010).

A **modelação** é uma técnica em que a criança assiste a um vídeo, onde se exemplifica como devem agir corretamente diante de todas as etapas da hospitalização. Deste modo, aprendem por imitação, como devem atuar nos momentos mais difíceis.

Outra técnica elencada por Moix (1996) diz respeito ao **jogo médico ou dessensibilização sistemática**. Nesta técnica utiliza-se material do próprio hospital, tais como, máscaras, seringas e bonecos anatómicos, que a criança manuseia, sendo orientada sobre os procedimentos que nela serão realizados (Broering et al., 2008). Segundo Tardosz, Weddle, Borden e Stevens (1986), a utilização dos materiais do próprio hospital, ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar (Broering et al., 2008).

O **brincar** constitui uma ferramenta fundamental para os profissionais na preparação da criança para procedimentos invasivos, pois ao terem a oportunidade de manipular os materiais hospitalares, realizando os mesmos procedimentos a que são submetidas, têm a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e curiosidades, diminuindo o medo, e compreendendo a necessidade de realizá-los (Callefi et al., 2016), o que proporciona maior aceitação e colaboração da criança/família nos mesmos. Permite estabelecer um relacionamento com a criança, de maneira que ela se sinta segura e permita a realização de procedimentos e a obtenção de informações relativas a conceitos e sentimentos/preocupações, a fim de individualizar os cuidados de enfermagem. As sessões de brincadeira devem incluir a família, contribuindo para a criança ficar mais tranquila e participativa (Callefi et al., 2016).

Além das técnicas já referidas, é também considerada de extrema importância a realização da **visita pré-operatória** (Schmitz et al., 2003), para proporcionar, à criança, recursos que lhe facilitem a percepção da realidade da experiência (Santos, 2014).

Independentemente das técnicas utilizadas na preparação pré-operatória, o vínculo entre a criança e a equipa é fundamental, o enfermeiro deve ser capaz de criar e manter um relacionamento com a criança e pais, que propicie o à-vontade para expressarem as suas emoções (Pimentel, 2001), sendo para isso fundamental a comunicação, um instrumento básico do cuidar (Andrade et al., 2015) e um indicador da qualidade dos cuidados (Briga, 2010).

3. PROBLEMÁTICA

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

Os processos de saúde-doença vividos pela criança/família estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa. Neste processo, a criança encontra-se exposta a stressores que a deixam num estado de vulnerabilidade acrescido (Sanders, 2014), e necessita, muitas vezes, de apoio externo (Hockenberry et al., 2014; Diogo et al., 2015). Na família, gera mudanças na dinâmica (Apolinário, 2012; Salvador et al., 2015; Callefi et al., 2016), que requerem que a mesma tenha suporte emocional para se sentir capacitada para cuidar da criança (Callefi et al., 2016).

Se a hospitalização já é promotora de emoções negativas - medo, stress e ansiedade - a necessidade de uma cirurgia potencia essa experiência emocional (Oliveira et al., 2005; Broering et al., 2008; OE, 2011). O “ato cirúrgico é, por si só, potenciador de ansiedade e exacerbador de medos e ideias pré-concebidas” (Oliveira et al., 2005, p. 202), podendo verificar-se repercussões emocionais no período pós-operatório (Al-Sagarat et al., 2017).

No serviço onde exerço funções constatei que o período pré-operatório é revestido de uma intensa emocionalidade, por parte da criança e família, sendo importante avaliar o impacto emocional. A intervenção de enfermagem é fundamental para minimizar os efeitos traumáticos e emoções negativas que essa fase despoleta. Constatei também, que nem sempre é devidamente valorizada a importância do trabalho emocional, além de toda a preparação física que a cirurgia requer, visando o cuidado holístico e valorizando as necessidades emocionais da criança e família. E nem sempre a equipa de enfermagem consegue identificar as melhores estratégias para apoiar a díade, em conformidade com as características individuais da mesma. Sendo um internamento cirúrgico, torna-se de extrema importância identificar e adotar estratégias, baseadas na evidência científica e reflexão sobre a prática, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança que necessita de hospitalização/cirurgia (Santos, 2014) e sua família. Torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011).

Tendo em conta o referido, defini para o meu projeto, como **problema**, a emocionalidade intensa vivida pela família/criança associada ao período pré-operatório, e como **objeto de estudo**, a intervenção e estratégias de enfermagem que promovem a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório.

4. METODOLOGIA

Para a concretização dos objetivos, e visando o desenvolvimento de competências de EEESIP, utilizei uma **metodologia descritiva, crítica e reflexiva** em relação às práticas nos contextos de estágio, recorrendo à evidência científica para fundamentação dessa reflexão, através do recurso à prática reflexiva (Shön, 1987; Zeichner, 1993).

A Enfermagem é mais do que a aplicação direta de conhecimentos teóricos na prática, pois não chega ter os conhecimentos teóricos, é necessário aplicá-los à prática com intencionalidade, sendo essencial a capacidade de refletir sobre as experiências e ancorá-las em referenciais teóricos e científicos. Atualmente, a crescente exigência de competências e funções, requer que o enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva. A formação do enfermeiro não termina na licenciatura (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados na evidência científica, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho, Barroso & Pereira, 2020). Segundo a OE o “enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, no sentido do desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais” (2015, p. 93). O CMEESIP constitui-se como uma oportunidade no desenvolvimento de competências visando uma melhoria da prática profissional através da prestação de cuidados mais eficazes e eficientes (Serra et al., 2016).

A experiência profissional é essencial para a aquisição de competências. Benner (2001) considera a prática/experiência acompanhada de reflexão crítica, como essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, Figueiredo, Silva & Apóstolo, 2016). “A experiência permite ao enfermeiro melhorar teorias através do confronto com situações reais que acrescentam diferenças à teoria” (Benner, 2001, p. 61), sendo os contextos de estágio locais primordiais à formação e reflexão (Alarcão & Rua, 2005). Assim, destaca-se o conceito de aprendizagem pela experiência definida como uma formação por contacto direto, mas refletido. A experiência constitui um ponto de partida riquíssimo, contudo só se torna formadora se for refletida, reconstruída, modificada, reorganizada, formalizada e partilhada (Pineau, 1991 citado por Pires, 1999). Assim, é necessário que se possa refletir criticamente sobre as experiências, à luz dos conhecimentos, relacionando-os com a prática, de forma a reformulá-los. O pensamento reflexivo permite perceber e criticar os

conhecimentos e atribuir-lhe um novo significado (Shön, 1983 citados por Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). A prática reflexiva pode ser encarada como um “método de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional.” (Netto, Silva & Rua, 2018, p. 2). Assim destacam-se as metodologias reflexivas, nas quais se encontra a metodologia de projeto utilizada para o planeamento deste projeto de estágio.

A **metodologia de projeto** tem como objetivo principal a análise e resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades/competências pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Leite et al., 2001 citado por Freitas et al., 2010). Não se baseia apenas numa investigação de um problema, mas sim na tentativa de intervenção sobre o mesmo, aproximando-se da investigação – ação. Pressupõe intencionalidade, iniciativa e autonomia (Freitas et al., 2010); e não é um processo estanque, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que for necessário (Leite et al., 2001 citado por Freitas et al., 2010).

Para a concretização deste projeto delineei objetivos gerais e específicos, e um conjunto de atividades, definidas com base no diagnóstico de necessidades, a desenvolver nos contextos de estágio, visando o desenvolvimento e consolidação de competências de EE e de futura EEESIP. Assim, defini como **objetivos gerais**: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família em diferentes contextos de cuidados de saúde, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória. Como **objetivos específicos foram definidos**: conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família; promover a vinculação e transição para a parentalidade; identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes ao processo de hospitalização associado à necessidade de uma intervenção cirúrgica; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório; prestar cuidados à criança, que necessita de uma cirurgia, e sua família, recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade associada a este período; identificar, desenvolver e implementar conhecimentos sobre técnicas e estratégias utilizadas na preparação para a cirurgia.

Defini atividades que visam a concretização dos objetivos e o desenvolvimento de competências, esquematizadas com respetivo objetivo específico e competências a desenvolver, espelhadas nos seguintes capítulos.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

Segundo Benner (2001), a teoria oferece o que pode ser explicitado, mas a prática é mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se apreendem pela teoria. Só aplicando a teoria à realidade, é que se desenvolve o saber saber, saber ser/estar, e o saber fazer. Neste capítulo pretendo apresentar e analisar as experiências de estágio, que se desenrolou ao longo de 18 semanas, de acordo com o **cronograma** previamente definido (**Apêndice II**), em diferentes contextos/áreas de intervenção da enfermagem. O percurso formativo foi delineado, atendendo às necessidades e objetivos do CMEESIP e critérios definidos pela OE, para a aquisição de competências de EEESIP. As experiências de estágio foram momentos muito ricos de observação participativa e crescente autonomia, aprendizagem e análise crítico-reflexiva sobre as situações de cuidados, e permitiu a percepção da intervenção e competências do EEESIP nos diferentes contextos de atuação. De acordo com o Regulamento de Competências Comuns (DR n.º 140/2019), a certificação das competências clínicas especializadas, assegura que o EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde, e atuar em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

Foram definidos os objetivos gerais e específicos para os diferentes campos de estágio, e planeadas as atividades para os concretizar e desenvolver competências enquanto futura EEESIP. Como forma de organizar o percurso de estágio foi elaborado o **guia orientador das atividades de estágio (Apêndice III)** para cada estágio, que inclui uma contextualização da temática, os objetivos gerais e específicos, as atividades e os recursos que foram mobilizados em cada contexto. Com vista à concretização dos objetivos, através desta metodologia, efetuei 5 estágios: cirurgia cardíaca pediátrica, unidade de neonatologia, serviço de urgência pediátrica (SUP), unidade de saúde familiar (USF) e consulta de DI. A sequência foi definida inicialmente para que o culminar do processo fosse no internamento cirúrgico, visando uma crescente complexidade das atividades desenvolvidas. No entanto, devido à pandemia por SARSCOV-2 (COVID-19), essa ordem teve de ser reajustada de acordo com as necessidades e possibilidades. Ao longo do percurso, mostrei disponibilidade e flexibilidade para alterar e adaptar o projeto, tendo em conta as necessidades dos contextos clínicos. Seguidamente, exponho a experiência formativa em cada um dos contextos de estágio.

5.1. Serviço de internamento de pediatria: cardiologia / cirurgia cardíaca pediátrica

O Serviço de Cardiologia Pediátrica é o local onde exerço funções, pelo que já conhecia a sua dinâmica e equipa multidisciplinar, no entanto, este estágio permitiu-me observar o cuidar noutra prisma. Sendo um serviço cirúrgico, a gestão da emocionalidade da criança e família no período pré-operatório, é uma questão fundamental no mesmo, pois, tal como indica a evidência científica, perante o processo de hospitalização/cirurgia a criança encontra-se num estado de vulnerabilidade acrescido (Sanders, 2014), necessitando, muitas vezes, de apoio externo para desenvolver mecanismos de *coping* que lhes permitam ultrapassar esta crise (Hockenberry et al., 2014; Diogo et al., 2015). A necessidade de cirurgia é potenciadora das emoções negativas (Oliveira et al., 2005; Broering et al., 2008; OE, 2011), podendo conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança (Salvador et al., 2015; Al-Sagarat et al., 2017).

Tal como defende Betty Neuman, a enfermagem é uma profissão relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos stressores, e é fundamental a compreensão da forma como o indivíduo responde ao stressor, para perceber até que ponto este pode comprometer a “linha de defesa” do sistema do cliente. Assim, torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções, e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011).

Perante a evidência científica sobre o tema, e após conhecer as especificidades do serviço em particular, defini como **objetivos gerais** para este estágio: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional dos mesmos na fase pré-operatória. E como **objetivos específicos**: conhecer a dinâmica do serviço, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família; promover a vinculação e transição para a parentalidade; identificar as necessidades emocionais, da díade, inerentes ao processo de hospitalização e à necessidade de uma intervenção cirúrgica; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório; prestar cuidados à criança, que necessita de uma cirurgia, e sua família, recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade associada a este período; e identificar,

desenvolver conhecimentos e implementar técnicas e estratégias utilizadas na preparação para a cirurgia.

O impacto da hospitalização na criança e família, pode ser minimizado pela intervenção da equipa de saúde, através de uma intervenção adequada e individualizada direcionada às necessidades físicas, emocionais e sociais da criança (Biehl et al., 1992 citado por Boles, 2016; Andrade et al., 2015; Cardoso et al., 2017), ajudando a díade a compreender e a gerir as suas emoções. Nesta medida, elaborei uma **reflexão acerca das necessidades emocionais da criança e família no período pré-operatório (Apêndice IV)**, para me ajudar a identificar e refletir sobre as mesmas, e daí poder, mais facilmente, identificar fatores de risco possíveis ou reais e a intervenção/estratégias para apoiar os clientes na gestão da emocionalidade, bem como, dificuldades/limitações da sua aplicação, e a implementação, em conjunto com a equipa, com vista a reduzir os stressores ou minimizar o seu efeito prejudicial.

A necessidade de intervenção cirúrgica requer preparação pré-operatória (Santos et al., 2000; Santos, 2014; Carvalho et al., 2016), que é uma intervenção autónoma de enfermagem na equipa multidisciplinar. Nos programas de preparação pré-operatória é fundamental que sejam consideradas as particularidades da criança/família (Carvalho et al., 2016). Devem incluir fornecimento de informação e técnicas diversas, efetuadas no âmbito de um relacionamento terapêutico para o qual a comunicação é essencial (Callefi et al., 2016).

Em todo o processo de cuidados é essencial a comunicação com a díade, pelo que, e visando a reflexão sobre os aspetos relacionados com a mesma, e o desenvolvimento de competências de comunicação, realizei um **diário de campo contendo a observação de estratégias de comunicação com a criança e família, adequada à situação e estágio de desenvolvimento (Apêndice V)**.

Os processos de melhoria da qualidade emergem como uma necessidade, cada vez mais presente nos contextos de prestação de cuidados de saúde em Portugal, sendo o Regulamento PQCEECSJ (OE, 2011), um referencial essencial para a prática especializada de enfermagem. O EEESIP tem uma responsabilidade acrescida na implementação de projetos de melhoria da qualidade, através do incentivo à reflexão sobre a qualidade do exercício profissional e de garantia relativa à excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

Posto o referido, o meu projeto neste local, que visa o cumprimento dos objetivos previamente definidos, e a aquisição de competências de EEESIP, incidiu na **promoção de medidas de preparação pré-operatória direcionadas para as necessidades**

emocionais da criança e família, realizando uma prestação de cuidados holística e humanizada, centrada nas reais necessidades da díade, e assente no estabelecimento de uma relação terapêutica, respeitando os princípios ético-deontológicos e os pressupostos dos CCF, parceria de cuidados e CNT, tendo em conta os três níveis de atuação definidos pelo modelo teórico da Betty Neuman e o modelo TEEP.

Durante o estágio procurei estimular a presença e permanência dos pais e o seu envolvimento na preparação pré-operatória. Tentei observar, refletir e otimizar estratégias facilitadoras da criação de uma relação terapêutica/afetiva e de proximidade com a díade, e promotoras da parentalidade, para isso desenvolvi um **vídeo informativo acerca do hospital (Apêndice VI)**, espelhando o circuito que será realizado pela criança e família. Este vídeo é especialmente útil para: que os pais não tenham contacto com o hospital/serviço, apenas no momento da admissão; nas situações em que as mães permanecem internadas na maternidade, diminuindo-se a ansiedade e o medo do desconhecido; promover o envolvimento dos pais no processo de cuidados ao seu filho e diminuir as suas emoções negativas. Além disso, **otimizei recursos para que fosse possível a realização de videochamadas (Apêndice VII)**.

Outro aspeto referido na evidência científica, como crucial na preparação pré-operatória, é o fornecimento de informação, sendo a falta da mesma um dos aspetos que mais provoca ansiedade nos pais. Em relação à informação fornecida à díade, constatei que, o facto do Guia de Acolhimento e folhetos informativos serem entregues no momento da admissão, isto por não existir uma consulta de enfermagem pré-operatória, era algo prejudicial, uma vez que a maioria das crianças são admitidas na véspera da cirurgia, e há muita informação para reter nesse momento que é, só por si, recheado de emoções negativas, o que não favorece à assimilação da mesma, e nem sempre propicia a possibilidade de questionamento. Assim, com vista a contornar esta dificuldade, procedi à criação de uma **pasta digital (Anexo I)** com alguns dos folhetos: Guia de Acolhimento, livro “Um grande coração” (com a explicação das cardiopatias congénitas (CC) de forma simples e prática), e ainda o **“Guia de dicas para os pais” (Apêndice VIII)**, elaborado por mim com base nas indicações do Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (GOB PESIP), que pretende ajudar os pais a saber que estratégias podem adotar/que informação dar, e como dar (em casa e no hospital), dependendo da idade e estágio de desenvolvimento da criança, para tornar a hospitalização/cirurgia o menos traumática possível. Essa pasta deverá ser enviada para os endereços de e-mail dos pais, após um contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem, no momento em que é marcada a cirurgia, de forma que tenham mais

tempo para assimilar as informações e começar a preparação para o momento de internamento/cirurgia.

Outro momento crucial na preparação para a cirurgia é, como nos revela a evidência científica, a visita pré-operatória. Na véspera da cirurgia, a díade recebe a visita do enfermeiro do Bloco-operatório (BO), o que lhes permite conhecer o enfermeiro que os vai receber no BO e o esclarecimento de dúvidas acerca de todo o processo. O enfermeiro do BO dispõe de vários recursos para preparação utilizando sobretudo, o brincar, a imaginação, a modelação e o jogo médico (Playmobil®, máscaras anestésicas e outro material médico), para realizar a explicação do que é o BO, e da forma como tudo irá ocorrer. Além disso, os pais têm a oportunidade de realizar uma visita à unidade de cuidados intensivos (UCI) para onde irá o seu filho após a cirurgia.

Além do já referido, tive a oportunidade de observar, **implementar e desenvolver outras estratégias que promovem a preparação pré-operatória**, nomeadamente: técnicas de distração, o brincar, imaginação e modelação, contribuindo para facilitar a gestão das emoções da criança e família.

A distração foi implementada, envolvendo a criança e a família, através de várias atividades como: jogos, ouvir música, pintar, cantar, ver desenhos animados, histórias, estimular a criança a conversar telefonicamente com amigos...

O brincar foi outra das estratégias muito utilizada. O **brincar**, usado de modo intencional, deve ser considerado, pelo enfermeiro, como uma fonte de comunicação (Cordazzo & Vieira, 2007; Engenheiro, Geadas & Lobo, 2016), como a maneira mais adequada de se aproximar da criança, de ver e compreender o mundo pelos seus olhos, e de desenvolver empatia com a mesma estabelecendo vínculos afetivos (Engenheiro et al., 2016). É reconhecido o seu valor terapêutico. A sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes para diminuir o medo, ansiedade, angústia de separação e outros stressores da hospitalização (OE, 2013; Esteves, Antunes & Caires, 2014; Salvador et al., 2015; Calfei et al., 2016; Engenheiro et al., 2016; Passos, 2018). O brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças (Salvador et al., 2015); para a desmistificação das representações da criança/família em relação aos seus cuidadores formais, humanizando a relação entre ambos (Parcianello e Fellin citados por Esteves et al., 2014); e simula um ambiente próximo ao quotidiano da criança (Engenheiro et al., 2016), que enquanto brinca expressa os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções e de assumir o controlo das situações que a assustam (OE, 2013; Engenheiro et al., 2016). Barros refere ainda que, enquanto a criança brinca, é capaz de descentralizar o seu foco de preocupação (na doença e nos

procedimentos invasivos), para outras situações/estímulos distratores (Esteves et al., 2014).

Assim, durante o internamento, os pais são incentivados a trazer alguns brinquedos significativos/securizantes para a criança. Existe uma sala da brincadeira, com vários brinquedos adequados a cada estágio de desenvolvimento; um livro que aborda a história de um menino hospitalizado, e que é entregue e lido com a criança/família, de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento. **Utilizei o brincar para iniciar e fortalecer a relação terapêutica com as crianças/família e diminuir a sua ansiedade.** E constatei que, quando se recorre ao brincar, incluindo a criança e família, isso é facilitador para o estabelecimento da relação terapêutica e para conseguir um conhecimento mais aprofundado das mesmas, o que facilita uma intervenção mais individualizada e adequada às suas reais necessidades.

Reconhecendo e constatando a importância que o brincar adquire no momento da preparação pré-operatória, **efetuei a identificação dos brinquedos existentes no serviço** direcionados à mesma. Existem alguns recursos lúdicos para a preparação da criança para a cirurgia, nomeadamente, material hospitalar que a equipa fornece para que a criança possa manipular (mas não existe um kit pré-preparado para o efeito), e existe também o playmobil®, já referido, que simula o ambiente do BO, mas que, não se encontra na enfermaria, mas sim no BO. Nesta medida, adquiri, patrocinado pela Minicor-Associação Coragem, material lúdico-pedagógico. Para a escolha do material a adquirir, pesquisei o material recomendado pela OE no GOBPESIP. Assim, **adquiri material lúdico-didático, nomeadamente: livros, recomendados pela OE e que constam no Plano Nacional de Leitura (PNL), e um boneco (Apêndice IX).** Procedi à **construção de um KIT**, seguindo as recomendações da OE, com material hospitalar, para que as crianças possam manipular. Neste KIT consta uma lista da composição do mesmo a fim de facilitar a sua reposição, e o KIT será guardado na sala de trabalho e manipulado na presença de um profissional **(Apêndice X)**. Foi também **efetuado um pedido de autorização para que o Playmobil® passasse a estar na enfermaria**, podendo assim, ser utilizado, quer pelos enfermeiros do internamento, quer pelos enfermeiros do BO.

Por fim, com a finalidade de sistematizar, uniformizar procedimentos, e envolver a equipa no projeto, foi realizada uma **formação à mesma com o tema “Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família” (Apêndice XI)**, para a qual foi elaborado um **plano de sessão (Apêndice XII)**. A formação dos enfermeiros e o desenvolvimento de

documentos que visem sistematizar a sua intervenção, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados (Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015). Neste sentido, além da formação, procedi à elaboração, posteriormente às sugestões da equipa, de uma **norma de procedimentos sobre a: “Preparação pré-operatória da criança e família - gestão da emocionalidade” (Apêndice XIII).**

As atividades desenvolvidas e delineadas, permitiram uma intervenção de enfermagem focada nos três níveis de prevenção traçados no modelo de Betty Neuman: a primária, através da identificação e redução de fatores de risco possíveis ou reais associados aos stressores, impedindo ou minimizando a reação aos mesmos; a secundária, através da intervenção dirigida às reações aos stressores, definindo prioridades de intervenção e tratamento para reduzir os efeitos nocivos, tais como, capacitar a família para cuidar da criança doente, ensinando, instruindo e treinando, e posteriormente, supervisionando os cuidados; e por fim a terciária, no apoio dado à díade para o regresso ao seu ambiente habitual, preparação para a alta e cuidados no domicílio identificando possíveis stressores que poderão experienciar (Tomey et al., 2004).

5.2. Unidade de neonatologia

O nascimento de um filho é um tempo de mudança na vida da família, constituindo um evento crítico, caracterizado pela reorganização individual, conjugal e social (Mercer, 2006; Meleis, 2010). Mesmo sendo esperado e desejado, um filho modifica a identidade, papéis e funções dos pais, e de toda a família (Relvas, 2004 citada por Martins, Abreu & Figueiredo, 2014), num processo de mudança, que requer um tempo de reajustamento, durante o qual o filho toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros (Giampino, 2007 citada por Martins et al., 2014). As mães e os pais possuem um papel dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, já que o desempenho do papel parental, é essencial para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Mercer, 2006).

A parentalidade traduz-se pela aquisição de competências parentais. Quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades parentais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável, e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas & Bornstein, 2005 citados por Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015), com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel (Cardoso et al., 2015). Para uma aquisição eficaz das competências parentais, o processo de vinculação tem de estar estabelecido ou estar em desenvolvimento, sendo difícil dissociá-los (Mendonça, 2015).

A vinculação é um fator facilitador na aquisição de competências parentais (Mercer citado por Tomey et al., 2004; Hockenberry et al., 2014). O vínculo entre pais/filho tem início no período pré-natal, e torna-se mais firme e efetivo após o nascimento, sendo esta fase determinante para que o processo de vinculação seja eficaz e de sucesso (Rodrigues e Tronchin, 1996 citados por Mendonça, 2015). A vinculação está relacionada com a idade dos pais, personalidade, autoconceito, experiências anteriores, desejo de ser pais, condição socioeconómica, educacional e familiar, assim como, as condições relativas ao parto e amamentação, e com fatores da criança, como, temperamento, características do filho e estado de saúde (Mercer citado por Tomey et al., 2004; Hockenberry et al., 2014).

Em alguns contextos, como o de prematuridade, a vinculação pode estar fragilizada ou condicionada (Mendonça, 2015). A prematuridade e a hospitalização numa Neonatologia são acontecimentos inesperados e assustadores, que podem fazer emergir na família uma crise emocional que irá afetar todos os seus membros (Simões, Pires & Barroca, 2010; Exequiel, Milbrath & Gabatz, 2019), podendo ser desestruturante, ou constituir um momento de crescimento e maturação.

Na hospitalização, a família é forçada a alterar as suas rotinas, a adaptar-se, e tem de desenvolver novas competências, necessitando de ajuda para se proteger destas mudanças (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009 citados por Mendes et al., 2012; Salvador et al., 2015; Callefi et al., 2016). Perante um internamento, a separação dos pais e restante família, pode impedir a vinculação/construção de uma relação de confiança (Hockenberry et al., 2014; Exequiel et al., 2019). E o ambiente hospitalar pode intimidar os pais, acentuando o sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protetora/cuidadora, prejudicando o processo de vinculação (Mendonça, 2015). A hospitalização é um acontecimento associado a uma emocionalidade intensa, pelo que constitui um enorme desafio emocional para os enfermeiros (Diogo, 2015, 2019).

Assim sendo, e baseada no modelo de sistemas de Betty Neuman, existe, no momento do internamento numa Neonatologia, stressores importantes nomeadamente: o nascimento de um filho e a transição para a parentalidade, a prematuridade e a necessidade de internamento hospitalar. Neste sentido, surge a necessidade da enfermagem aprender a perceber emoções/sentimentos da pessoa cuidada (Watson citado por Tomey et al., 2014), e para uma abordagem holística no cuidar, é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais da mesma (Benner, 2001 citado por Diogo, 2017) e a ajudem a geri-las (Pereira et al., 2010), utilizando estratégias que proporcionem alívio das emoções negativas (Fernandes & Silva, 2015; Exequiel et al., 2019). Ferreira e Costa (2004) referem que o enfermeiro é o cuidador mais próximo do

recém-nascido (RN), e por isso promotor da aproximação e interação pais/RN, valorizando as suas percepções, expectativas e necessidades e envolvendo-os nos cuidados (CCF/parceria de cuidados), para que possam continuar o processo de vinculação (Exequiel et al., 2019; Meleis et al., 2010).

Neste serviço de Neonatologia, a equipa valoriza muito todos os momentos com o RN e com a família, valorizando momentos como o acolhimento e a preparação para a alta.

Posta a evidência científica sobre o tema, e após conhecer as especificidades do serviço em particular, defini como **objetivo geral** para este estágio: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família. E como **objetivos específicos**: conhecer a dinâmica do serviço, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família; e promover a vinculação e transição para a parentalidade.

Visando o cumprimento dos objetivos referidos, durante a minha permanência nesta unidade, procurei **conhecer a dinâmica do serviço/equipa multidisciplinar**, os projetos em curso, e as necessidades sentidas, e mostrei sempre disponibilidade para ouvir a opinião da equipa acerca do meu projeto e adaptá-lo às suas sugestões. **Observei e participei na prestação de cuidados**, realizando o planeamento dos mesmos em prol das necessidades e comportamentos dos RN, tendo especial atenção ao apoio e promoção do papel parental, à evidência científica disponível/recomendações da Direção Geral da Saúde (DGS) e da OE, e procurando prestar um cuidado holístico e humanizado baseado nos princípios éticos e deontológicos. Procurei, na minha prestação de cuidados, estar atenta, conhecer e considerar as necessidades da família e ouvi-los, respeitá-los, valorizá-los e pedir a sua colaboração e participação nas tomadas de decisão e na prestação de cuidados. Procurei ser sensível e estar desperta para as necessidades emocionais da díade, e basear a minha relação nos princípios da relação de ajuda, tendo especial atenção à comunicação com o cliente, adequada à situação e contexto. Nunca esquecendo os princípios dos CCF, a parceria de cuidados, os CNT e o modelo TEEP.

Além das atividades referidas, efetuei um **diário de campo contendo a observação de estratégias de comunicação com a família, adequadas à situação (Apêndice XIV)**; e a **descrição de uma situação de cuidados aplicando o modelo TEEP (Apêndice XV)**. Estas produções escritas permitiram-me refletir criticamente acerca da importância da adaptação e adequação das estratégias de comunicação ao contexto, sobre a aplicação do modelo TEEP na prática de cuidados e ainda sobre a intervenção do EEESIP neste contexto.

No contexto de transição para a parentalidade, o enfermeiro procura tomar conhecimento das novas necessidades dos pais, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida (Meleis, 2010).

No hospital, os pais querem continuar a ser pais, e cabe à equipa multidisciplinar, promover e proporcionar este processo. Assim, torna-se indispensável que os enfermeiros estejam sensibilizados para identificar stressores e emoções e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011). Para isso é essencial: o desenvolvimento da relação entre o enfermeiro/pais; estar disponível através da escuta, e encorajar os pais a expressar as suas vivências para que os possamos conhecer e compreender as suas emoções e sentimentos, e assim desenvolver um plano de cuidados individualizado, centrado nas suas expectativas e necessidades (OE, 2015). Segundo Diogo (2015, 2017), é necessário encorajar a expressão de sentimentos quando os pais se encontram perante uma situação emocionalmente intensa e não conseguem verbalizar ou exprimir as suas emoções. Perante o exposto, desenvolvi também o **“Diário do bebé” (Apêndice XVI)**, um instrumento que deve ficar numa mica, na unidade de cada criança, os pais vão preenchendo, e deixam na unidade até à alta, para ser consultado pela equipa multidisciplinar. Na alta, o livro é entregue aos pais, para que possam guardar, um pouco, do que foi a experiência na Neonatologia, e partilhá-la com os seus filhos no futuro. Neste “Diário do bebé”, os pais podem anexar fotografias, registar a evolução do bebé, momentos marcantes do seu internamento, e escrever sobre a forma como vivem o mesmo, as suas emoções e o que consideram mais positivo e negativo.

Utilizar a expressão escrita como uma ferramenta terapêutica pode ter grande potencial de utilização em contextos de saúde (Baikie & Wilhelm, 2005 citado por Figueiras & Marcelino, 2008), pois existe uma relação entre expressão emocional escrita acerca de experiências adversas, e melhorias na saúde física e psicológica (Mosher & Danoff-Burg, 2006 citado por Figueiras et al., 2008). Escrever sobre pensamentos e sentimentos relacionados com acontecimentos stressantes pode ter efeitos positivos, pois a expressão das emoções através da escrita, proporciona à família momentos de reflexão e de aproximação entre si e os profissionais de saúde (Wright Leahey, 2008 citado por Marcheti & Mandetti, 2016); ajuda na identificação de recursos e forças pessoais e familiares promovendo coragem, esperança e autoestima; oferece uma oportunidade para aumentar o *insight*, a organização da perspetiva do próprio sobre os eventos, e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas (Figueiras et al., 2008; Freed et al., 2010 citado por Marcheti et al., 2016).

Posto o referido, o “Diário do bebê” pretende ser um instrumento útil na gestão da emocionalidade, associada ao internamento na Neonatologia, quer para as famílias, quer para os profissionais. Às famílias, proporciona a reflexão sobre o percurso de internamento e a expressão, exteriorização e reflexão das suas emoções/medos e a forma como lidam com os mesmos. Além de promover a esperança, através do registo das pequenas “vitórias/metastas” atingidas, transmitindo aos pais a possibilidade de encontrar um lado positivo na vivência emocionalmente intensa que se encontram a experienciar (Diogo, 2015, 2017). Pela equipa de enfermagem foi encarado como inovador no serviço, e fundamental para conhecerem melhor as necessidades emocionais dos pais, o que adquire especial importância, neste tempo de pandemia, uma vez que a equipa tem menor contacto com os mesmos. Terem acesso a essa informação, permite conhecer melhor a família, as suas emoções e perceber o que mais valorizam, os fatores facilitadores e prejudiciais à gestão das suas emoções.

As atividades desenvolvidas e delineadas permitiram uma intervenção de enfermagem focada nos três níveis de prevenção do modelo de Betty Neuman: a primária, pois através da consulta do “Diário do Bebê”, os profissionais podem identificar stressores/fatores de risco possíveis ou reais e o que os pais identificam como mais facilitadores e prejudiciais, e desenvolver atividades personalizadas e adequadas para impedir ou minimizar a reação aos mesmos; a secundária, pois permite identificar as reações aos stressores, a definição das prioridades de intervenção; e a terciária, pois ao permitir a criação de um ambiente de proximidade com a equipa, promove o sentimento de confiança e a sensação de segurança que a família tem para lidar com os stressores associados ao cuidar do seu filho, até porque sente a equipa como elemento de apoio para o futuro. Além disto, ao promover o sentimento de confiança nas suas capacidades e a esperança, a equipa está a auxiliar os pais a desenvolver o que Betty Neuman chama, ambiente criado, mais positivo e saudável, e conseqüentemente, a fortalecer os fatores de resistência internos, que contribuem para estabilizar e promover o estado de bem-estar após a exposição ao stressor (Tomey et al., 2004).

Em relação à divulgação do “Diário do bebê”, e porque, devido à pandemia atual, a formação se encontra suspensa na instituição, realizei um **documento com a justificação da pertinência do mesmo (Apêndice XVII)**, e a sua aplicação, que após aprovação pela Enf.^a chefe, foi enviado a toda a equipa, por *e-mail*. Após o envio do *e-mail*, foi feita divulgação e exposição do mesmo, nas passagens de turno, na presença da minha orientadora e da Enf.^a Chefe, para reforço e consolidação da informação e para obter o feedback da equipa e poder envolvê-la no projeto.

5.3. Serviço de urgência pediátrica

A hospitalização de urgência é uma das mais traumáticas experiências hospitalares para as crianças, pois o início abrupto da doença deixa pouco tempo para que a criança possa ser preparada, adequadamente (Diogo, 2016). O SUP possui características específicas, requerendo uma necessidade acrescida para comunicar adequadamente com a díade. Segundo Williams (2012), existem competências básicas que o profissional que trabalha num SUP tem de possuir, entre as quais respeitar os direitos dos clientes e comunicar de forma adequada e eficaz com os mesmos.

Na área pediátrica constata-se uma crescente preocupação dos profissionais, em humanizar os cuidados à criança, e ajudar a ultrapassar as adversidades da hospitalização (EACH, 2009). O termo humanização está intrinsecamente relacionado com a capacidade de comunicação, respeito à vida humana, ética nos relacionamentos e bom convívio social, traduzindo-se num conceito que orienta boas práticas (Medeiros & Batista, 2016). Para uma prestação de cuidados integral e humanizada, o enfermeiro deve atuar com adequada compreensão e reconhecimento das necessidades biopsicossociais e espirituais, além de garantir os direitos da criança instituídos pela lei (Martinez et al., 2017), respeitando os princípios dos CCF, da parceria de cuidados e dos CNT. Os princípios referidos contribuem para a excelência dos cuidados, através de um cuidado holístico e humanizado, para o qual é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica, onde a disponibilidade, a escuta ativa, o toque, a utilização de atividades lúdicas, a manifestação de empatia, bem como os pressupostos do modelo TEEP, evidenciam-se fundamentais para gerir as emoções da criança e família (Passos, 2018).

As crianças recorrem ao SUP por situações de doença, o que só por si já nos dá a informação de que, de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, se está perante um estado de desarmonia entre as partes do sistema, resultado da não satisfação das necessidades em diversos níveis, conduzindo a um reduzido estado de bem-estar. No SUP, os enfermeiros confrontam-se, frequentemente, com a experiência de medo das crianças, e procuram desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012 citados por Diogo, 2015).

A ansiedade, o medo e a dor, associados a procedimentos técnicos, constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem pediátrica (Diogo, 2015), sendo essencial para a prestação de cuidados humanizados e adaptados às necessidades das crianças e família, realizar a gestão das emoções, no sentido de promover a mobilização e criação

de mecanismos de *coping*, agindo nos níveis de prevenção primária e secundária do modelo de sistemas de Betty Neuman.

Para poder atenuar os sentimentos perturbadores, as crianças podem beneficiar de preparação e suporte: explicações sobre a necessidade de hospitalização; os procedimentos e a forma das crianças ajudarem e colaborarem, procurando que estas não percam o controlo da situação. Torna-se assim fundamental, adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação à singularidade da criança e da sua família, privilegiar uma comunicação mais próxima com a díade, e evitar possíveis situações de tensão geralmente causadas pelo medo e pela ansiedade (Fernandes, 2012 citado por Diogo, 2015). Assim, os benefícios emocionais devem ser considerados e as estratégias de enfermagem implementadas, para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Barros, 2003 citado por Diogo, 2015). A criança deverá ter oportunidade de expressar as emoções negativas e geri-las de forma saudável, o que, por si só, constitui um meio para a promoção do bem-estar emocional (Pereira et al., 2010).

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 (DR), o EEESIP deve “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p. 19192), “mobilizando recursos oportunamente, para cuidar da criança/família em situações de particular exigência” (p. 19193). Para a concretização destas competências, é imprescindível que o enfermeiro consiga comunicar eficazmente com a díade, tendo em conta as suas emoções. A procura constante da empatia no estabelecimento da comunicação, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; bem como a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções são critérios referidos nos padrões de qualidade (2015, p. 16662). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 destaca como princípios, entre outros, o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de saúde, valores e princípios só possíveis de considerar quando a comunicação e a comunicação terapêutica são utilizadas de forma adequada e eficaz. (DGS, 2012, p.10).

Phaneuf (2005) define comunicação como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). É indispensável para o enfermeiro compreender a criança/família, identificar as suas necessidades, e poder intervir de forma individualizada (Santos, 2019; Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017). A utilização de técnicas de comunicação adequadas é imprescindível, segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP deve comunicar utilizando técnicas apropriadas à idade/estádio de

desenvolvimento e culturalmente sensíveis e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação (DR, 2018).

Posto o referido, após pesquisa da evidência científica e constatação das características e necessidades do contexto, resolvi trabalhar as questões da comunicação e intervenção de enfermagem para gestão da emocionalidade da criança. Defini como **objetivos gerais** para o estágio: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança submetida a procedimentos invasivos e sua família. E como **objetivos específicos**: conhecer a dinâmica do serviço, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família; identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes à necessidade de um procedimento invasivo; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada à doença e necessidade de um procedimento invasivo; e prestar cuidados à criança e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade.

Visando o concretizar dos objetivos e o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP efetuei um conjunto de atividades. Durante o estágio nesta unidade, **procurei conhecer a dinâmica do serviço**, os projetos em curso e as necessidades, mostrei sempre disponibilidade para ouvir a opinião da equipa acerca do projeto e adaptá-lo. Realizei **observação participativa dos cuidados de enfermagem**, desde o momento da triagem até à alta para o domicílio. Seguindo as indicações das etapas do processo de enfermagem, de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, percebe-se que a triagem e o momento do acolhimento da díade no SUP, é essencial para o diagnóstico de enfermagem, que envolve a obtenção de um conjunto de informação, a partir da qual, se podem determinar as variações do bem-estar, e após essa identificação, estabelecer objetivos de enfermagem através da negociação com o cliente visando corrigir essas variações, por meio de uma intervenção de enfermagem aos vários níveis de prevenção definidos pela autora. Sendo posteriormente essencial a avaliação dos resultados para perceber se os objetivos foram atingidos e reformulá-los (Tomey et al., 2004).

Os cuidados de enfermagem foram prestados em prol das necessidades da criança e família, tendo especial atenção à evidência científica disponível/recomendações da DGS e da OE, e considerando a importância de um cuidado holístico e humanizado baseado nos princípios éticos e deontológicos. Procurei estar atenta, conhecer e considerar as

necessidades da criança e família, ouvi-los, respeitá-los, valorizá-los. Ser sensível, e estar desperta para as necessidades emocionais dos clientes, e basear a minha relação nos princípios da relação de ajuda. Nunca esquecendo os princípios dos CCF, a parceria de cuidados e os CNT e os pressupostos do modelo TEEP. Procurei estar atenta às questões da comunicação, especialmente difícil neste contexto, pela diversidade de idades/estádios de desenvolvimento, e por ser uma situação de urgência que envolve uma emocionalidade intensa. Procurei confrontar aquilo que observo, com a evidência científica existente sobre o tema, refletindo sobre as minhas experiências à luz dos conhecimentos adquiridos. Esta metodologia permite muitas vezes, prever antecipadamente quais serão as dificuldades e problemas da criança e família, e poder desenvolver estratégias para as ultrapassar ou minimizar.

Para realizar um **diagnóstico de necessidades da equipa** acerca do tema abordado, realizei, através do *Google Forms*, um questionário acerca das necessidades emocionais da criança, identificadas pela equipa, em contexto de SUP; as estratégias de gestão emocional que utilizam; a forma como encaram a comunicação nos cuidados; e as dificuldades que sentem (**Apêndice XVIII**). Este questionário foi enviado a toda a equipa de enfermagem. Sendo que a totalidade dos enfermeiros responderam ao questionário, após análise **das respostas (Apêndice XIX)**, constatou-se que: 64,3% dos enfermeiros não tinham conhecimento acerca do modelo TEEP; a equipa identificou o medo e a ansiedade como as principais emoções presentes na criança/família que recorrem ao SUP; 100% reconhece a comunicação como fundamental, no entanto, revelam dificuldades no ajuste da comunicação à idade/estádio de desenvolvimento da criança.

Partindo do diagnóstico de necessidades, desenvolvi no serviço, **dois cartazes (um deles direcionado para os lactentes, Toddlers e pré-escolar, e outro direcionado para a idade escolar e adolescentes), que compilam as principais intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade da criança, submetida a procedimentos invasivos, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento.** Cada cartaz possui um QR-code, que permite à equipa de enfermagem poder ficar com uma cópia dos mesmos (**Apêndice XX**). Como forma de divulgação dos cartazes à equipa, e para dar a conhecer o modelo TEEP e discutir a importância do trabalho emocional neste contexto, foi elaborada uma **formação com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade” (Apêndice XXI)**, para a qual foi elaborado um plano de

sessão (Apêndice XXII), e posteriormente realizado um questionário on-line para avaliação da mesma (Apêndice XXIII).

5.4. Unidade de saúde familiar

Neste contexto de cuidados, acompanhei as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ), destinadas à vigilância, nomeadamente: à avaliação do DI; promoção da saúde e prevenção da doença, cumprindo as orientações do PNS e obedecendo ao calendário de vigilância preconizado pela DGS. Nestas consultas são seguidos os procedimentos, definidos para o processo de enfermagem, de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, é realizado o diagnóstico das necessidades, feito através da colheita de dados e avaliação de cada criança/família; a definição de objetivos de enfermagem negociados com os clientes; e posterior avaliação de resultados, percebendo se os objetivos definidos foram alcançados e a necessidade de definir novos objetivos.

Durante o meu estágio **procurei conhecer a dinâmica do serviço**, perceber os projetos existentes, e as necessidades sentidas demonstrando disponibilidade para adaptar o meu projeto às mesmas. **Realizei observação participativa dos cuidados de enfermagem** prestados na CVSIJ e na sala de vacinação, em prol das necessidades da criança e família, tendo especial atenção: à vigilância da saúde da criança; ao apoio e promoção do papel parental e de comportamentos saudáveis, facilitadores de um adequado DI; à evidência científica disponível/recomendações da DGS/OE, nomeadamente, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) vigente; e aos aspetos da emocionalidade envolvidos nas situações de cuidados. Prestei cuidados baseando-me nos princípios do cuidado holístico e humanizado, tendo presentes os princípios éticos e deontológicos e os pressupostos dos CCF, parceria de cuidados e CNT. Estive sensível e desperta para as necessidades emocionais dos clientes, e baseei a relação nos princípios da relação de ajuda tendo especial atenção à comunicação com o cliente e aos pressupostos do modelo TEEP.

Posta a evidência científica sobre o tema, e após conhecer as especificidades do serviço, defini como **objetivos gerais** para este estágio: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança submetida a procedimentos invasivos e sua família. E como **objetivos específicos**: conhecer a dinâmica do serviço, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de

desenvolvimento da criança e família; identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes à necessidade de um procedimento invasivo; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada à doença e necessidade de um procedimento invasivo; e prestar cuidados à criança e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade. Com vista à concretização dos objetivos expostos, além de efetuar as atividades já referidas, estive particularmente **desperta para as emoções negativas que a díade vivencia na sala da vacinação e também para as emoções que os pais sentem na adaptação à parentalidade**, em que, muitas vezes, o medo e a insegurança, dificultam a aquisição das capacidades parentais prejudicando a vinculação ao seu filho. As intervenções de enfermagem, tendo por base o modelo de sistemas de Betty Neuman, incidiram sobretudo no nível de prevenção: primária, através da identificação de fatores de risco, e estratégias para minimizar os mesmos; secundária, identificando a sintomatologia/emoções que a exposição aos stressores causou na criança, e como podemos intervir para atenuar as mesmas; e terciária, preparando estratégias para os próximos contactos com a criança.

Frequentemente, os cuidados de enfermagem geram sentimentos de ameaça, desconforto, dor e trauma nas crianças e, na maioria das situações, o simples pensamento de visitar um serviço de saúde pode causar sofrimento psicológico antecipatório à criança (Pancekauskaitė & Jankauskaitė, 2018). A ansiedade, o medo e a dor, associados a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem (Broering et al., 2008). Os cuidados de enfermagem especializados devem considerar as necessidades emocionais e sociais, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento (Schmitz et al., 2003; Santos, 2014; Lei n.º 161/96). Deste modo, destaca-se o recurso a estratégias de humanização e CNT (Diogo et al., 2016). Compete aos enfermeiros investigar e estabelecer estratégias e intervenções que minimizem o sofrimento físico e emocional, minimizando intervenções dolorosas e se as mesmas forem indispensáveis, criar condições para que sejam seguras, eficazes para atenuar o desconforto, a dor e as emoções negativas e conseqüentemente o trauma (Passos, 2018).

A dor na criança apresenta uma enorme variabilidade, na forma como se expressa, como a criança comunica e reage à mesma; é individual e única, e a forma como é vivenciada depende de múltiplos fatores, nomeadamente, biológicos, socioculturais e psicológicos (APED, 2018; Sedrez & Monteiro, 2020). No entanto, é sempre uma experiência emocional desagradável que pode desencadear reações fisiológicas,

emocionais e motoras, e está frequentemente associada ao medo e à ansiedade. Para os enfermeiros, o controlo da dor assume-se como um indicador de boa prática (DGS, 2012; OE, 2013). Os PQCEEEESIP, referem que o enfermeiro toma como foco de atenção a dor e adota as estratégias para a prevenir e controlar. Sendo as crianças frequentemente submetidas a procedimentos médicos dolorosos, tais como, a vacinação, justifica-se a investigação de estratégias que permitam reduzir a dor e o distress associados a estes procedimentos.

A vacinação, embora seja vital para a saúde pública, é fonte de dor durante a infância e causadora de stress e ansiedade para a criança e pais. Está presente desde o nascimento, causando na criança sentimentos de rejeição, e comportamentos desagradáveis, tais como, choro, agressão e recusa para cooperar (Teles, 2019). A reação comportamental da criança, varia de acordo com: a faixa etária, o ambiente, estratégias de *coping* e experiências anteriores (Silva, Austregésiloa & Ithamar, 2017). A Organização Mundial da Saúde - OMS (2015) recomenda que a equipa de saúde esteja bem preparada para a realização da vacinação nas crianças. Está provado, pela evidência científica, que o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor (Barros, 2010). Assim, o enfermeiro precisa investir em alternativas que amenizem as emoções/sentimentos negativos (Galvão et al., 2015 citado por Souza & Lima, 2020), procurando formas de tornar a sala de vacinação um lugar lúdico e acolhedor, e encontrar tecnologias para reduzir o medo e a ansiedade (Souza et al., 2020). Faz parte das competências do EEESIP, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, através da utilização de meios farmacológicos ou não-farmacológicos (DR n.º 422/2018).

Existem medidas gerais, que visam o apoio à gestão da emocionalidade associada a procedimentos, nomeadamente: manter uma postura e tom de voz calmos, procurar que o ambiente esteja em sintonia com o mundo infantil, ter atenção à linguagem utilizada e estimular a presença e envolvimento da díade no procedimento (Teles, 2019). A presença do acompanhante é responsável por fatores positivos relacionados com as necessidades de conforto e segurança da criança, além de contribuir com informações significativas, favorecendo as tomadas de decisão (Salgado, Bittencourt & Salgado, 2018). No entanto, o melhor método/técnica para ajudar a gerir a emocionalidade negativa associada aos procedimentos, deve ser decidido individualmente considerando as características da criança.

Nos lactentes, observei a utilização de algumas técnicas, úteis como métodos não farmacológicos para o alívio da dor, tais como: a amamentação (natural, fácil, que

combina várias vantagens: o contacto, a sucção, o sabor doce do leite) (García et al., 2015 citado por Pires, 2019); a ingestão de soluções açucaradas (sacarose, dextrose 30%); a sucção não nutritiva (chupeta ou então do dedo com luva); a distração, estimulação tátil; técnicas diferenciadas de administração da vacina (realizar o procedimento no menor tempo possível, se for administrada mais do que uma vacina, priorizar a menos dolorosa, aquecer a vacina nas mãos antes da administração); método canguru (Pandita et al., 2018 citado por Pires, 2019; Galvão, Pedroso & Ramalho, 2015). Na fase pré-escolar, a preparação das crianças deve ser direta e concreta, os procedimentos invasivos são ameaçadores nesta fase, pois os seus conceitos de integridade corporal estão pouco desenvolvidos (Magnabosco et al., 2008 citado por Teles, 2019). Os profissionais devem investir numa abordagem que encoraje a criança a verbalizar ideias e sentimentos; demonstrar o uso de equipamentos; afirmar que os procedimentos não são uma forma de punição, e sempre que possível envolvê-la nos cuidados e fornecer opções de comportamentos, e nunca a recriminar por eventual falta de cooperação (Magnabosco et al., 2008 citado por Teles, 2019). Na idade escolar, deve: utilizar-se terminologia correta na explicação do procedimento; permitir a manipulação de materiais/equipamentos; e estimular o questionamento. Além de prepará-la com antecedência, deve-se estimular a cooperação da criança, explicando o que se espera dela e sugerindo meios de manter o controlo comportamental (Magnabosco et al., 2008 citado por Teles, 2019).

De forma a sistematizar os métodos existentes, estes surgem, na evidência científica, agrupados em quatro categorias: métodos físicos - posicionamento, massagem, estimulação cutânea com aplicação de objetos quentes e frios, a utilização de vibração e pressão (por exemplo o Buzzy) (Aydin & Sahiner, 2017 citado por Teles, 2019); métodos cognitivos - distração cognitiva, preparação, informação, imaginação, autoinstrução positiva (Pancekauskaitė et al., 2018); métodos comportamentais - distração comportamental, exercícios respiratórios, relaxamento muscular progressivo, dessensibilização sistemática, utilização de incentivos para comportamentos adaptativos, ensaio do procedimento com antecedência e treino de estratégias de *coping* positivas (Bagheriyan et al., 2011; Birnie et al., 2018 citados por Teles, 2019); métodos combinados - estratégias cognitivas e comportamentais, envolvendo aspetos da atenção, motivação, expectativas, processos de aprendizagem, fisiológicos e neurobiológicos (Birnie et al., 2018 citado por Teles, 2019).

As estratégias de distração podem ser uma maneira simples e rápida de reduzir a dor, o stress e a ansiedade (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor - APED, 2018;

OE, 2013). É um método não-farmacológico e não invasivo, que pode reduzir comportamentos indicadores de dor, quando utilizado de maneira adequada, levando em consideração a idade, nível de DI e preferências da criança (Robabi et al., 2016 citado por Teles, 2019). É uma técnica cognitiva, frequentemente usada como estratégia de *coping* para redirecionar a atenção da criança em direção a um estímulo (novo), ou envolver a criança ativamente numa tarefa diferente do procedimento, a fim de diminuir a capacidade de perceber estímulos dolorosos, diminuindo assim os indicadores de ansiedade da mesma (Góis Paixão, 2010; Sahiner & Bal, 2016; Sonne et al., 2017 citado por Teles, 2019). Pode ser dividida em: ativa (a criança é encorajada a realizar determinada ação durante o procedimento invasivo); e passiva (é o enfermeiro ou cuidador que desenvolve a(s) atividade(s) para a criança concentrar a sua atenção) (Aydin et al., 2016 citado por Teles, 2019); cognitiva (estratégia que dirija a atenção da criança para estímulos diferentes do procedimento (Barros, 2010)); e comportamental (intervenção que ensina e orienta a criança a direcionar a sua atenção para um estímulo neutro (Teles, 2019)). A literatura procura relacionar técnicas de distração e faixas etárias (Pancekauskaitė et al., 2018).

Posto tudo o que foi referido, procurei na minha **prestação de cuidados**, na sala de vacinação, ajudar as crianças a lidar com os medos e preocupações; a desenvolver estratégias de *coping*; incentivei a presença e participação dos pais; apoiando-os na descoberta de estratégias que ajudem os seus filhos; procurei estratégias para minimizar o trauma (forneci à criança informações apropriadas à idade e opções sempre que possível); escutei atentamente a criança, oferecendo segurança e esperança realista; e procurei otimizar o controlo da dor (observando e utilizando as técnicas das quais a equipa já dispunha ou podia utilizar, nomeadamente: amamentação, sucção não-nutritiva, contenção, posicionamento, método canguru, técnicas diferenciadas de administração de vacina e técnicas de distração, exemplo: “pote da calma”, histórias, vídeos e canções). Além das técnicas já existentes, **divulguei à equipa e implementei a realidade virtual (RV)** como estratégia não farmacológica para alívio da dor e emoções negativas associadas, neste caso, à vacinação, mas que se poderá depois transpor para outros procedimentos invasivos.

A RV é uma técnica de distração inovadora, que utiliza um capacete ou óculos que projetam imagens aos olhos do utilizador, proporcionando-lhe uma visão tridimensional do ambiente virtual, dando-lhe a sensação de agir dentro desse local, bloqueando a visualização do ambiente real envolvente (Góis Paixão, 2010; Scapin, Echevarría-Guanilo & Fuculo Junior, 2020; Scapin, Echevarría-Guanilo & Fuculo Junior, 2017). Assim, os

recursos de atenção do indivíduo ficam direcionados para o ambiente virtual e retirados da experiência dolorosa (Góis Paixão, 2010; Esteves et al., 2014; Souza et al., 2020).

A evidência científica revela, a eficácia da RV na gestão da dor e do distress em crianças e adolescentes submetidos a procedimentos invasivos e dolorosos, e que a mesma favorece o *coping* , não evidenciando nenhum efeito negativo relacionado com a sua utilização (Góis Paixão, 2010). No entanto, a utilização da RV não substitui outras estratégias de controlo da dor e do distress associados aos procedimentos (Góis Paixão, 2010). A RV deixa as crianças mais tranquilas e colaborativas (Scapin et al., 2020), permite a diminuição da administração de analgésicos e não tem perda de efeito pelo uso contínuo (Souza et al., 2020). Assim, constatou-se que em crianças que não utilizaram a RV, surge, associado à vacinação, reações como medo, raiva, fuga, agressividade, tristeza e ansiedade, enquanto nas crianças que a utilizaram, tais reações variaram entre medo, alegria, curiosidade, confiança e euforia (Souza et al., 2020). Observa-se que a RV, integrada numa prestação de cuidados holísticos, humanizados e com respeito pelos pressupostos essenciais à prestação de cuidados pediátricos, contribuiu favoravelmente para a prática da vacinação humanizada. **Com vista à divulgação e implementação desta técnica, adquiri os óculos de RV, e fiz demonstração da sua utilização à equipa recorrendo a vídeos disponíveis no Youtube e numa aplicação para telemóvel, gratuita, que se chama *Within* (Apêndice XXIV).**

Além disso, efetuei, junto da equipa, **um formulário de avaliação das necessidades formativas** na área do “cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas” (através do *google forms* , respondido on-line - **Apêndice XXV**), com a finalidade de identificar quais as emoções mais comuns identificadas pelos enfermeiros, no momento da vacinação; quais as estratégias utilizadas nesse momento; e se tinham conhecimento da RV enquanto pertencente a esse grupo de estratégias. Em termos de resultados: 100% da equipa respondeu ao questionário; as emoções mais identificadas foram o medo e a ansiedade; as estratégias mais utilizadas são: cantar/música, histórias, falar, contar, imaginação e o telemóvel; e 66,7% dos enfermeiros sabe o que é a RV, mas não a reconhece como estratégia não farmacológica para alívio da dor e das emoções negativas, e 100% da equipa refere que nunca utilizou esta estratégia (**Apêndice XXVI**). Assim sendo, desenvolvi no serviço, uma **ação de formação com o tema “Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas” (Apêndice XXVII)**, com o objetivo de refletir sobre o cuidar em enfermagem pediátrica; sobre as emoções

associadas aos procedimentos invasivos e estratégias utilizadas para as minimizar; e a importância da prestação de CNT. Esta ação permitiu-me reforçar e consolidar informação, obter o feedback da equipa e poder envolvê-la no projeto. Para a realização desta ação de formação foi elaborado um **plano de sessão (Apêndice XXVIII)** e, posteriormente, um **questionário de avaliação da sessão** (através do google forms, respondido on-line - **Apêndice XXIX e Apêndice XXX**).

No que se refere às questões da parentalidade sabe-se, pela evidência científica existente, que é uma transição desencadeada por eventos críticos (Meleis, 2010). O nascimento de um filho é um tempo de mudança na vida de uma família, caracterizado pela reorganização individual, conjugal e social (Mercer, 2006). Os pais possuem um papel dos mais exigentes e complexos, já que o desempenho do papel parental, é essencial para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Mercer, 2006).

A parentalidade traduz-se pela aquisição de competências/habilidades parentais. As competências parentais são o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança, como por exemplo, a compreensão do desenvolvimento da mesma, a capacidade de avaliar/interpretar os seus comportamentos, e a capacidade de tomada de decisões em torno dos cuidados e de interação com a criança (Cardoso et al., 2015). Quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades parentais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável, e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas & Bornstein, 2005 citados por Cardoso et al., 2015), com consequente melhoria da confiança, da satisfação e do desempenho do papel (Cardoso et al., 2015).

Existem descritas dois tipos de competências parentais: cognitivo-afetivas (atenção, afeto, estimulação e preocupação quanto às necessidades do bebé) e as cognitivo-motoras (capacidades na área do cuidar, isto é, alimentação, eliminação, higiene e conforto, temperatura, prevenção de acidentes e vigilância de saúde). A aprendizagem das competências parentais corresponde a um processo contínuo, com início na gravidez, e necessidade de integrar novos conhecimentos e habilidades à medida que o filho cresce e se desenvolve (Cardoso et al., 2015).

O conceito de CCF tem como objetivo apoiar as famílias nas suas competências para a prestação de cuidados aos filhos, capacitando-as e empoderando-as, de modo que prestem cuidados de qualidade (Hockenberry et al., 2014). Na parceria de cuidados, a equipa desempenha funções de apoio, de ensino, e de encaminhamento da família. No

que respeita às estratégias de apoio, o enfermeiro deve promover o envolvimento dos pais nos cuidados, criando um ambiente de confiança entre criança/pais/profissionais de saúde. Em relação ao ensino, os enfermeiros devem partilhar conhecimentos, e ensinar técnicas apropriadas à família, de modo que estas possam prestar cuidados à criança. Por último, no que se refere à função de encaminhamento, os enfermeiros podem recorrer/encaminhar para outros profissionais de saúde quando necessário (Ribeiro et al., 2015).

Posto o referido, e porque é essencial que a equipa de enfermagem apoie os pais nesta sua fase de transição para a parentalidade, que pode desencadear emoções negativas, nomeadamente, medo e insegurança, o enfermeiro deve apoiar e ajudar os pais no desenvolvimento destas competências parentais, essenciais para que os mesmos possam viver este período de forma mais tranquila e ultrapassar este evento crítico da forma mais saudável e positiva possível. Deve proporcionar, através de intervenções específicas e adequadas a cada situação, a alteração das emoções, atitudes e comportamentos para uma direção desejada, no sentido da sua saúde (Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2019). Este apoio também contribui para a promoção do processo de vinculação, pois uma boa aquisição de competências parentais promove uma boa vinculação e vice-versa (Mendonça, 2015).

No Regulamento n.º 422/2018, é referida como competência do EEESIP, o dever de promover a vinculação de forma sistemática, e avaliar o desenvolvimento da parentalidade (DR, 2018). Meleis (2010), afirma que o enfermeiro tem um papel importante na identificação das transições, e no auxílio à família para as ultrapassar, ajudando-a a encontrar o equilíbrio, valorizando perceções, expectativas e necessidades de aprendizagens dos pais. Além do referido, também é da responsabilidade do EEESIP, a promoção, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no DI, com intervenções direcionadas para a família (Santos, 2014). Este apoio deve ser constante e individualizado (Salvador et al., 2015). Faz parte dos objetivos do PNSIJ “estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados” (DGS, 2013, p. 9).

Nos CSP, tendo em conta os níveis de prevenção do modelo de Betty Neuman, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental ao nível de prevenção primária, que tem o propósito, não só de diminuir a possibilidade de o sistema enfrentar stressores que interfiram com o equilíbrio e bem-estar, mas também de fortalecer a sua linha de defesa

flexível através dos cuidados antecipatórios e da educação para a saúde (Neuman & Fawcett, 2011).

Posto o referido, e com a finalidade de auxiliar os pais no desenvolvimento das competências parentais; promoção do papel parental, minimizando as emoções negativas; estimular a adoção de comportamentos saudáveis e adequados ao desenvolvimento da criança; constatou-se a necessidade de reformular o **folheto**, já existente na USF, e intitulado “**Alimentação do bebé no 1.º ano de vida**” (**Apêndice XXXI**), em conformidade com as novas orientações emitidas, pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), em 2019. Este folheto é distribuído em consulta de enfermagem, e segundo os pais é extremamente útil, sobretudo na diversificação alimentar em que referem muitas dúvidas/inseguranças.

Além do referido, não pude ignorar a situação particularmente difícil vivida atualmente em Portugal, pela presença na comunidade do vírus SARSCOV-2, que colocou o país em confinamento, trazendo algumas dificuldades na vivência do dia-a-dia. A situação atual de pandemia COVID-19, conduz a que a criança fique mais vulnerável a sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e solidão, devido ao isolamento e afastamento de familiares e amigos, observando-se repercussões emocionais e comportamentais. As crianças, principalmente as pré-escolares, não compreendem a situação, e tendem a reagir às mudanças de comportamento dos familiares e às alterações na sua rotina de vida. Assim, podem dormir mal, não comer, chorar, demonstrar apatia ou distanciamento. Estas são respostas emocionais à situação adversa que estão a viver, manifestações do seu desconforto e mal-estar emocional (Freitas, Costa, Diogo & Gaíva, 2021).

A maneira como os pais transmitem e gerem as informações sobre a COVID-19 fornecidas aos seus filhos, pode intensificar ou ajudar a gerir os seus níveis de medo (Freitas et al., 2021). Em confinamento, os pais são frequentemente os melhores e mais próximos recursos para as crianças procurarem ajuda. Assim, manter a comunicação com as crianças é a chave para identificar quaisquer questões físicas e psicológicas (Pacheco, Nunes & Zambrano, 2020). Mas é muito complicado para os pais gerir a ansiedade dos seus filhos, mantê-los ocupados e seguros em casa (Freitas et al., 2021). É fundamental que o enfermeiro compreenda as repercussões da COVID-19 na criança/família, ajudando-os a gerir as emoções, contribuindo para a harmonia e bem-estar da díade, fortalecendo-os emocionalmente. Existem componentes do trabalho emocional do enfermeiro como, dar suporte e tranquilidade, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente, e ajudar a resolver os problemas, bem como suprimir a expressão de emoções

inadequadas, que se tornam imprescindíveis no cuidado aos pais e crianças em tempos de pandemia (Freitas et al., 2021).

Compete ao enfermeiro transformar este período de pandemia, que pode ter consequências negativas e causar perturbações no processo de vinculação familiar, numa oportunidade de promoção da interação criativa entre os membros da família, de envolvimento em atividades familiares prazerosas que poderão promover o desenvolvimento dos seus membros, favorecendo a resiliência (Sprang & Silman, 2013; Wang et al., 2020 citados por Almeida, Viana, Tavares, Reis-e-melo & Faria, 2020). O enfermeiro apresenta um papel determinante na gestão emocional do cliente pediátrico, através da utilização de técnicas de comunicação criativa, tanto ao brincar e interagir com a criança, quanto ao possibilitar a comunicação dela com os seus familiares, promover a manutenção do vínculo afetivo familiar (Freitas et al., 2021). Estão descritas na literatura como estratégias de cuidado: a explicação clara do que é a COVID-19; formular uma estrutura das atividades da vida quotidiana; lidar com atividades lúdicas semiestruturadas, como uso de jogos e vídeos (Pacheco et al., 2020).

Posto o referido, considere a importância da **divulgação do site: <https://www.coronakids.pt/>, do livro “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e do folheto complementar ao livro: “No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João (Apêndice XXXII e Anexo II)**, existentes no site da health care tool boxes.

O CoronaKids é um site lúdico-pedagógico, criado pela editora Ideias com História em parceria com a DGS, com o objetivo de informar as crianças sobre o novo coronavírus. Neste site, os pais e crianças podem encontrar notícias atualizadas, informações úteis sobre a COVID-19, curiosidades, histórias (incluindo o “Manual de primeiros socorros “emocionais” para pais e filhos” - Anexo III), jogos, vídeos e atividades para as crianças. Permite que as crianças se mantenham informadas, de uma forma divertida, ao mesmo tempo que ajuda os pais a proporcionar atividades lúdicas aos seus filhos. Além disso, contém ainda dicas e reflexões acerca de como gerir a ansiedade e as emoções que estes tempos de pandemia despoletam nos seus filhos.

O livro “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e o folheto complementar ao livro “No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João”, ajudam os pais a explicar aos seus filhos o que é a pandemia COVID-19, e que cuidados devem ter, isto de uma forma lúdica, enquanto pintam e ficam envolvidos na história.

5.5. Consulta de desenvolvimento infantil

A minha experiência nesta consulta permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o DI, instrumentos de avaliação, e as intervenções promotoras do mesmo.

O DI é um processo dinâmico, ativo, único e contínuo, que se inicia na vida intrauterina e envolve vários fenómenos: o crescimento físico, a maturação neurológica e a aprendizagem. É construído a partir da interação entre herança genética e influências do meio em que a criança vive, ou seja, por fatores de risco ou de proteção: biológicos, ambientais, familiares ou sociais (Molinari, Silva & Crepaldi, 2005; Guimarães, Carvalho, Machado, Batista & Lemos, 2013; Silva, Maftum & Mazza, 2014; Souza & Veríssimo, 2015). Traduz-se numa progressão ordenada de aptidões perceptivas, motoras, cognitivas, linguísticas, sócio emocionais e autorreguladoras, tendo por base as capacidades estabelecidas na primeira infância (Molinari et al., 2005). A aquisição dessas capacidades baseia-se em fatores como a saúde, nutrição, segurança e proteção, que variam consoante o meio social em que as crianças vivem, dando origem a oportunidades diferentes para se desenvolverem (Mancini, Megale, Brandão, Melo & Sampaio, 2004; Guimarães et al., 2013; Souza et al., 2015; Lancet, 2016).

A Carta dos Direitos da Criança refere que o estado tem obrigação de assegurar o seu desenvolvimento. Promover o DI é ajudar a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo (Hockenberry et al., 2014). Existem um conjunto de princípios para promover o desenvolvimento da criança, que são: todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado; as crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos; o DI é multidimensional; as relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social; os enfermeiros devem potenciar a pessoa significativa/criança, numa atitude empática, flexível e não prescritiva; a avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação; os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do DI (Papália & Feldman, 2013).

A vigilância do DI é um foco de atenção em saúde infantil, compreendendo as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à deteção de desvios nesse processo (Reichert, Nóbrega & Damasceno, 2015). O acompanhamento do DI deve ser um processo flexível, dinâmico e contínuo. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família, e não apenas nas

denominadas idades-chave. A DGS refere, como objetivos do PNSIJ, a avaliação do crescimento e desenvolvimento, promoção do desenvolvimento pessoal e social das crianças e jovens e apoio e estimulação do papel parental, e refere que “a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de saúde infantil” (DGS, 2013, p. 57).

Em saúde infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na avaliação do estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. É da responsabilidade do EEESIP adquirir conhecimentos específicos sobre o DI, para poder prestar cuidados holísticos e personalizados a cada criança, envolvendo a família em todo o processo (Santos, 2014). O EEESIP deve avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento da criança; orientar antecipadamente as famílias para a maximização do potencial do DI; promover a educação para a saúde, identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa; e detetar precocemente alterações e articulação/encaminhamento para outros profissionais em situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade desta (DR, 2018).

Posta a evidência científica, e após conhecer as especificidades do serviço, defini como **objetivos gerais** para este estágio: desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família, e desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança com necessidades especiais e sua família. E como **objetivos específicos**: conhecer a dinâmica do serviço, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família; promover a vinculação e transição para a parentalidade; e prestar cuidados à criança e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade.

Com vista ao cumprimento dos objetivos definidos e à aquisição de competências, enquanto futura EEESIP, desenvolvi um conjunto de atividades. Durante a minha permanência neste serviço, procurei **conhecer a dinâmica** do mesmo e perceber os projetos em curso, e as necessidades sentidas, demonstrando sempre disponibilidade para adaptar o projeto às mesmas. Realizei **observação participativa das consultas de enfermagem de diabetes, obesidade, mas sobretudo das consultas de DI**, com aplicação da escala de Mary Sheridan e da Growing Skills. Nas minhas participações, procurei ter em conta as necessidades da criança e família, tendo especial atenção à vigilância da saúde do bebé e criança, ao apoio e promoção do papel parental e dos

comportamentos saudáveis, à evidência científica disponível/recomendações da DGS e da OE e ao PNSIJ vigente, tendo em conta sempre um cuidado holístico e humanizado baseado nos princípios éticos e deontológicos. Procurei estar atenta, conhecer e considerar as necessidades da díade, ouvi-los, respeitá-los, valorizá-los. Ser sensível e estar desperta para as necessidades emocionais dos clientes, e basear a minha relação nos princípios da relação de ajuda. Nunca esquecendo os princípios dos CCF, a parceria de cuidados e os CNT. A colaboração nas consultas de DI permitiu-me observar, treinar e refletir sobre as estratégias utilizadas na avaliação do DI e a intervenção de enfermagem promotora do mesmo.

Segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, e o enfermeiro deve promover o seu envolvimento nos cuidados, criando um ambiente de confiança entre díade/profissionais de saúde, e deve partilhar conhecimentos, e ensinar técnicas apropriadas à família, de modo que estes possam prestar cuidados à criança (Ribeiro et al., 2015). Nesta medida, é de extrema importância partilharmos com os pais conhecimentos e noções acerca do DI da criança, para que possam compreender e detetar alterações, e também se sintam dotados de competências e estratégias para promover o DI. Nesta medida, efetuei um **folheto que compila as principais fases/estádios de desenvolvimento psicossocial dos 0 até aos 18 anos (Apêndice XXXIII)**, de acordo com a teoria de desenvolvimento que integra a perspetiva psicanalítica centrada nas emoções, a psicossocial de Erickson (Papália et al., 2013). Este folheto visa ajudar os pais a compreender o desenvolvimento e as fases/alterações de comportamento/emoções do seu filho. Ao longo do mesmo encontram-se algumas informações sobre as emoções/sentimentos, vivenciados pelas crianças, em cada fase/estádio de desenvolvimento (como por exemplo, os terríveis dois anos), e sugestões de estratégias que se podem usar.

Com as intervenções referidas, consegui incidir nos três níveis de prevenção definidos no modelo de sistemas de Betty Neuman: primária - identifiquei problemas/stressores através da observação nas consultas e consulta do histórico de saúde dos clientes, para depois a um nível secundário e terciário, conseguir intervir, capacitando a família e criança para lidar com a experiência traumática, encontrando em conjunto com as mesmas estratégias para promover as áreas de desenvolvimento comprometidas.

6. PERCURSO FORMATIVO: AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP E DE MESTRE

As experiências formativas nos diversos contextos de prática proporcionaram a construção de saberes alicerçados na intencionalidade, no raciocínio e na tomada de decisão em ação (Alarcão et al., 2005), enquanto componentes essenciais para o desenvolvimento de competências numa dinâmica de prática reflexiva.

Alarcão et al. (2005) definem competência como o saber em ação. Pires (1994) define competências como “capacidades de pôr em prática numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e atitudes, que podem ser decomponíveis em ser (ou estar), saber, saber-fazer (...)” (p. 5). A OE (2015) refere que “competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa” (p.3).

A experiência formativa acima descrita, permitiu-me o desenvolvimento de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de mestre, sendo que este capítulo pretende refletir sobre as mesmas.

6.1. Desenvolvimento de competências comuns de EE (DR, 2019)

- As competências do domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** foram desenvolvidas, tendo em consideração que, realizei em todos os contextos de estágio uma prestação de cuidados holística, baseado nos princípios éticos e deontológicos, com recurso a documentos norteadores da profissão tais como: o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que orientaram os meus processos de tomada de decisão e o assegurar de práticas promotoras da humanização, do respeito pela dignidade e direitos humanos, da responsabilidade e da excelência. Assegurei o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Procurei na minha prestação de cuidados, estar atenta, conhecer e considerar as necessidades da família, e ouvi-los, respeitá-los, valorizá-los, e pedir a sua colaboração e participação nas tomadas de decisão e na prestação de cuidados. Ser sensível e estar desperta para as

necessidades emocionais dos clientes, e basear a minha relação nos princípios da relação de ajuda, tendo especial atenção à comunicação com o cliente, adequada à situação e contexto. Nunca esquecendo os princípios dos CCF, a parceria de cuidados e os CNT;

- Nas competências do domínio referente à **melhoria contínua da qualidade**, procurei ter conhecimento, nos diferentes contextos e realidades, sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, procurando conhecer as normas de cada serviço e as recomendações da DGS e OE para cada contexto de cuidados, o que facilitou a identificação de oportunidades de melhoria. E desenvolvi nos diversos contextos de estágio, o planeamento e desenvolvimento de intervenções promotoras da melhoria contínua, nomeadamente, através da elaboração de documentos/procedimentos de apoio à prática de enfermagem (Apêndices VI, VII, VIII, IX, X, XVI, XX, XXIV, XXXI, XXXII e XXXIII), normas de procedimento (Apêndice XIII), e sessões de formação (Apêndices XI, XII, XVII, XXI, XXII, XXVII e XXVIII) e de análise de práticas (Apêndices IV, V, XIV, XV, XVIII, XIX, XXIII, XXV, XXVI, XXIX, XXX e XXXIV).

Realizei a minha prestação de cuidados e atividades, visando a promoção de medidas de preparação pré-operatória direcionadas para as necessidades emocionais da criança e família, centrada nas reais necessidades da díade (Apêndices VI, VII, VIII, IX e X) e assente no estabelecimento de uma relação terapêutica, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

- As competências do domínio da **gestão dos cuidados** foram alcançadas através do conhecimento acerca da dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar, reconhecendo as funções e papéis dos diversos membros da mesma. Além disso, há a referir a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, com a orientação e supervisão das enfermeiras EEESIP dos diversos contextos, reflexão acerca das necessidades emocionais dos clientes (Apêndice IV), diário de campo (Apêndices V e XIV) e análise de práticas (Apêndices IV, V, XIV, XV, XVIII, XIX, XXIII, XXV, XXVI, XXIX, XXX e XXXIV); e a identificação de diagnósticos e intervenções no SCLÍNICO, propondo e discutindo com a equipa de enfermagem nas sessões de formação, a otimização dos registos (Apêndices XI e XXI);

- Relativamente às competências do domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o contributo de uma prática reflexiva e baseada na evidência ao longo deste percurso, caracterizado por uma complexidade crescente, foi essencial para o desenvolvimento de um melhor conhecimento pessoal e da relação

com a pessoa alvo de cuidados. A elaboração de sínteses reflexivas integradoras das experiências vivenciadas em cada local de estágio (Apêndices IV, V, XIV e XV), contribuíram para alicerçar os saberes e o pensamento crítico inerente à tomada de decisão, que se revelou primordial para perceber as dimensões inerentes à prática e o desenvolvimento da especificidade e conhecimento contido na prática clínica (Benner, 2001). Ainda neste domínio, gostaria de realçar as competências desenvolvidas no âmbito da responsabilidade relativa à promoção da aprendizagem, em contextos de trabalho, na área da especialidade, realizando o diagnóstico das necessidades formativas (Apêndices XVIII, XIX, XXIII, XXV e XXVI) e atuando como formadora nos contextos de trabalho, através da realização de sessões de formação (Apêndices XI, XII, XVII, XXI, XXII, XXVII e XXVIII). Estas atividades foram uma importante oportunidade para a aquisição do conhecimento, através da partilha da evidência científica atual. Além do referido, há a destacar também neste domínio de competência, a participação como preletora no 2.º Webinar emoções em saúde com o tema “trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de covid-19” (Apêndice XXXIV).

6.2. Desenvolvimento de competências específicas de EEESIP (DR, 2018)

O percurso de aprendizagem e de prática contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências específicas referentes ao EEESIP, nomeadamente:

- **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.** Neste domínio de competência destacam-se as relacionadas com a Implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade e do diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança. Para a aquisição das competências ao nível do domínio referido, contribuiu o estabelecimento de uma relação terapêutica com os meus clientes, assente numa prestação de cuidados holística e humanizada respeitando os princípios dos CCF e da parceria de cuidados, através do envolvimento da família, da sua capacitação, da negociação e da partilha na tomada de decisão. Estando particularmente desperta para os aspetos da comunicação. A relação terapêutica estabelecida, e os aspetos de comunicação tornaram-se cruciais para a identificação das situações que comprometiam, no caso do tema deste projeto, o bem-estar emocional dos clientes (Apêndices IV, V, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX, XXI e XXVII). Esta identificação revelou-se fundamental, para que pudesse, em parceria com a

criança e família, identificar estratégias para capacitar as mesmas de mecanismos de *coping* que lhes permitam gerir a sua emocionalidade, vivendo a experiência de cirurgia e hospitalização da forma mais positiva e saudável possível (Apêndices VI, VII, VIII, IX, X, XVI, XVIII, XIX, XX, XXIV e XXVII). Além disso, foram ainda promovidas outras atividades que visam a educação para a saúde, a promoção do papel parental e a adoção de estilos de vida saudáveis (Apêndices VIII, XVI, XXXI, XXXII e XXXIII);

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

Neste domínio de competência destacam-se as relacionadas com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade. Para a aquisição de competências neste domínio, contribuíram todos os cuidados prestados tendo em conta a prestação de um cuidado holístico e humanizado, centrado nas reais necessidades da díade alvo dos cuidados, promovendo o seu bem-estar global e o desenvolvimento de estratégias de *coping/adaptação* à situação de doença/hospitalização/necessidade de cirurgia. Nunca esquecendo a importância das questões relacionadas com a promoção da esperança (Apêndices VI, VII, VIII, IX, X, XV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXIV e XXVII).

Em todos os contextos de cuidados estive também particularmente atenta às questões relacionadas com a gestão da dor, e estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma (Apêndices XX, XXIV, XXV e XXVII), estando especialmente desperta para as questões dos CNT;

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

Neste domínio de competência destacam-se as relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; a promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais e a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Para a aquisição de competências ao nível deste domínio, realço o estágio na USF e na consulta de DI, que permitiram, aprofundar e consolidar os meus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil; sobre a utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento, particularmente a escala de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada; e sobre estratégias para potenciar o desenvolvimento (Apêndice XXXIII). Além disso, todos os contextos permitiram-me a perceção da importância da educação para a saúde, com foco nos cuidados antecipatórios e da promoção da parentalidade como vetores essenciais do DI. Ainda neste domínio de competência, e porque em todo o processo de cuidados é

essencial a comunicação com a díade, gostaria de enfatizar o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família, adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (Apêndices V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXV, XXVII, XXXII e XXXIII).

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

6.3. Desenvolvimento de competências de mestre (DR, 2018)

Assim, e dando cumprimento ao Dec. Lei n.º 65/2018 no artigo 15.º, procurei, com as atividades desenvolvidas, desenvolver as seguintes competências de mestre:

- O facto de ter tido experiências de estágio em contextos diferentes, permitiu-me treinar a **aplicação dos meus conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas**, ainda que relacionados com a minha área de estudo;
- Foi fundamental a **capacidade para integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas com as quais me deparava, procurando encontrar soluções/desenvolver estratégias** para resolver ou minimizar o impacto das situações mais negativas, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais dessas intervenções;
- Desenvolvi a capacidade de **comunicar à equipa multidisciplinar as minhas conclusões**, e os conhecimentos e raciocínios utilizados para as formular;
- Desenvolvi competências de pesquisa, e todo este processo promoveu em mim, um desejo contínuo por crescer, pesquisar a evidência científica mais atual, aprender, e desenvolver competências que me permitam melhorar cada vez mais a minha prestação de cuidados, visando a excelência dos mesmos. Estas Competências vão ser promotoras de uma **aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma/auto-orientada**.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório representa o culminar do percurso que se iniciou com a pesquisa da evidência científica existente, sobre uma temática pela qual tinha grande interesse, e algumas lacunas de conhecimento: a gestão da emocionalidade da criança e família no período pré-operatório. Neste “caminho” percorrido e, através da reflexão crítica sobre a prática/experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, confrontando-as com os conhecimentos já adquiridos, consolidei, transformei e adquiri novos conhecimentos, e desenvolvi competências de EE, EEESIP e mestre, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem que presto aos meus clientes, visando uma perspetiva de cuidados holísticos, éticos e culturalmente sensíveis, alicerçados nos modelos orientadores dos cuidados de enfermagem pediátricos, e os seus pressupostos: CCF, parceria de cuidados, CNT e modelo TEEP.

A orientação deste percurso formativo, através da metodologia de projeto, foi fundamental para o alcançar dos objetivos propostos e para o desenvolvimento de competências comuns, de EEESIP e de mestre, nas diversas dimensões do exercício profissional, numa interligação contínua entre a reflexão, a teoria e a prática. Neste sentido, destaco a teoria de Jean Watson, o modelo de sistemas de Betty Neuman e o quadro de referência da enfermagem pediátrica, os CCF, os CNT e o modelo TEEP, enquanto importantes contributos para o meu percurso, por se terem constituído como as linhas orientadoras do meu pensamento e da prática de cuidados.

A Enfermagem é a ciência do cuidar, “o título de Enfermeiro confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais” (REPE, 2015, p. 21). O EEESIP deve prestar cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação da criança e dos seus cuidadores (OE 2010); trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto; avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; orientar antecipadamente as famílias para a maximização do potencial do DI; promover a educação para a saúde, identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa; detetar precocemente alterações e articulação/encaminhamento para outros profissionais em situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade desta (DR, 2018).

Relativamente à temática abordada neste projeto, e após análise da evidência científica disponível, pode concluir-se que, cuidar em pediatria significa valorizar e reconhecer a família como parte integrante da equipa multidisciplinar. Cada experiência de hospitalização/cirurgia da criança é uma vivência individual, marcada por uma

emocionalidade intensa e perturbação da dinâmica familiar. Posto o referido, a criança que necessita de uma cirurgia e sua família, deve ser vista no seu aspeto global, e a nós, enfermeiros, cabe a responsabilidade da prestação de um cuidado holístico e humanizado (Schmitz et al., 2003).

De acordo com o artigo 89.º do Código Deontológico “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa, como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p. 97). O EEESIP tem um papel primordial na gestão das emoções (Diogo, 2019) para alterar as emoções negativas do cliente, para estados de tranquilidade e bem-estar, contribuindo para o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e para uma adaptação positiva a toda a situação.

Em casos em que a criança necessita de uma cirurgia, a qualidade do programa de preparação pré-operatório: a preparação e o suporte para a hospitalização/cirurgia que os pais transmitem aos seus filhos, são essenciais para ajudar a criança e os pais a ultrapassar a emocionalidade negativa provocada pela situação, bem como para ajudá-los a encontrar estratégias para ultrapassá-la (Santos, 2014).

A preparação da criança para a cirurgia é uma intervenção autónoma de enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar. Para Oliveira et al. (2005), a preparação física, e essencialmente, a preparação psicológica, constituem uma atividade independente do enfermeiro, pelo que este se deverá dotar de competências para apoiar e preparar a criança e sua família neste processo, desencadeando nas mesmas uma sequência de comportamentos e estratégias de adaptação, de forma a conseguirem lidar com os desafios mantendo sempre o equilíbrio.

A “experiência dos enfermeiros surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação e assim ajudar no confronto de situações emocionalmente intensas” (Diogo et al., 2015, p. 50). Os contextos de estágio constituíram-se locais primordiais que proporcionaram formação e reflexão, através da observação participativa nos cuidados prestados ao sistema criança – família, e à posterior reflexão sobre os mesmos, conduzindo à aquisição de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de competências de EE e EEESIP.

É dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p. 35). No

final deste percurso formativo considero que transformei o meu olhar sobre a prática de cuidados em pediatria, destacando-se a importância que percebi na intencionalidade das minhas intervenções. E sinto-me mais capacitada e dotada de ferramentas que me permitem apoiar a criança e família no desenvolvimento de estratégias de *coping*, que as apoiem na gestão da emocionalidade, e lhes proporcionem uma adaptação positiva e saudável ao período de hospitalização, e a todos os stressores que o mesmo acarreta.

O meu percurso de aprendizagem não termina com a elaboração deste relatório, será uma aprendizagem ao longo da vida. Na prossecução da minha formação pretendo: dinamizar formações sobre a gestão da emocionalidade da criança e família associada aos cuidados de enfermagem; colaborar no desenvolvimento de um projeto para uma consulta pré-operatória no meu contexto de trabalho; e realizar uma *Scoping Review*, dando assim continuidade ao Protocolo de Revisão *Scoping* já elaborado na UC opção II do CMEESIP; e continuar a investir no estudo e aplicabilidade do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. E acima de tudo, mantenho o compromisso de continuar a desenvolver as competências adquiridas. Este processo promoveu em mim, um desejo contínuo de crescer, ter conhecimento da evidência científica mais atual, aprender, e desenvolver as minhas competências de forma a melhorar, cada vez mais, a minha prestação de cuidados, visando a excelência dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto*. 14(3), 373-382. Acedido a 15/06/2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists And Their Work*. Estados Unidos da América: Elsevier: Health Sciences Division.
- Almeida, P., Viana, V., Tavares, M., Reis-e-Melo, A., Faria, C. (2020). Impacto emocional imediato do covid-19 em crianças e Adolescentes e suas famílias. *Psicologia, saúde & doenças*. 21(3), 633-646.
- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Hamlan, A. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*. 40(2), 99-107.
- American Psychological Association. (2020). *Manual of the American Psychological Association*. Acedido em: 01/04/2021. Disponível em: <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition/>.
- Andrade, K.C.S., Freitas, F. F. Q., Marques, D. K. A., Lucena, A. L. R., Costa, K. N. F. M., Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista enfermagem UFPE on line*. 9(11), 9784-9792.
- Apolinário, M. I. C. G (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 7, 83-92.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Grafisol: Artes Gráficas.
- Azevêdo, A.V.S, Júnior, A.C.L, Crepaldi, M.A (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(11), 3653-3666.

- Baldini, S. M., Krebs, V. L. J. (1999). A criança hospitalizada. *Pediatria*. 21(3), 182-190.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. 18(2), 295-306. Acedido em: 23/04/2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento, A. M. V. (2011). *As etapas do processo de investigação: do título às referências bibliográficas*. Porto: Figueirinhas.
- Boles, J. (2016). Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*. 43 (3), 147-149.
- Braga, L. M., Salgado, P. O., Souza, C. C., Prado-Junior, P. P., Prado, M. R. M. C., Melo, M. N., Parreira, P. M. S. D. (2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem Referência*. 19(4), 159–168.
- Briga, S. C. (2010). *A comunicação terapêutica Enfermeiro/doente: perspetivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>.
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e Limitações. *Paidéia*. 18(39), 61-72.
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*. 16(1), 15-23.
- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.

- Butler, A., Copnell, B., Willetts, G. (2013). Family-centred care in the pediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 2086–2100.
- Callefi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J.C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B., Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 37(2), 1-8.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista Referência*. 4, 11-20.
- Cardoso, N., prado, P., Souza, A. & Figueiredo, M. (2017). Vivenciando o processo cirúrgico: percepção e sentimentos da criança. *Revista baiana enfermagem*. 31 (3),1-9. DOI 10.18471/rbe.v31i3.17648.
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R., Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia*. 29(3), 315-325.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A, Teixeira, A. P., Pinho, F., Osório, M. (2020). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, M., Silva, J., Machado, M. S., Rosa, A. (2016). Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 16, 19-26.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Cordazzo, S. T. D, Vieira, L. M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 7(1), 92-104.

- Cruz, D. S M., Santos, C. C. R., Marques, D. K. A., Wanderley, L. W. B., Maia, F.S. B., Martins, D. L. (2014). Conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos direitos da Criança e do adolescente hospitalizados. *Revista enfermagem UFPE*. 8(2), 351-357.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia da Letras.
- Dascal, J., Reid, M., IsHak, W.W., Spiegel, B., Recacho, J., Rosen, B. (2017). Virtual Reality and Medical Inpatients: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Innov Clin Neurosci*. 14(1-2), 14-21.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2.^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-52.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*. 20 (2), 26-47.
- Diogo, P. (coord.). (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 21(1), 20-30.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.^a versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista supervisor In P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta. consultado a: 1 de Junho 2021.

- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*. 23(1), 21-40.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. In P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta consultado a: 1 de Junho de 2021.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015). Patient- and FamilyCentered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 135 (1), 2014-3424.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J., Simpson, C. (2016). Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças Hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*. 2(1), 489–501.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Regulamento de mestrado em enfermagem e cursos de pós-licenciatura de especialização*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Esteves, C. H., Antunes, C., Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface*. 18(51), 697-708.
- European Association for Children in hospital. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à criança.
- Exequiel, N. P., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Vaz, J. C., Hirschmann, B., Hirschmann, R. (2019). Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Atual*. 88(27), 1-9.

- Faria, H. P. C. S. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica* (Tese de Doutoramento em psicologia). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/7317>.
- Fernandes, N., Silva, E. (2015). Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. IV, 107-115.
- Figueiras, M.J., Marcelino, D. (2008). Escrita terapêutica em contexto de saúde: Uma breve revisão. *Análise Psicológica*. 2 (XXVI), 327-334.
- Freitas, A., Nunes, L. (editor, Coordenadora). (2010). Metodologia de Projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37.
- Freitas, B. H. B. M., Costa, A.I.L, Diogo, P.M.J, Gaíva, M.A.M. (2021). O trabalho emocional em enfermagem pediátrica face às repercussões da COVID-19 na infância e adolescência. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 42, 1-7.
- Galvão, D. M. P. G., Pedroso, R. M. C. J., Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicología*. 1 (1), 89-98.
- Godinho, N. (2020). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020.pdf.
- Góis Paixão, M. J. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes Meta Análise. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, Silva, M. H., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à Concretização. *Revista de Enfermagem Referência*. 8(8), 27-33.
- Guimarães, A. F., Carvalho, D. V., Machado, N. Á. A., Baptista, R. A. N., & Lemos, S. M. A. (2013). Risco de atraso no desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. *Revista Paulista de Pediatria*. 31(4), 452-458.

Healthcaretoolbox. Disponível em: <https://www.healthcaretoolbox.org/patient-educationmaterials/download-print-patient-handouts.html>

Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (pp. 49 –71). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., Creamer, L. (2014). Problemas de Saúde na Idade Toddler e Pré-Escolar. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (pp. 645 – 682). Loures: Lusociência.

Huerta, E. P. N. (1996). Preparação da criança e Família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 30(2), 340-353. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf>

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

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

Jorge, A. (2004). *Família e a hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Lei n.º 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 161/96, de 04 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I- A série (N.º 205 de 04-09-1996), 2959-2962.

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

- Lei n.º 140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Magalhães, F. M., Gusmam, D. P. P., Grecca, K. R. R. (2010). Preparo Psicológico em Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Pediátrica. *Revista brasileira de terapias cognitivas*. 6(2), 144-166.
- Mancini, M. C., Megale, L., Brandão, M. B., Melo, A. P. P., Sampaio, R. F. (2004). Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 4(1), 25-34.
- Marcheti, M.A., Mandetta, M. A. (2016). Cartas terapêuticas: uma intervenção eficaz com famílias de crianças com deficiência. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 4(6), 408-422.
- Martinez, E. A., Oliveira, I. C. S., Bastos, A. C. M. F., Santos, P. P. P., Souza, T. V., Moraes, J. R. M. M. (2017). Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. *Texto Contexto Enfermagem*. 26(4), 1-12.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P., Figueiredo, M. C. A. B. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(2), 121-131.
- Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R., Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 9(2), 76-85.
- Medeiros, L. M. O. P. & Batista, S. H. S. S. (2016). Humanização na formação e no trabalho em saúde: Uma análise da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*. 14(3), 925– 951.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, M. G. S. R., Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 6, 113-121.

- Mendonça, M.J. S (2015). *A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: O brincar como instrumento terapêutico de enfermagem* (tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/7317>.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing Support of the Process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 649-651.
- Molinari, J. S. O., Silva, M. F. M. C., Crepaldi, M. A. (2005). Saúde e desenvolvimento da criança: A família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. *Psicologia Argumento*. 23(43), 17-26.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Boston: Pearson.
- Neutzling, B. R. S., Barlem, J. G. T., Barlem, E. L. D., Hirsch, C. D., Alves, L.P., Schallenberguer, C.D. (2017). Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. *Escola Anna Nery*. 21(1), 1-9.
- Netto, L, Silva, K. L., Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22(1), 1-6.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Ladeiras, A., Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53(4), 202-205.
- Oliveira, A. Lopes, S, Luz, V (2013). *O paradigma biomédico e holístico face aos cuidados de enfermagem* (Monografia). Escola Superior de Saúde. Universidade de Mindelo. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10961/2491>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, Volume 1, N.º 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Norprint, Artes Gráficas, SA.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, S. T. A., Nunes, M. D. R., Juliana Zambrano, Victória, J. Z., Xavier, W. S., Silva, J. A., Costa, C. I. A. (2020). Recomendações para o cuidado à criança frente ao Novo coronavírus. *Cogitare enfermagem*. 25, 1-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73554> consultado a 13/04/2021.
- Paiva, L.P. C, Raser, E.F. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clinica*. 24(1), 193–207.
- Pancekauskaitė, G. & Jankauskaitė, L. (2018). Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain. *Paediatric Emergency Room*. 54(6), 1-20. DOI: 10.3390/medicina54060094.
- Papália, D. E, Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. New York: Artmed.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., Diogo, P. (2010). O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 70-81.
- Passos, M.A.S. (2018). *Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do Jovem nos Processos de Saúde-Doença* (tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/28338>).
- Pedroso, R. M. C. J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1, 225-232.

- Peixoto, N.M.S.M, Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11, 121-132.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14 (1), 24-38.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da Criança e da Família. *Servir*. 49(4), 172-177.
- Pires, A.L.O. (1999). A Aprendizagem experiencial dos adultos. *Formar: Revista dos Formadores*. 27-36.
- Pires, Ana Luísa (1994). As novas competências profissionais. *Formar: Revista dos Formadores*. Nº 10, 4-19.
- Pires, C.C (2019). *Utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor de lactentes submetidos à vacinação* (Trabalho Conclusão do Curso de Graduação). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202136>.
- Pylóá, R. M., Peixoto, M. G., Bueno, K. M. P. (2015). O cuidador no contexto da hospitalização de crianças e adolescentes. *Caderno Terapêutica ocupacional*. 23(4), 855-862.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648–8653.
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-6665.

- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 16660-16665.
- Reichert, A. P. da S.; Nóbrega, V. M.; Damasceno, S.S.; Collet, N.; Eickmann, S.H.; Lima, M.C. (2015). Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 17 (1), 117-123. Doi: 10.5216/ree.v17i1.27722.
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. 4, 137-146.
- Sabatés, A. L., Borba, R. I, H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 13(6), 968-973.
- Sahiner, N. C., & Bal, M. D. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of Child Health Care*. 20(3), 277-285. DOI: 10.1177/1367493515587062.
- Salgado, M. A., Bittencourt, I. S., Salgado, M. A., Paixão, G. P. N., Marinho, C. L. A., & Fraga, C. D. S. (2018). Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência & Saúde*. 11(3), 143-150. DOI: 10.15448/1983- 652X.2018.3.29733.
- Salvador, M. S., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Gomes, V. L. O., Busanello, J., Xavier, D. M. (2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. *Texto Contexto Enfermagem*. 24(3), 662-669.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A.C.M. (2019). *Cuidar da Criança e Família em Contexto Cirúrgico: Intervenção de Enfermagem na Gestão dos Medos Vividos no Período Pré-Operatório* (tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/29953>).

- Santos, J.L.A., Souza, T.P., Silva, A.V.S. (2019). *A Atuação do Enfermeiro no Acompanhamento e na Promoção do Desenvolvimento Infantil*. In XXIII ENFERMAIO- Tecnologias, inovações e os desafios da Enfermagem no século XXI. Ceará.
- Santos, R. M., Cassapula, R. L., Hellberger, T. M. S (2000). Programa de orientação pré-operatória em cirurgia pediátrica – Relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. v. 5, 61-65.
- Santos, T. S. P. (2014). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista Referência*. 3, 149-155.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, E., Fuculo Junior, P. R. B., Martins, J. C., Ventura Barbosa, M., Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A, Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto Enfermagem*. v. 29, 1-15.
- Schmitz, S. M., Piccoli, M., Viera, C.S. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2(1), 67-73.
- Sedrez, E.S., Monteiro, J.K. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(4), 1-9.
- Serra, M. et al (2016). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Loures: Lusodidacta.
- Shön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Silva, D. I., Maftum, M. A., & Mazza, V. A. (2014). Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 23 (4), 1087-1094.

- Silva, D.M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. Acessível em: https://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_24.htm.
- Silva, R. D. M., Austregésiloa, S. C., Ithamar, L., Lima, L. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 93, 06-16. DOI: 10.1016/j.jpmed.2016.06.005.
- Simões, J. F. F. L., Fonseca, M. J., Belo, A. P. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Revista Referência*. 3, 45-54.
- Simões, S., Pires, A., Barroca, A. (2010). Comportamento Parental face à Cardiopatia Congénita. *Análise Psicológica*. 4 (28), 619-630.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of pediatric nursing*. 42, 57-64.
- Soares, C. S. C. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho* (tese de mestrado). Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1302>.
- Souza, A. T. S., Lima, A. A. (2020). Utilização de realidade virtual em sala de vacinação pelo profissional de enfermagem: Amenizando medos e ansiedades. *Revista Revise*. 4(00), 1-34.
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. L. Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23 (6), 1097-1104.
- Tallon, M. M., Kendall, E.G., Snider, P.D. (2015). Rethinking Family-centred care for child and family in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 1426–1435.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7.
- Teles, G. L. (2019). *Efeitos da distração sobre o repertório comportamental de crianças submetidas à vacinação* (tese de mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37206>.
- The Nacional Child Traumatic Stress Network. Disponível em: <https://www.nctsn.org>.

- Tomey, A. M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Vasques, R. C. Y., Bousso, R. S., Mendes-Castillo, A. M. C. (2011). A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. *Revista Escola Enfermagem USP*. 45(1), 122-129.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (p. 45-76). Loures: Lusodidacta.
- Vilelas, J. M. S., Diogo, P. M. J. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 35(3), 145-149.
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2018). *Ciência do cuidado unitário: a filosofia e a práxis de enfermagem*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado
- Who (2016). *Apoiando o desenvolvimento na primeira infância: da ciência à difusão em grande escala*. EUA: UNICEF.
- Williams, A. M., Irurita, V. F. (2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Issues in clinical nursing*. 13, 806–815.
- Williams, C. (2012). A background report on nurse staffing in children's and young people's health care. *Royal College of Nursing*. 1-27.
- Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: EDUCA.

Anexos

ANEXO I – CONTEÚDO DA PASTA DIGITAL



DICAS ÚTEIS PARA OS PAIS/ FAMÍLIA:

- ✓ Permita-se **preservar as memórias positivas** de uma forma prática, registrando-as com **fotografias, escrevendo-as...** Porque não fazer um livro do bebé? Porque não fazer um álbum de fotografias? Porque não fazer um diário? Pode pedir ajuda a um enfermeiro!
- ✓ **Todas as pequenas conquistas devem ser celebradas.** Partilhe-as com a sua família numa fotografia, chamada ou videochamada!
- ✓ Aproveite os momentos em que o seu filho está a descansar, para **descansar** também;
- ✓ **Aceite/ peça ajuda da sua família e/ou amigos** para as atividades do dia-a-dia (limpeza, refeições, etc.);
- ✓ Procure **apoio** junto da sua **família e amigos e/ou outros pais/ famílias** que também cuidem de uma criança com doença cardíaca.



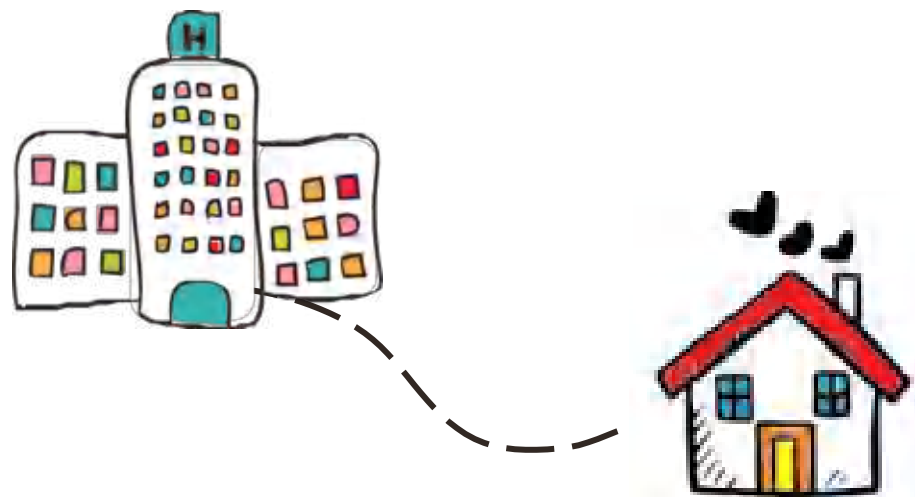
Contactos úteis:

Enfermaria:
Secretária de Unidade

Assistente Social:
Consultas

Cuidados Pós Cirurgia Cardíaca

Guia de Orientação para a do recém-nascido





O QUE DEVE CONHECER/ SABER ANTES DE REGRESSAREM A CASA:

Alimentação com leite artificial:

- Preparar o leite que vão usar em casa
- Esterilizar os biberons
- Ajustar a quantidade de leite que oferecem ao bebé

Alimentação com leite materno

- Posicionamentos para amamentar e sinais de uma boa pega
- Sinais de que o bebé está saciado
- Extrair leite com bomba; refrigerar, congelar e transportar leite materno
- Resolver dor ou vermelhidão nas mamas

Segurança

- O que fazer em caso de engasgamento
- Conhecer os sinais de cansaço ou outros sinais de alarme
- Conhecer qual o seguimento médico após a cirurgia e escolher profissional onde possam fazer as consultas e as vacinas
- Conhecer os cuidados a ter com as visitas

Higiene

- Dar o banho e mudar a fralda
- Cuidar do coto umbilical, mesmo depois de o cordão ter caído

Eliminação

- Fazer massagem para alívio das cólicas
- Escolher posições de conforto para alívio das cólicas do bebé

Terapêutica

- Saber quais os cuidados a ter com a medicação
- Saber como preparar e dar ao bebé a medicação
- Conhecer os possíveis efeitos secundários da medicação

Ferida Cirúrgica

- Saber que cuidados deverão ter em casa com a ferida do bebé
- Conhecer quais os sinais de alarme que a ferida pode apresentar

Os enfermeiros falarão convosco sobre tudo ao longo do internamento e todas as dúvidas deverão ser discutidas, o número de vezes que quiserem.

DÚVIDAS/ NOTAS:



TERAPÊUTICA:

- ✓ Assim que possível, será entregue uma folha com o esquema terapêutico (horário, dose e modo de preparação) da criança, será feito o ensino e dada a oportunidade de treinarem na presença do enfermeiro.
- ✓ Lembre-se que se sua criança regurgitar, cuspir ou vomitar a medicação, **NÃO tente administrá-la novamente** (seja uma dose parcial ou total) a menos que solicitado pelo médico.
- ✓ **Antes de um medicamento acabar ou terminar o prazo de validade**, verifique com antecedência as receitas e a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias.



SEGURANÇA:

- ✓ O bebê pode sair à rua mas é essencial **evitar locais fechados com multidões e as horas de maior calor**.
- ✓ Pode receber visitas em casa, pois serão uma importante ajuda no vosso dia-a-dia, desde que pessoas que não estão doentes. Todos devem lavar as mãos antes de entrarem em contacto com a criança. Devem evitar que as visitas beijem a cara ou as mãos do bebê (sugiram os pés ou cabeça)
- ✓ Deve cumprir as **consultas de vigilância pós-operatória**, assim como as **consultas regulares de saúde infantil** com o pediatra/ no Centro de Saúde.



ALIMENTAÇÃO:

- ✓ Adequada à situação do bebê e de acordo com o recomendado com a equipa de saúde aquando da alta hospitalar.



VACINAÇÃO:

- ✓ Deve manter o Plano Nacional de Vacinação atualizado no Centro de Saúde. Salvo indicação em contrário, **a criança pode ser vacinada seis semanas após a cirurgia**.
- ✓ A vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR - principal responsável pelas infeções respiratórias nos primeiros dois anos de vida) é feita entre outubro e fevereiro. É recomendada prevenção para a maioria das crianças até aos 24 meses com cardiopatia congénita.



SINAIS E SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES:

Caso apresente algum dos sinais ou sintomas abaixo descritos ou exista alguma situação que vos preocupe, deverão **ligar para o serviço de cardiologia pediátrica**, onde lhe daremos indicações de como proceder.

- ✓ Cansaço fácil;
- ✓ Sensação de falta de ar e dificuldade respiratória;
- ✓ Aparecimento, ou agravamento da cianose (coloração azulada da pele), principalmente nos lábios e unhas;
- ✓ Sensação de palpitações;
- ✓ Edemas (inchaço);
- ✓ Náuseas, ou vômitos persistentes;
- ✓ Febre (temperatura acima de 37,5°C);
- ✓ Aparecimento de maior vermelhidão, saída de pus ou inchaço da ferida cirúrgica

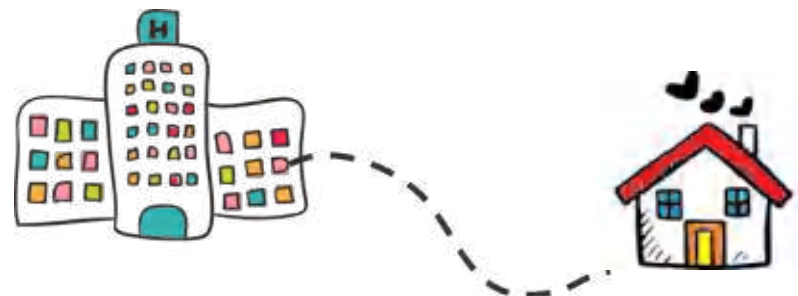
GRUPO DE PAIS

- ✓ **Para quem?** Todos os pais de crianças com doença cardíaca, independentemente da idade ou doença.
- ✓ **Porque?** Tornar os desafios de cuidar de uma criança com uma doença cardíaca mais fáceis de ultrapassar, através da partilha de experiências comuns entre os pais.
- ✓ **Quando?** Primeira quarta-feira de cada mês, das 18h30 às 20h30.
- ✓ **Onde?** Online, através da página do Facebook “Grupo de Ajuda Mútua para Pais de Crianças com Cardiopatia Congénita”.



CUIDADOS À FERIDA CIRÚRGICA: (a manter durante 1 mês)

- ✓ **Manter a ferida limpa e seca** (quando fica molhada facilita o crescimento de microorganismos e o aparecimento de uma infeção).
- ✓ **Não deve mexer diretamente com as mãos**, pois estas são portadoras de inúmeros microorganismos.
- ✓ No banho, **pode molhar** a ferida com água e sabão/ champô mas **não direcionar a água do chuveiro para ela** e deve **secá-la bem, sem esfregar**. Se utilizar a banheira para o banho, **não submergir na água a ferida** cirúrgica: opte por colocar menos água.
- ✓ **Não colocar creme ou desinfetante** na ferida.
- ✓ O processo de cicatrização provoca comichão. **Mantenha sempre a ferida protegida com roupa**, para evitar que o bebé lhe mexa. Mantenha sempre as **unhas do bebé curtas e limpas**.
- ✓ **Utilize um babete**, para evitar que a ferida se suje/ molhe com alimentos.
- ✓ Deve **observar diariamente a ferida** para despistar sinais de infeção, como: dor, vermelhidão, calor, inchaço ou presença de algum líquido.
- ✓ Proteger a cicatriz do sol durante 1 ano.
- ✓ À data da alta, se ainda tiver agrafes ou pontos, ser-lhe-á dado um documento com as informações relativas à sua remoção.





USEFUL TIPS FOR PARENTS AND FAMILY:

- ✓ Allow yourself to **preserve positive memories** in a practical way by recording them with **photographs, writing them down...** Why not make a baby book? Why not make a photo album? Why not make a diary? You can ask a nurse for help!
- ✓ **All the little achievements should be celebrated.** Share them with your family in a photo, a call, or video call;
- ✓ Take advantage of the moments when your child is resting, to rest too;
- ✓ Accept/ask your family and/or friends for help with daily activities (cleaning, meals, etc.);
- ✓ **Seek support** from your **family and friends and/or other parents/families** who also care for a child with heart disease.



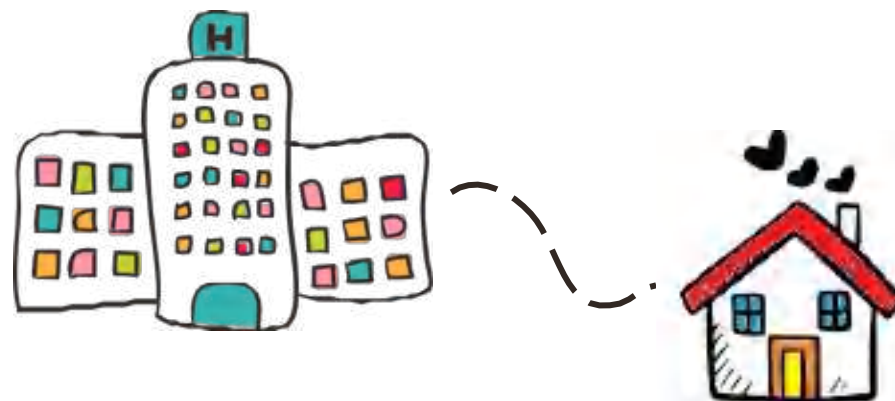
WARNING SIGNS AND SYMPTOMS:

If your child presents any of the signs or symptoms described below, or if there is something that worries you, **you should call the pediatric cardiology service**, where we will give you directions on how to proceed.

- ✓ Fatigue;
- ✓ Shortness of breath or breathing difficulty;
- ✓ Appearance or worsening of cyanosis (bluish coloration of the skin), mainly on the lips and fingernails;
- ✓ Sensation of palpitations
- ✓ Edemas (swelling)
- ✓ Nausea, or persistent vomiting
- ✓ Fever (temperature above 37.5°C)
- ✓ Appearance of increased redness, pus or swelling of the surgical wound

Post-Cardiac Surgery Care

Guidance for newborn discharge



USEFUL CONTACTS:

Pediatrics ward:

Social services:

Secretary:

Pediatric cardiologist appointments:

O QUE DEVE CONHECER/ SABER ANTES DE REGRESSAREM A CASA:

Food:

- How to prepare your child 'milk
- How to sterilize bottles
- Adjusting the amount of milk you give your baby
- Breastfeeding positions, signs of a good latch and signs of satiety
- Use a milk pump; refrigerate, freeze, and transport breast milk

Safety

- What to do in case of choking
- Know the signs of fatigue and other warning signals
- Know the medical follow-up after surgery

Hygiene

- Bathing, changing diapers, caring for the umbilical stump

Elimination

- How to do massage and adopt comfort positions for colic relief

Medication

- Precautions with medication
- Know how to prepare and give medication to the child

Surgical wound

- Know how to care the surgical wound
- Know the warning signs that the wound may show



MEDICATION:

- ✓ As soon as possible, you will be given a sheet with the medication scheme (schedule, dose, and mode of preparation) and you will have the opportunity to practice in the presence of a nurse.
- ✓ Remember that if your child regurgitates, spits up, or vomits the medication, **DO NOT attempt to give it again** (either a partial or full dose) unless requested by the doctor.
- ✓ Before medication runs out or expires, **check its prescriptions and availability in pharmacies in advance.**



SAFETY:

- ✓ The child can go outside, but it is essential to **avoid enclosed places with crowds and the hottest hours.**
- ✓ You can receive visitors at home, as long as they are not sick. **Everyone should wash their hands** before coming into contact with the child.
- ✓ **Post-operative surveillance appointments** should be kept, as well as regular child health appointments with the pediatrician/at the Health Center.
- ✓ Unless otherwise indicated, the child can be vaccinated six weeks after surgery. Vaccination against Respiratory Syncytial Virus (RSV - main responsible for respiratory infections in the first two years of life) is up between October and February. Prevention is recommended for most children up to 24 months with congenital heart disease.



PRECAUTIONS WITH THE SURGICAL WOUND (1 month)

- ✓ Keep the **wound clean and dry** (when it gets wet, it facilitates the growth of microorganisms and the development of an infection).
- ✓ You **should not touch the wound with your hands**;
- ✓ In the bath, you can wet the wound with water and soap/ shampoo but **do not direct the shower water on it**, and you should dry it well without rubbing. If you use the bathtub for bathing, **do not submerge the surgical wound in water**: choose to put less water or, if the child is older, sit him/her with water up to the waist.
- ✓ **Do not put cream or disinfectant** on the wound.
- ✓ The healing process causes itching. Always keep the **wound protected with clothes** to prevent the child from touching it. Always keep the child's nails short and clean.
- ✓ Use a bib to prevent the wound from getting dirty/soaked by food.
- ✓ **Observe the wound daily** for signs of infection, such as: pain, redness, warmth, swelling or the presence of any fluid.
- ✓ Protect the scar from the sun for 1 year.

GRUPO DE PAIS

- ✓ **Para quem?** Todos os pais de crianças com doença cardíaca, independentemente da idade ou doença.
- ✓ **Porque?** Tornar os desafios de cuidar de uma criança com uma doença cardíaca mais fáceis de ultrapassar, através da partilha de experiências comuns entre os pais.
- ✓ **Onde?** Online, através da página do Facebook “Grupo de Ajuda Mútua para Pais de Crianças com Cardiopatia Congénita”.
- ✓ **Quando?** Primeira quarta-feira de cada mês, das 18h30 às 20h30.

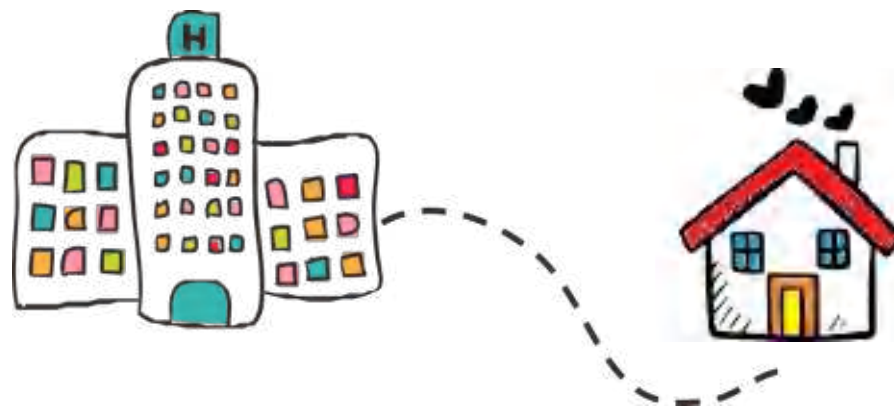


DICAS ÚTEIS PARA OS PAIS/ FAMÍLIA:

- ✓ Permita-se **preservar as memórias positivas** de uma forma prática, registando-as com **fotografias, escrevendo-as...** Porque não fazer um livro do bebé? Porque não fazer um álbum de fotografias? Porque não fazer um diário? Pode pedir ajuda a um enfermeiro!
- ✓ **Todas as pequenas conquistas devem ser celebradas.** Partilhe-as com a sua família numa fotografia, chamada ou videochamada!
- ✓ Aproveite os momentos em que o seu filho está a descansar, para **descansar** também;
- ✓ **Aceite/ peça ajuda da sua família e/ou amigos** para as atividades do dia-a-dia (limpeza, refeições, etc.);
- ✓ Procure **apoio** junto da sua **família e amigos e/ou outros pais/ famílias** que também cuidem de uma criança com doença cardíaca.

Cuidados Pós Cirurgia Cardíaca

Guia de Orientação para a alta da criança



Contactos úteis:

Enfermaria:

Secretária de Unidade:

Assistente Social:

Consultas:



O QUE DEVE CONHECER/ SABER ANTES DE REGRESSAREM

A CASA:

Alimentação e atividade física

- Conhecer quais os sinais de cansaço / alerta
- Conhecer os cuidados com as brincadeiras
- Conhecer os cuidados com a alimentação

Segurança

- Reconhecer sinais de alarme, que impliquem o contacto com o médico
- Conhecer qual o seguimento médico após a cirurgia
- Conhecer quais os cuidados a ter com o sol
- Conhecer os cuidados a ter com as visitas
- Conhecer a importância da lavagem dos dentes para a criança operada

Terapêutica

- Saber quais os cuidados a ter com a medicação
- Saber como preparar e dar a medicação à criança
- Conhecer os possíveis efeitos secundários da medicação

Ferida Cirúrgica

- Saber que cuidados deverão ter em casa com a ferida
- Saber que cuidados deverá ter durante o banho
- Conhecer quais os sinais de alarme que a ferida pode apresentar

Os enfermeiros falarão convosco sobre tudo ao longo do internamento e todas as dúvidas deverão ser discutidas, o número de vezes que quiserem.

DÚVIDAS/ NOTAS:



VACINAÇÃO:

- ✓ Deve manter o Plano Nacional de Vacinação atualizado no Centro de Saúde. Salvo indicação em contrário, **a criança pode ser vacinada seis semanas após a cirurgia.**
- ✓ A vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR - principal responsável pelas infeções respiratórias nos primeiros dois anos de vida) é feita entre outubro e fevereiro. É recomendada prevenção para a maioria das crianças até aos 24 meses com cardiopatia congénita.



SINAIS E SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES:

Caso apresente algum dos sinais ou sintomas abaixo descritos ou exista alguma situação que vos preocupe, deverão **ligar para o serviço de cardiologia pedátrica**, onde lhe daremos indicações de como proceder.

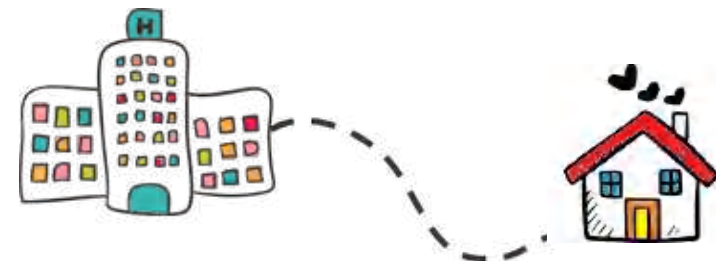
- ✓ Cansaço fácil;
- ✓ Sensação de falta de ar e dificuldade respiratória;
- ✓ Aparecimento, ou agravamento da cianose (coloração azulada da pele), principalmente nos lábios e unhas;
- ✓ Sensação de palpitações;
- ✓ Edemas (inchaço);
- ✓ Náuseas, ou vômitos persistentes;
- ✓ Febre (temperatura acima de 37,5°C);
- ✓ Aparecimento de maior vermelhidão, saída de pus ou inchaço da ferida cirúrgica



CUIDADOS À FERIDA CIRÚRGICA:

(a manter durante 1 mês)

- ✓ **Manter a ferida limpa e seca** (quando fica molhada facilita o crescimento de microorganismos e o aparecimento de uma infeção).
- ✓ **Não deve mexer diretamente com as mãos**, pois estas são portadoras de inúmeros microorganismos.
- ✓ No banho, **pode molhar** a ferida com água e sabão/ champô mas **não direcionar a água do chuveiro para ela** e deve **secá-la bem, sem esfregar**. Se utilizar a banheira para o banho, **não submergir na água a ferida** cirúrgica: opte por colocar menos água ou, se a criança for mais crescida, sentá-la com água até à cintura.
- ✓ **Não colocar creme ou desinfetante** na ferida.
- ✓ O processo de cicatrização provoca comichão. **Mantenha sempre a ferida protegida com roupa**, para evitar que a criança lhe mexa. Mantenha sempre as **unhas da crianças curtas e limpas**.
- ✓ **Utilize um babete**, para evitar que a ferida se suje/ molhe com alimentos.
- ✓ Deve **observar diariamente a ferida** para despistar sinais de infeção, como: dor, vermelhidão, calor, inchaço ou presença de algum líquido.
- ✓ Proteger a cicatriz do sol durante 1 ano.
- ✓ À data da alta, se ainda tiver agrafes ou pontos, ser-lhe-á dado um documento com as informações relativas à sua remoção.





TERAPÊUTICA:

- ✓ Assim que possível, será entregue uma folha com o esquema terapêutico (horário, dose e modo de preparação) da criança, será feito o ensino e dada a oportunidade de treinarem na presença do enfermeiro.
- ✓ Lembre-se que se sua criança regurgitar, cuspir ou vomitar a medicação, **NÃO tente administrá-la novamente** (seja uma dose parcial ou total) a menos que solicitado pelo médico.
- ✓ **Antes de um medicamento acabar ou terminar o prazo de validade**, verifique com antecedência as receitas e a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias.
- ✓ Caso faça terapêutica anticoagulante, é essencial cumpri-la de forma rigorosa, e fazer o controlo do INR através de análises sanguíneas. Neste caso deve vigiar sinais de hemorragia: deitar sangue do nariz ou das gengivas, presença de sangue na urina e aparecimento de equimoses ou hematomas (nódoas negras). Caso faça alguma cirurgia ou exame invasivo, deve falar com o médico, pois poderá ter indicação para suspender esta medicação.



SEGURANÇA:

- ✓ A criança pode sair à rua mas é essencial **evitar locais fechados com multidões e as horas de maior calor**.
- ✓ Pode receber visitas em casa, desde que pessoas que não estão doentes. Todos devem lavar as mãos antes de entrarem em contacto com a criança.
- ✓ Deve ser mantida uma correta **lavagem dos dentes e visitas frequentes ao dentista** pois a presença de cáries dentárias é fator de risco para endocardite (infecção do coração).
- ✓ Deve cumprir as **consultas de vigilância pós-operatória**, assim como as **consultas regulares de saúde infantil** com o pediatra/ no Centro de Saúde.



ALIMENTAÇÃO:

- ✓ Adequada à idade e rica em frutas, legumes, cereais e gorduras de origem vegetal, **evitando gorduras de origem animal, alimentos açucarados e salgados**.
- ✓ Poderá **fazer a introdução de novos alimentos** de forma normal, salvo indicação médica em contrário.
- ✓ **Evitar excesso de peso**, pois está associado a um aumento do esforço cardíaco e maior tendência para a hipertensão arterial.



COMPORTAMENTO:

- ✓ Durante o internamento e no regresso a casa, a criança pode demonstrar mudanças no seu comportamento, que podem persistir durante cerca de 1 mês: exigir mais atenção, ficar mais quieta ou mais irritada, ou regredir para etapas anteriores do seu desenvolvimento.
- ✓ É essencial a **manutenção dos hábitos e rotinas diárias anteriores à cirurgia**.



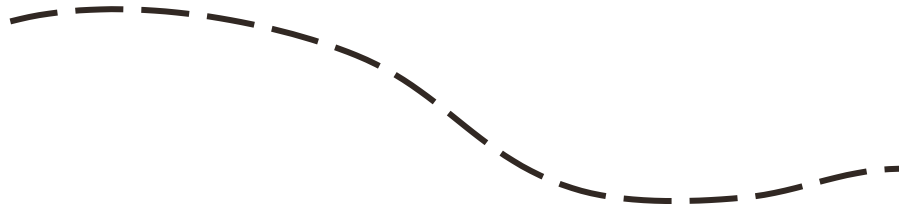
ATIVIDADE FÍSICA/ BRINCADEIRA:

- ✓ O nível de atividade física deve ser retomado de forma gradual em função da **tolerância da criança e da sua situação clínica** ou doença.
- ✓ A criança poderá brincar, para o benefício do seu desenvolvimento. **Atividades como aprender a andar ou aprender a pôr-se em pé devem ser acompanhadas** durante o período de 1 mês após a cirurgia para evitar que a criança caia e bata com o peito.
- ✓ Atividades que envolvam **risco de queda** ou de embate na ferida cirúrgica, e **andar de triciclo** ou semelhante, **não podem ser realizadas** durante 1 mês após a cirurgia.



USEFUL TIPS FOR PARENTS AND FAMILY:

- ✓ Allow yourself to **preserve positive memories** in a practical way by recording them with **photographs, writing them down...** Why not make a baby book? Why not make a photo album? Why not make a diary? You can ask a nurse for help!
- ✓ **All the little achievements should be celebrated.** Share them with your family in a photo, a call, or video call;
- ✓ Take advantage of the moments when your child is resting, to rest too;
- ✓ Accept/ask your family and/or friends for help with daily activities (cleaning, meals, etc.);
- ✓ **Seek support** from your **family and friends and/or other parents/families** who also care for a child with heart disease.



USEFUL CONTACTS:

Pediatrics ward:

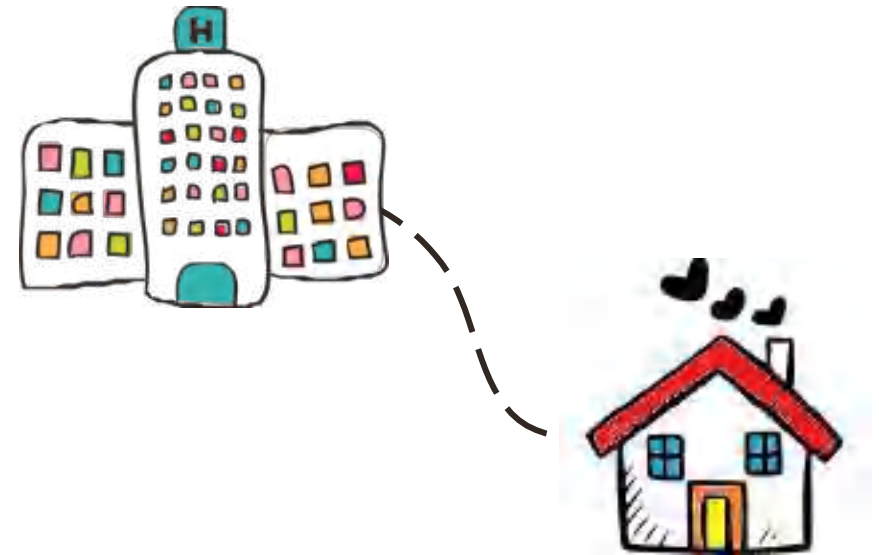
Social services:

Secretary:

Pediatric cardiologist appointments:

Post-Cardiac Surgery Care

Guidance for child's discharge





WHAT YOU SHOULD KNOW BEFORE RETURNING HOME:

Food and physical activity

- Signs of tiredness and other warning signs
- Precautions during playtime
- Precautions with food

Safety

- Warning signs
- Precautions with sun exposure
- Precautions with visitors
- Knowing the importance of toothbrushing for the operated child

Medication

- Precautions with medication
- Know how to prepare and give medication to the child
- Know the possible side effects of medication

Surgical wound

- Know how to care the surgical wound
- Precautions during bath time
- Know the warning signs that the wound may show

Nurses will talk to you about everything throughout the hospitalization and all questions should be discussed, as many times as you like.

NOTES AND QUESTIONS:



VACCINES:

- ✓ You should keep your child's National Vaccination Plan updated. Unless otherwise indicated, the child can be vaccinated six weeks after surgery.
- ✓ Vaccination against Respiratory Syncytial Virus (RSV - main responsible for respiratory infections in the first two years of life) is up between October and February. Prevention is recommended for most children up to 24 months with congenital heart disease.



WARNING SIGNS AND SYMPTOMS:

If your child presents any of the signs or symptoms described below, or if there is something that worries you, **you should call the pediatric cardiology service**, where we will give you directions on how to proceed.

- ✓ Fatigue;
- ✓ Shortness of breath or breathing difficulty;
- ✓ Appearance or worsening of cyanosis (bluish coloration of the skin), mainly on the lips and fingernails;
- ✓ Sensation of palpitations
- ✓ Edemas (swelling)
- ✓ Nausea, or persistent vomiting
- ✓ Fever (temperature above 37.5°C)
- ✓ Appearance of increased redness, pus or swelling of the surgical wound



PRECAUTIONS WITH THE SURGICAL WOUND:

(maintain for 1 month)

- ✓ Keep the **wound clean and dry** (when it gets wet, it facilitates the growth of microorganisms and the development of an infection).
- ✓ You **should not touch the wound with your hands**, as these are carriers of numerous microorganisms.
- ✓ In the bath, you can wet the wound with water and soap/ shampoo but **do not direct the shower water on it**, and you should dry it well without rubbing. If you use the bathtub for bathing, **do not submerge the surgical wound in water**: choose to put less water or, if the child is older, sit him/her with water up to the waist.
- ✓ **Do not put cream or disinfectant** on the wound.
- ✓ The healing process causes itching. Always keep the **wound protected with clothes** to prevent the child from touching it. Always keep the child's nails short and clean.
- ✓ Use a bib to prevent the wound from getting dirty/soaked by food.
- ✓ **Observe the wound daily** for signs of infection, such as: pain, redness, warmth, swelling or the presence of any fluid.
- ✓ Protect the scar from the sun for 1 year.
- ✓ At the time of discharge, if you still have staples or stitches, you will be given a document with information regarding their removal.





MEDICATION:

- ✓ As soon as possible, you will be given a sheet with the medication scheme (schedule, dose, and mode of preparation) and you will have the opportunity to practice in the presence of a nurse.
- ✓ Remember that if your child regurgitates, spits up, or vomits the medication, **DO NOT attempt to give it again** (either a partial or full dose) unless requested by the doctor.
- ✓ Before medication runs out or expires, **check its prescriptions and availability in pharmacies in advance.**
- ✓ If your child is on anticoagulant therapy, it is essential to follow it strictly, and to monitor your INR through blood tests. In this case you should check for signs of bleeding: nose or gums bleeding, blood in the urine, or even bruises. If the child is going to have a surgery or invasive treatment or exam, you should talk to his/her doctor, as you may be advised to stop this medication.



SAFETY:

- ✓ The child can go outside, but it is essential to **avoid enclosed places with crowds and the hottest hours.**
- ✓ You can receive visitors at home, as long as they are not sick. **Everyone should wash their hands** before coming into contact with the child.
- ✓ **Proper toothbrushing and frequent visits to the dentist** should be maintained, as the presence of tooth decay is a risk factor for endocarditis (heart infection).
- ✓ **Post-operative surveillance appointments** should be kept, as well as regular child health appointments with the pediatrician/at the Health Center.



FOOD:

- ✓ Age-appropriate and rich in fruits, vegetables, cereals, and fats of vegetable origin, **avoiding fats of animal origin, sugary and salty foods.**
- ✓ **New foods may be introduced as normal**, unless otherwise indicated by a doctor.
- ✓ **Avoid excess weight**, as it is associated with increased cardiac effort and a greater tendency toward hypertension.



BEHAVIOR:

- ✓ During hospitalization and upon returning home, **there may be changes in the usual child's behavior** which may persist for about 1 month: demanding more attention, becoming quieter or more irritable, or regressing to earlier stages of development.
- ✓ The **maintenance of daily habits and routines** prior to surgery is essential.



PLAYING TIME:

- ✓ The level of physical activity should be gradually resumed depending on the **child's tolerance and his/ her medical condition** or illness.
- ✓ The child should be allowed to play, for the benefit of her/his development. **Activities such as learning to walk or learning to stand should be monitored** during the 1-month period after surgery to prevent the child from falling and hitting his chest.
- ✓ Activities that involve a risk of falling or hitting the surgical wound, and **riding a tricycle or similar, cannot be done** for 1 month after surgery.



SINAIS E SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES:

Caso apresentes algum dos sinais ou sintomas abaixo descritos ou exista alguma situação que vos preocupe, deverão **ligar para o serviço de cardiologia pediátrica**, onde vos daremos indicações de como proceder.

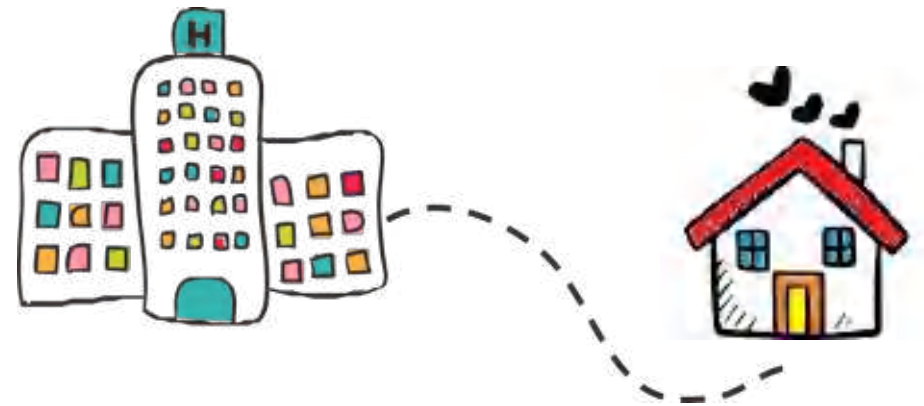
- ✓ Cansaço fácil;
- ✓ Sensação de falta de ar e dificuldade respiratória;
- ✓ Aparecimento, ou agravamento da cianose (coloração azulada da pele), principalmente nos lábios e unhas;
- ✓ Sensação de palpitações;
- ✓ Edemas (inchaço);
- ✓ Náuseas, ou vômitos persistentes;
- ✓ Febre (temperatura acima de 37,5°C);
- ✓ Aparecimento de maior vermelhidão, saída de pus ou inchaço da ferida cirúrgica



- ✓ **Porque?** Tornar os desafios de cuidar de uma criança com uma doença cardíaca mais fáceis de ultrapassar, através da partilha de experiências comuns entre os pais.
 - **Quando e onde?** Primeira quarta-feira de cada mês, das 18h30 às 20h30, através da página do facebook:

Cuidados Pós Cirurgia Cardíaca

Guia de Orientação para a alta do adolescente



CONTACTOS ÚTEIS:

Enfermaria:
Secretária de Unidade:

Assistente Social:
Consultas:



CUIDADOS À FERIDA CIRÚRGICA: (a manter durante 1 mês)

- ✓ **Mantém a ferida limpa e seca** (quando fica molhada facilita o crescimento de microorganismos e o aparecimento de uma infeção).
- ✓ **Não deve mexas diretamente na ferida com as mãos**, pois estas são portadoras de inúmeros microorganismos.
- ✓ No banho, **podes molhar** a ferida com água e sabão/ champô mas **não direcionar a água do chuveiro para ela** e deves **secá-la bem, sem esfregar**. Evita banhos de imersão.
- ✓ **Não coloques cremes ou desinfetante** na ferida.
- ✓ O processo de cicatrização provoca comichão. **Mantém sempre a ferida protegida com roupa**, para evitares mexer-lhe. Mantém sempre as **unhas curtas e limpas**.
- ✓ Deves **observar diariamente a ferida** para despistar sinais de infeção, como: dor, vermelhidão, calor, inchaço ou presença de algum líquido.
- ✓ Proteger a cicatriz do sol durante 1 ano.
- ✓ À data da alta, se ainda tiveres agrafes ou pontos, ser-vos-á dado um documento com as informações relativas à sua remoção.



ALIMENTAÇÃO:

- ✓ Adequada à idade e rica em frutas, legumes, cereais e gorduras de origem vegetal, **evitando gorduras de origem animal, alimentos açucarados e salgados**.
- ✓ **Evitar excesso de peso**, pois está associado a um aumento do esforço cardíaco e maior tendência para a hipertensão arterial.



TERAPÊUTICA:

- ✓ Assim que possível, será entregue uma folha com o teu esquema terapêutico (horário, dose e modo de preparação) e terão a oportunidade de treinar na presença do enfermeiro.
- ✓ **Antes de um medicamento acabar ou terminar o prazo de validade**, verifiquem com antecedência as receitas e a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias.
- ✓ Caso faças terapêutica anticoagulante, é essencial cumpri-la de forma rigorosa, e fazer o controlo do INR através de análises sanguíneas. Neste caso deves vigiar sinais de hemorragia: deitar sangue do nariz ou das gengivas, presença de sangue na urina e aparecimento de equimoses ou hematomas (nódoas negras). Caso faças alguma cirurgia ou exame invasivo, devem falar com o médico, pois poderá haver indicação para suspender esta medicação.



ATIVIDADE FÍSICA E SEGURANÇA

- ✓ O nível de atividade física deve ser retomado de forma gradual em função da tua **tolerância e situação clínica**.
- ✓ Atividades que envolvam **risco de queda** ou de embate na ferida cirúrgica, como desportos de contacto ou andar de bicicleta **não podem ser realizadas** durante 1 mês após a cirurgia.
- ✓ Deve ser mantida uma correta **lavagem dos dentes e visitas frequentes ao dentista** pois a presença de cáries dentárias é fator de risco para endocardite (infeção do coração).
- ✓ Deve cumprir as **consultas de vigilância pós-operatória**, assim como as **consultas regulares de saúde juvenil**.



WARNING SIGNS AND SIMPTOMS:

If you are presenting any of the signs or symptoms described below, or if there is something that worries you, **you should call the pediatric cardiology service**, where we will give you directions on how to proceed.

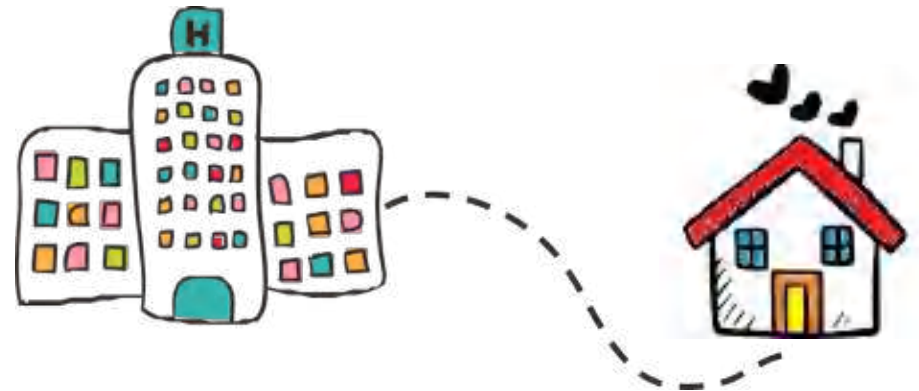
- ✓ Fatigue;
- ✓ Shortness of breath or breathing difficulty;
- ✓ Appearance or worsening of cyanosis (bluish coloration of the skin), mainly on the lips and fingernails;
- ✓ Sensation of palpitations
- ✓ Edemas (swelling)
- ✓ Nausea, or persistent vomiting
- ✓ Fever (temperature above 37.5°C)
- ✓ Appearance of increased redness, pus or swelling of the surgical wound



USEFUL CONTACTS:

Post-Cardiac Surgery Care

Guidance for adolescent discharge





PRECAUTIONS WITH THE SURGICAL WOUND: (maintain for 1 month)

- ✓ Keep the **wound clean and dry** (when it gets wet, it facilitates the growth of microorganisms and the development of an infection).
- ✓ You **should not touch the wound with your hands**, as these are carriers of numerous microorganisms.
- ✓ In the bath, you can wet the wound with water and soap/ shampoo but **do not direct the shower water on it**, and you should dry it well without rubbing. Avoid immersion baths.
- ✓ **Do not put cream or disinfectant** on the wound.
- ✓ The healing process causes itching. Always keep the **wound protected with clothes**. Always keep your nails short and clean.
- ✓ **Observe the wound daily** for signs of infection, such as: pain, redness, warmth, swelling or the presence of any fluid.
- ✓ Protect the scar from the sun for 1 year.
- ✓ At the time of discharge, if you still have staples or stitches, you will be given a document with information regarding their removal.



FOOD:

- ✓ Rich in fruits, vegetables, cereals, and fats of vegetable origin, **avoiding fats of animal origin, sugary and salty foods**.
- ✓ **Avoid excess weight**, as it is associated with increased cardiac effort and a greater tendency toward hypertension.



MEDICATION:

- ✓ As soon as possible, you will be given a sheet with the medication scheme (schedule, dose, and mode of preparation) and you will have the opportunity to practice in the presence of a nurse.
- ✓ Before medication runs out or expires, **check its prescriptions and availability in pharmacies in advance**.
- ✓ If you are on anticoagulant therapy, it is essential to follow it strictly, and to monitor your INR through blood tests. In this case you should check for signs of bleeding: nose or gums bleeding, blood in the urine, or even bruises. If you are going to have a surgery or invasive treatment or exam, you should talk to your doctor, as you may be advised to stop this medication.



PHYSICAL ACTIVITY AND SAFETY

- ✓ The level of physical activity should be **gradually resumed depending on your tolerance and medical situation**.
- ✓ Activities that involve risk of falling or hitting the surgical wound, such as **contact sports or cycling, should not be performed** for 1 month after surgery.
- ✓ **Proper toothbrushing and frequent visits to the dentist** should be maintained because the presence of tooth decay is a risk factor for endocarditis (heart infection).
- ✓ **Post-operative surveillance appointments must be kept**, as well as regular juvenile health appointments.

O presente folheto tem como objetivo:

Dar a conhecer aos pais ou pessoa de referência das crianças e jovens que são internados no Serviço de Cardiologia Pediátrica as normas de funcionamento existentes, para desempenharmos adequadamente as nossas tarefas de assistência, mantendo a segurança da criança ou jovem.

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

Durante o dia, a criança ou jovem pode estar acompanhada pelos pais ou pessoa de referência.

Durante a noite, um dos pais ou pessoa de referência pode permanecer junto da criança.

Aquele que não permanecer, deve sair do serviço até às **21h** e pode voltar no dia seguinte a partir das **9h**.

Durante a noite, o acompanhante não deve circular pelo serviço, respeitando o silêncio e o descanso dos doentes internados.

O pai a mãe ou pessoa de referência que permanecer durante a noite, deve levantar-se às 7h para cuidar da sua higiene (antes do movimento diário).



ALIMENTAÇÃO

É essencial que nenhum alimento ou bebida seja dado à vossa criança ou jovem sem autorização prévia do enfermeiro ou dietista.

A criança não deve comer, nem beber nada, antes do cateterismo

MEDICAÇÃO

Traga consigo a medicação que a sua criança ou jovem toma habitualmente.

Não dê qualquer medicamento à criança ou jovem enquanto esta estiver no Hospital. **Toda a medicação deve ser administrada pelo enfermeiro.**

VISITAS

As crianças submetidas a cateterismo, no dia do exame, **não devem receber visitas**. Vão estar sedadas por um longo período, necessitando de **repouso para a sua recuperação**.

Se, no momento de internamento, os pais vierem acompanhados de outros familiares, estes devem esperar na receção (piso 1).



**O cumprimento das normas
é essencial para o bom funcionamento
do serviço**

IMPORTANTE

O hospital tem dificuldade em garantir a **segurança dos objetos de valor**. Traga apenas o indispensável.

Deve ser evitada a **partilha de objetos** ou contacto físico entre as crianças.

Poderão utilizar o vosso **telemóvel**, mas este deve estar em **modo silencioso ou vibratório**

PARA A ALTA

Durante o internamento, os pais ou pessoa de referência podem esclarecer as suas dúvidas junto da equipa de enfermagem e médica.

É feito ensino aos pais ou acompanhante sobre o pré e pós cateterismos.

O ensino tem como objetivo preparar os pais /pessoa de referência para o regresso a casa.

No momento da alta é entregue o relatório de alta médica e as orientações de enfermagem, com os encaminhamentos necessários.



CONTACTOS ÚTEIS

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA



Normas de Funcionamento Enfermaria

Em situações excecionais o serviço reserva-se o direito de alterar temporariamente as normas de funcionamento

A recuperação das crianças depende da colaboração de todos

O presente folheto tem como objetivo:

Dar a conhecer aos pais ou pessoa de referência das crianças e jovens que são internados no Serviço de Cardiologia Pediátrica as normas de funcionamento existentes, para desempenharmos adequadamente as nossas tarefas de assistência, mantendo a segurança da criança ou jovem.

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA



Durante o dia, a criança ou jovem pode estar acompanhada pelos pais ou pessoa de referência.

Durante a noite, um dos pais ou pessoa de referência pode permanecer junto da criança.

Aquele que não permanecer, deve sair do serviço até às **21h** e pode voltar no dia seguinte a partir das **9h**.

Durante a noite, o acompanhante não deve circular pelo serviço, respeitando o silêncio e o descanso dos doentes internados.

O pai a mãe ou pessoa de referência que permanecer durante a noite, deve levantar-se às 7h para cuidar da sua higiene (antes do movimento diário).

ALIMENTAÇÃO

É essencial que nenhum alimento ou bebida seja dado à vossa criança ou jovem sem autorização prévia do enfermeiro ou dietista.

A criança não deve comer, nem beber nada, antes da cirurgia.

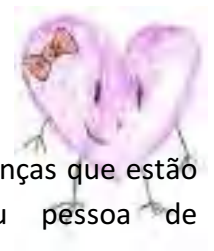
MEDICAÇÃO

Traga consigo a medicação que a sua criança ou jovem toma habitualmente.

Não dê qualquer medicamento à criança ou jovem enquanto esta estiver no Hospital. **Toda a medicação deve ser administrada pelo enfermeiro.**

**O cumprimento das normas
é essencial para o bom funcionamento do
serviço**

VISITAS



Só poderão receber visitas as crianças que estão acompanhadas pelos pais ou pessoa de referência.

HORÁRIO: 14h-15h e das 17h até às 19h.

A criança ou jovem pode receber alternadamente **2 visitas**. Podem permanecer apenas 2 pessoas ao pé da criança sendo um deles um dos pais ou pessoa de referência.

Não é permitida a visita de crianças com idade inferior a 12 anos.

As visitas dos irmãos são permitidas em casos excepcionais e devem ser combinadas previamente com o enfermeiro coordenador.

Se, no momento de internamento, os pais vierem acompanhados de outros familiares, estes devem esperar na receção (piso 1).

Todas as **visitas** devem **desinfetar as mãos** ao entrar no serviço e antes de tocar na criança.

Se a criança estiver em isolamento, não deve receber visitas.

**É importante prevenir a Infeção Hospitalar e proteger as crianças/jovens internadas
INTERNAMENTO E PREPARAÇÃO PARA A ALTA**

IMPORTANTE

O hospital tem dificuldade em garantir a **segurança dos objetos de valor**. Traga apenas o indispensável.

Deve ser evitada a **partilha de objetos** ou contacto físico entre as crianças.

Poderão utilizar o vosso **telemóvel**, mas este deve estar em **modo silencioso ou vibratório**

PARA A ALTA

Durante o internamento, os pais ou pessoa de referência podem esclarecer as suas dúvidas junto da equipa de enfermagem e médica.

É feito ensino aos pais ou pessoa de referência sobre o pré e pós-operatórios.

O ensino tem como objetivo preparar os pais ou pessoa de referência para o regresso a casa.

No momento da alta é entregue o relatório de alta médica e as orientações de enfermagem, com os encaminhamentos necessários.



CONTACTOS ÚTEIS

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA



Normas de Funcionamento Enfermaria

Em situações excecionais o serviço reserva-se o direito de alterar temporariamente as normas de funcionamento

A recuperação das crianças depende da colaboração de todos



Como pode contactar-nos?

Através do

Telefone:

Como pode saber mais informações?

Todos os pais podem participar numa reunião, sem compromisso, bastando entrar no link de acesso da reunião à hora do encontro. Aceda à página do facebook “Grupo de Ajuda Mútua para pais de crianças com Cardiopatia Congénita” para poder aceder ao link da reunião (zoom), partilhado mensalmente.

Como pode encontrar ou relatar histórias de esperança e coragem dos pais e crianças com Cardiopatia Congénita?

✓ Livro dos Pais, disponível no Serviço de Cardiologia Pediátrica

✓ _____



Onde e quando decorrem os encontros?

Encontros online, na primeira quarta-feira de cada mês, das 18h30 às 20h30.

Como aceder à reunião?

Através do grupo no facebook

“Grupo de Ajuda Mútua para pais de crianças com Cardiopatia Congénita”.



Qual a finalidade do Grupo?

- ✓ Permitir a **partilha de experiências comuns** entre pais de crianças com cardiopatia congénita (doença do coração) e, dessa forma, promover a esperança, a união da família, a orientação para o futuro, a confiança em si e nos cuidados que prestam à criança e a transformação positiva das experiências vividas.

Quem pode fazer parte?

Pais e cuidadores de crianças e jovens com diagnóstico de Cardiopatia Congénita (doença do coração)

Como funciona?

- ✓ **Acesso livre** a todos os pais;
- ✓ A participação no grupo é **voluntária**;
- ✓ As atividades do grupo podem ser **formativas** (sobre temas ou dúvidas dos participantes) ou de **apoio emocional** (a si e aos outros, hospitalizados ou não), por forma a serem promotoras de esperança;
- ✓ **Confidencialidade** na partilha, “o que é escutado no grupo, fica no grupo”;
- ✓ **Respeito** pelos pensamentos e sentimentos únicos de cada pessoa, sem julgamentos ou críticas;
- ✓ A **partilha é voluntária**, e todos têm o direito de partilhar ou escolher não o fazer;
- ✓ **Pontualidade**.



Para os pais que participam nos encontros mensais, o Grupo de Ajuda Mútua...



Sugestões

Esperamos sinceramente que a vossa criança beneficie de toda a assistência e tratamento disponível neste serviço.

Todas as críticas e sugestões que possam melhorar de alguma forma o conforto e bem-estar da criança ao nosso cuidado serão bem-vindas e consideradas muito importantes, por isso não se esqueça de preencher o nosso questionário de satisfação.

A sua opinião é importante.



Contatos Telefónicos

Guia de Acolhimento

Serviço de Cardiologia Pediátrica



Aos Pais:

"O vossa filho necessita ficar internado no serviço de Cardiologia Pediátrica do

É natural que se sintam ansiosos com a sua doença.

Esperamos que, em conjunto, possamos ajudá-los a ultrapassar este período da melhor forma possível."

A equipa de Saúde

Internamento

Preparação para o Internamento

- Devem ser dadas todas as explicações à criança de um modo simples e direto, para que ela as possa compreender.
- Se, por qualquer motivo, os pais ou pessoa de referência não puderem acompanhar a criança durante o internamento, devem tentar explicar-lhe esta separação temporária.

Admissão

- O internamento é efetivado pela assistente técnica do Serviço de Internamento.
- Após a admissão a criança irá então realizar alguns exames, nomeadamente:
 - uma radiografia de tórax - no Piso 1;
 - um eletrocardiograma - no Piso 01.

- Após os exames regressam ao serviço, onde serão recebidos por uma enfermeira, que procederá ao acolhimento.

Acolhimento

- No acolhimento:
 - inclui-se a criança, e os pais ou pessoa de referência;
 - É realizada uma visita ao serviço, no Piso 4;
 - São dadas a conhecer as normas de funcionamento;
 - São explicados os procedimentos que se vão realizar e o momentos em que vão ocorrer;



Gabinete de utente

- O Gabinete de utente é um instrumento de participação do cidadão e de promoção da qualidade dos serviços.
- Se pretende utilizar os seus serviços poderá optar por preencher o impresso do Gabinete do Utente (entregar no gabinete ou colocar nas caixas próprias na área de recepção) ou o livro de reclamações (livro amarelo).

Associação Coragem

- Associação de pais, médicos, enfermeiros e todos aqueles que estão mobilizados para a causa das crianças com doença cardíaca.
- Tem como objetivo apoiar as crianças com todas as formas de doença cardíaca, congénita ou adquirida, assim como as suas famílias e promover o conhecimento sobre as cardiopatias pediátricas na sociedade em geral.
- Sítio na internet: <http://associacaocoragem.webnode.pt/>
Correio electrónico: associacaocoragem@webnode.pt



instalações do Hospital.

Regulamento do Acompanhante

- Contempla os direitos e os deveres do acompanhante. Disponível na entrada do serviço e na internet.

Carta da Criança hospitalizada

- Carta preparada por várias associações europeias em 1988, em Leiden, sendo reconhecida universalmente. Atxada na entrada do serviço.

Visitas

- O pai que não está a acompanhar permanentemente o filho pode permanecer no serviço das 9h-21h.
- Outras visitas: diariamente das 14-15h e 17-19h, até 2 pessoas por criança, sendo uma delas um dos pais.
- Não é permitida a visita de crianças menores de 12 anos.

Alta

Após a alta

- A criança pode, durante alguns dias, estar um pouco diferente do habitual: pode desejar mais atenção, estar mais irritada, ou menos faladora. Se receber um pouco mais de atenção e carinho, voltará mais depressa a comportar-se como de costume.
- Em caso de dúvidas esclareça-as junto do serviço através do número direto, facultado na nota de alta ou na folha de terapêutica.



Outras informações

Assistência espiritual

- Prestada por um padre católico, das 16 às 18h.
Nota: poderá ser solicitada, ao enfermeiro, esta assistência noutro horário.



- É celebrada uma missa, ao fim de semana, na capela do hospital
- Os doentes de outras confissões religiosas podem receber assistência espiritual da sua religião.

- São esclarecidas todas as dúvidas, e facilitada toda a informação que possa ser útil, para minimizar o sofrimento e a ansiedade.
- É realizada uma colheita de dados, e feita uma história da criança para que a possamos conhecer melhor,

O que trazer para o Hospital?

- **Documentos** : O Boletim Individual de Saúde, o Boletim de Vacinas e qualquer nota hospitalar que possa conter informação acerca da criança.
- O Hospital fornece toda a **roupa** necessária, mas a criança pode trazer e usar as suas próprias roupas. O Hospital não assegura a lavagem das roupas pessoais.



• Produtos de higiene pessoal e chinelos:

- Um **brinquedo** ou objeto especial da criança, que lhe possa dar a segurança e conforto da sua casa (o enfermeiro deve ser informado).
- Evite trazer **objectos de valor** (não nos responsabilizamos pelo seu desaparecimento).
- Em caso de internamento será pedido que todos os valores sejam levados para casa.

Alimentos e bebidas:

- O enfermeiro de serviço deve ser informado dos hábitos alimentares da criança.
- Agradecemos que traga consigo algum alimento especial que a criança necessite, e que se informe sobre o local onde o poderá guardar.

- **Não é permitido ter alimentos junto da cama da criança ou no quarto.**
- **Atenção as indicações dadas em caso de cirurgia ou cateterismo!** A criança não deve ingerir algum tipo de alimento ou bebida, antes dos mesmos.

Medicação

- A medicação da criança, e o esquema seguido, deve ser trazida para o Hospital.
- No hospital toda a medicação deve ser administrada pelo enfermeiro - não deve ser dada qualquer medicação à criança, sem o consentimento da equipa de saúde.



Consentimento Informado

- Antes de realizar qualquer exame invasivo (por ex. cateterismo cardíaco ou cirurgia) os médicos explicar-lhe-ão o tipo de procedimento, os seus riscos e benefícios.
- Deve fazer todas as perguntas e esclarecer todas as dúvidas antes de assinar a autorização para a realização do exame, o chamado "consentimento informado".
- Mesmo depois de assinar a autorização, pode sempre expor todas as dúvidas que tiver ao enfermeiro ou ao médico. Se o desejar, pode em qualquer altura anular o consentimento.

Visita Pré Operatória

- Na véspera da cirurgia, o Enfermeiro do Bloco Operatório desloca-se ao serviço para realizar a preparação da criança e pais ou pessoa de referência.
- Será este mesmo enfermeiro a receber a criança à porta do Bloco operatório, e a efetuar os contactos com os pais ao longo da cirurgia e quando esta terminar.

Crianças provenientes de fora de Lisboa

- O serviço de Cardiologia Pediátrica recebe pacientes de Portugal Continental, ilhas e países PALOP.
- Pais acompanhantes de crianças internadas, sem alojamento na zona de Lisboa - contactarem a Associação Coragem e o Serviço Social do Hospital (alojamento com disponibilidade limitada em instalações patrocinadas pela Câmara De Oeiras).

Acompanhamento e Visitas

Acompanhamento da criança Internada

- A criança tem direito ao acompanhamento dos pais, que devem permanecer o maior tempo possível junto desta.
- No período noturno, só poderá ficar um dos pais no serviço com a criança.

Refeições do acompanhante

- O acompanhante da criança tem direito às refeições no Hospital, sendo-lhe atribuídas sentas para isenção de pagamento das mesmas.
- Almoço/ jantar: 12h-15h/ 19-21h, no refeitório do Hospital.
Pequeno-almoço/ lanche: no serviço de internamento.



Acomodação do acompanhante

- O acompanhante pode dormir à noite num cadeirão que existe ao lado da cama da criança.
- Deve seguir as indicações do enfermeiro, de modo que a sua permanência não interfira com as regras de segurança e os cuidados a prestar a todas as crianças internadas.



- O acompanhante é acordado pelo enfermeiro às 7h, para que possa proceder à sua higiene pessoal (numa casa de banho para uso dos pais), antes do início do movimento diário do serviço.
- Os objetos pessoais devem ser guardados dentro dos armários disponíveis para o efeito: objetos em excesso junto das unidades das crianças podem em algumas situações urgentes comprometer a atuação da equipa de saúde.

UM GRANDE CORAÇÃO

Manual da Criança com Doença Cardíaca

5.^a Edição - 2018



Coração Feliz[®]

Associação de Protecção e Apoio
à Criança com Doença Cardíaca

José Monterroso

ÍNDICE

	Página
0 - Preâmbulo	04
1 - Introdução	06
2 - O coração e a circulação normais.....	08
3 - O bebé antes de nascer	13
4 - Sintomas e sinais de alerta	16
5 - Exames complementares.....	21
6 - Consultas	29
7 - Internamento médico.....	30
8 - Cirurgia cardíaca	31
9 - O dia a dia da criança cardíaca.....	34
Enfrentar a notícia.....	34
Alimentação.....	37
Crescimento.....	38
Educação	38
Escola	39
Actividade física e desporto.....	39
Trabalho	40
Infecções.....	40
Vida social	41
Vida sexual / casamento / filhos.....	43
10 - Algumas doenças cardíacas mais comuns.....	45
11 - Alguns medicamentos mais usados em cardiopatias congénitas	68
12 - Protecção social.....	76
13 - Profilaxia da endocardite bacteriana	82
14 - Recomendações para a prática de desporto.....	85
15 - Anexos.....	93
Centros de Cardiologia Pediátrica	93
Associações Portuguesas de apoio a crianças com doença crónica.....	94
Sites na Internet sobre cardiopatias congénitas	98
16 - Índice Alfabético	99
17 - Ficha Pessoal	111

1 - INTRODUÇÃO

A grande maioria das doenças cardíacas na infância são devidas a malformações congénitas, isto é, a defeitos ocorridos durante o desenvolvimento que fazem com que o coração não tenha uma forma normal. Cerca de 6 a 8 em cada 1000 crianças nascem com algum tipo de malformação cardíaca, o que torna as **Cardiopatias Congénitas** a forma mais frequente de malformação presente ao nascimento e a maior causa de mortalidade infantil nos países desenvolvidos.

Algumas são tão graves que tornam o feto inviável. Pensa-se que a grande maioria de abortamentos espontâneos no primeiro trimestre de gravidez são devidos a malformações importantes.

Outras cardiopatias são triviais e não têm qualquer importância para o correcto funcionamento do sistema cardiovascular pelo que podem passar despercebidas durante a infância e serem descobertas por acaso, em consultas de rotina. Muitas outras são bem toleradas na vida intrauterina e permitem o nascimento de um bebé aparentemente saudável.

Algumas necessitam de correcção cirúrgica, outras não. Algumas permitem uma correcção completa e outras, embora possam ser corrigidas, deixam sempre lesões residuais.

Desconhece-se a causa da maioria destas doenças, embora certos casos possam ser relacionados com doenças maternas, defeitos genéticos ou fatores ambientais.

Têm-se recentemente desenvolvido muito a análise do genoma humano o que tem permitido descobrir vários genes relacionados com as malformações cardíacas verificando-se que a maioria das situações resultam de vários defeitos simultâneos (poligénicas) e mesmo de fatores ambientais durante a gravidez (fatores epigenéticos).

São devidas a um desenvolvimento alterado do coração nas primeiras semanas de gravidez, pelo que a sua gravidade pode variar muito de criança para criança. A mesma doença pode ser muito grave ou não ter grande importância.

Para se compreender as **Cardiopatias Congénitas**, habitualmente muito complexas, é importante saber como é como funciona um coração normal, como se desenvolve e como é a circulação fetal.

Outras crianças, que nascem com um coração normal, podem desenvolver doenças cardíacas como consequência de inflamações ou infecções ou como parte de uma doença geral do organismo. Nestes casos a forma do coração é normal, mas não o seu funcionamento.

Cada criança cardíaca é um caso diferente pelo que a abordagem e o tratamento de cada uma é sempre especial e obriga a uma relação médico-doente-família muito aberta e confiante.

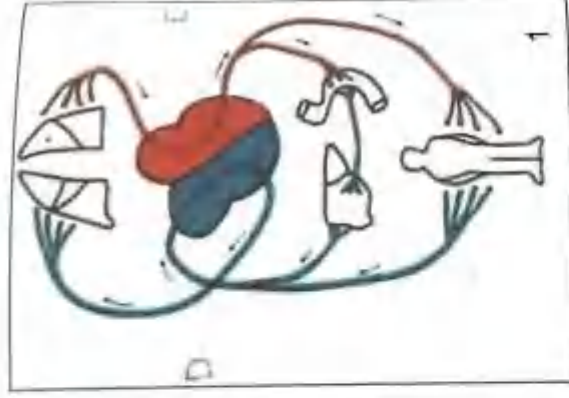
O seu Cardiologista não trabalha isolado mas integrado numa equipa multidisciplinar vasta, em que cada pessoa tem a sua competência especial. As decisões difíceis são tomadas em conjunto, em reuniões regulares para esse efeito, depois de avaliar as vantagens e os inconvenientes de cada atitude.

2 - O CORAÇÃO E A CIRCULAÇÃO NORMAIS

O coração é um órgão muscular formado por quatro cavidades: as duas **aurículas** (direita e esquerda) e os dois **ventrículos** (direito e esquerdo). Funciona como uma bomba, ou melhor, como duas bombas a trabalhar simultaneamente, com o objectivo de levar o sangue a todas as células do corpo, para lhes distribuir os nutrientes e o oxigénio, imprescindíveis para o seu funcionamento, pois fornecem a energia necessária para o trabalho celular, e em seguida bombear esse mesmo sangue para os pulmões, onde vai buscar o oxigénio captado através da respiração.

Temos duas circulações diferentes a funcionar simultaneamente graças à acção da "bomba" que é o coração (figura 1).

A grande circulação começa no **ventrículo esquerdo**, que é a cavidade mais forte, mais muscularizada, o qual ao contrair-se empurra o sangue rico em oxigénio para um grande tubo, a **artéria aorta**, o qual se vai ramificando progressivamente em artérias cada vez mais finas que são distribuídas a todos os órgãos e células do corpo. As ramificações terminais, muito delgadas, são chamadas **vasos capilares** e é nelas que se faz a troca do oxigénio pelo dióxido de carbono, um gás produzido nas células em resultado do seu trabalho. O sangue torna-se então pobre em oxigénio e rico em dióxido de carbono, tomando uma cor mais azulada, ao contrário do sangue rico em oxigénio que tem uma cor vermelho vivo. Esse sangue "pobre" é recolhido nas veias que se vão juntando e tornando progressivamente maiores terminando em duas grandes veias que entram no coração: são a **veia cava superior**, que leva o sangue da



metade superior do corpo, e a **veia cava inferior** que leva o sangue da metade inferior do corpo. Essas veias entram na **aurícula direita**, completando assim a grande circulação.

Esse sangue deve agora ser enriquecido em oxigénio antes de voltar a ser utilizado.

É essa a função da pequena circulação que começa no **ventrículo direito**, para onde o sangue passa da aurícula direita. Ao contrair-se, o ventrículo direito empurra o sangue para outra grande artéria, chamada **artéria pulmonar**, a qual rapidamente se divide em duas (artéria pulmonar direita e artéria pulmonar esquerda) a fim de conduzir o sangue aos dois pulmões. Dentro dos pulmões essas artérias dividem-se em ramos cada vez mais finos até chegar aos alvéolos pulmonares que são cavidades cheias de ar. Nessa zona, as ramificações mais finas, os capilares, libertam dióxido de carbono para os alvéolos pulmonares, o qual será expulso pela respiração, e recebem o oxigénio, tornando-se então sangue novamente rico em oxigénio. Esse sangue é recolhido em veias que se vão tornando progressivamente maiores, terminando em quatro grande veias (duas do pulmão direito e duas do pulmão esquerdo) chamadas **veias pulmonares**, as quais entram no coração, na **aurícula esquerda**. Está assim completa a pequena circulação. Da aurícula esquerda o sangue passa para o ventrículo esquerdo e o processo continua.

Vamos olhar agora mais detalhadamente para o interior do coração. (figura 2)

Como vimos, o coração tem quatro cavidades, duas aurículas e dois ventrículos. As aurículas destinam-se a receber sangue proveniente das veias e a adaptar-se a mudanças no volume do sangue. Têm, portanto, uma parede fina e são muito distensíveis, isto é, podem aumentar muito o seu tamanho se a quantidade de sangue aumentar muito. Pelo seu lado exterior notamos uma saliência em cada aurícula - os apêndices



auriculares - que são diferentes um do outro e nos permitem saber qual é a aurícula direita e qual é a aurícula esquerda, independentemente da sua posição. No interior das aurículas temos o **septo interauricular**, ou seja, a divisória que separa as duas aurículas. Nete podemos observar, pelo lado direito, uma zona central, ovalada, mais delgada. É a **Fossa Oval**, que corresponde à zona que se encontrava aberta durante a vida fetal (ver adiante). Um pouco mais abaixo encontramos outra abertura - o **Seio Coronário** - que é a entrada da veia que transporta o sangue que alimentou o próprio coração. Assim, a aurícula direita recebe três veias: a veia cava superior, a veia cava inferior e o seio coronário, enquanto a aurícula esquerda recebe quatro - duas de cada pulmão. Na parte mais inferior das aurículas encontram-se as válvulas aurículo-ventriculares, que são a zona de passagem do sangue das aurículas para os ventrículos. Essas válvulas chamam-se **Tricúspide**, a da direita, e **Mitral**, a da esquerda.

As válvulas são formadas por tecido fibroso e estão intimamente ligadas aos ventrículos por um aparelho (aparelho valvular) necessário para o seu funcionamento. A válvula tricúspide é constituída por três folhetos, ou valvas, de forma irregular e muito variável. O seu aparelho valvular é constituído por um **músculo papilar** grande e outros mais pequenos, em número variável, dentro da cavidade do ventrículo direito. Esses músculos estão ligados às valvas por pequenos tendões - as **cordas tendinosas** e é a sua contração que faz abrir a válvula. A válvula mitral tem uma forma mais constante e perfeita, com apenas duas valvas - a valva anterior, grande, e a valva posterior, mais curta. O aparelho valvular mitral é constituído por 2 músculos papilares fortes, dispostos paralelamente na parte lateral do interior do ventrículo esquerdo, ligados por cordas tendinosas paralelas às valvas.

Os dois ventrículos também são diferentes. Como vimos a sua função é impulsionar o sangue para as artérias e por isso têm a parede grossa, muito muscularizada. O ventrículo direito tem uma forma triangular com uma saída alongada para a artéria pulmonar. O seu interior é muito irregular, com muitas bandas musculares grosseiras. O ventrículo esquerdo tem uma forma cónica, com a parede muito mais grossa e o interior liso, com a saída para a aorta mais curta. A parede que separa os dois ventrículos, o **septo interventricular** também é diferente pelo lado esquerdo, o qual é liso e regular, e pelo lado

direito, onde existem trabéculas musculares grosseiras e irregulares. Na porção mais central do septo interventricular, junto às válvulas mitral e tricúspide e adjacente à saída do ventrículo esquerdo existe uma porção constituída por tecido membranoso e não muscular - é o chamado **septo membranoso**, a região onde é mais frequente existirem comunicações entre os dois ventrículos. Na saída de cada ventrículo encontramos mais duas válvulas - as válvulas sigmóides, que são a abertura por onde o sangue sai para as artérias - **Válvula Pulmonar** à direita e **Válvula Aórtica** à esquerda. Estas válvulas são circulares, divididas em 3 partes iguais, que se assemelham a ninhos de andorinha - as **cuspes**. Aqui também encontramos diferenças. A válvula aórtica é mais grossa e mais eficaz que a válvula pulmonar e nesta encontramos dois orifícios que são as saídas das **Artérias Coronárias**. Estas são as artérias que levam o sangue que vai irrigar o próprio coração pois este órgão também tem de ser alimentado com oxigénio e outros nutrientes. Assim a artéria coronária direita irriga o lado direito e a artéria coronária esquerda irriga o lado esquerdo. Esse sangue, após alimentar o coração, é recolhido nas **Veias Coronárias** que vão terminar no seio coronário e portanto na aurícula direita.

A que se devem as diferenças profundas entre o lado direito e o lado esquerdo do coração? Já vimos que no lado esquerdo as válvulas são mais perfeitas e eficientes e o ventrículo é mais grosso e com uma forma mais eficaz para a sua função de bomba.

Isso acontece porque os pulmões, que vão receber o sangue do lado direito, opõem uma resistência baixa à entrada do sangue. As artérias pulmonares têm a parede fina e existe uma área capilar muito grande deslinada à troca de gases com o ar respirado. Já o organismo em geral (órgãos, músculos, pele, etc), que recebe o sangue do lado esquerdo, oferece uma resistência muito maior, o que obriga a que o ventrículo esquerdo tenha de fazer mais força e tenha portanto uma pressão muito mais elevada no seu interior.

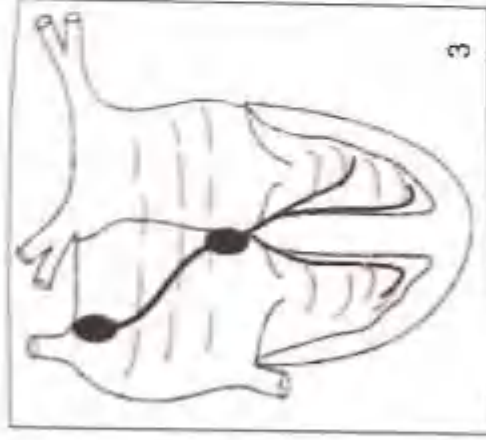
Assim a pressão do ventrículo esquerdo (e da artéria aorta) - a pressão arterial -, é muito superior à do ventrículo direito (e da artéria pulmonar) - a pressão pulmonar. As pressões dentro das aurículas são as mais baixas de todas pois a sua função, como vimos, é receber sangue das veias.

Ora bem, para que o coração funcione rítmicamente, isto é, de uma forma regular, com contrações e dilatações ordenadas, tem de

haver um sistema que dê ordem às células para se contraírem ao mesmo tempo, com a frequência que o corpo exige - maior com os esforços, menor com o sono, etc.

É o **sistema de condução** que podemos comparar a uma rede elétrica (figura 3).

Assim, o gerador do impulso, o chamado "pacemaker" fisiológico é o **Nó Sinusal** - um grupo de células situadas na parte alta da aurícula direita, junto à entrada da veia cava superior, que recebe informação do corpo para estimular mais ou menos rapidamente o coração, de acordo com as necessidades de cada momento. Daí, esse impulso transmite-se muito rapidamente às aurículas e para uns momentos antes de passar aos ventrículos, pois estes só se devem contrair após receber o sangue das aurículas. O ponto onde o impulso faz essa pausa chama-se **Nó Aurículo Ventricular** e está situado na zona central do coração entre o lado direito e o lado esquerdo e entre as aurículas e os ventrículos. Após essa pausa, o impulso passa rapidamente para os ventrículos fazendo com que estes se contraíam ao mesmo tempo.



3 - O BÉBÊ ANTES DE NASCER

Desenvolvimento do sistema circulatório

Os três primeiros meses de gravidez são o período chamado de organogénese, isto é, quando o organismo do bebé passa de um ovo apenas até um organismo completamente formado. Nos meses posteriores os órgãos vão amadurecendo e iniciando as suas funções, acumulando ao mesmo tempo reservas para enfrentar os primeiros tempos de vida independente. Dois sistemas são fundamentais para o controle de todo o organismo e, portanto, vão ser os primeiros a formar-se: - o sistema nervoso central e o sistema circulatório. O coração está totalmente formado no fim da décima semana de gestação. Desenvolve-se a partir de um pequeno grupo de células na parte superior de tórax do embrião, as quais rapidamente se diferenciam para formar um tubo. Este tubo vai crescer e curvar-se com a forma aproximada de um S, e no seu interior aparecem pequenas saliências que vão dividi-lo nas suas quatro cavidades e nas porções iniciais das grandes artérias. Entre estas cavidades desenvolvem-se as válvulas que vão crescer e orientar-se para o seu lugar definitivo. Os septos, que vão separar o lado esquerdo do lado direito do coração, desenvolvem-se simultaneamente para separar as aurículas, os ventrículos e as grandes artérias. Os vasos sanguíneos do corpo e dos pulmões crescem ao mesmo tempo e vão-se conectar com as cavidades cardíacas correspondentes.

Circulação fetal

Antes do nascimento, o feto recebe o oxigénio e os nutrientes necessários para se desenvolver da sua mãe, através da placenta e cordão umbilical, os quais também removem o dióxido de carbono produzido pelo trabalho celular. Os pulmões não são necessários e portanto não estão expandidos, recebendo apenas uma pequena quantidade de sangue, necessária para o seu desenvolvimento.

Assim a circulação no feto é diferente da circulação do adulto, existindo vários curtos-circuitos para orientar o sangue na direcção correcta. O sangue oxigenado, proveniente da placenta, entra no feto pela veia umbilical a qual, através de um curto-circuito chamado **Ductus Venoso**, ultrapassa o fígado e entra na veia cava inferior. Ao entrar na aurícula direita, uma pequena prega existente no seu interior (a válvula de Eustáquio) orienta esse sangue para o **Foramen Oval** e daí para o lado esquerdo do coração. O ventrículo



esquerdo bombeia esse sangue rico em oxigénio para a aorta indo irrigar o cérebro, o qual se está a desenvolver muito rapidamente. O sangue venoso retorna então ao coração através da veia cava superior, sendo dirigido pela aurícula direita e ventrículo direito para a artéria pulmonar. Dado que como sabemos os pulmões estão colapsados, a maior parte desse sangue entra noutro curto-circuito, o **Canal Arterial**, que o dirige para a artéria aorta e daí para a artéria umbilical, sendo purificado na placenta (figura 4).

Este mecanismo circulatório faz com que no feto as pressões sejam mais elevadas no lado direito que no lado esquerdo do coração e igualmente que a resistência da artéria pulmonar seja superior à da aorta. O ventrículo direito maneja cerca de 2/3 do total do sangue pelo que é mais grosso que o ventrículo esquerdo.

Alterações circulatórias após o nascimento

Imediatamente após o nascimento, com a laqueação do cordão umbilical, a placenta fica excluída da circulação. Com o primeiro choro do bebé, os pulmões expandem-se, diminuindo a sua resistência e o sangue começa a ser bombeado com abundância para a pequena circulação. Nos pulmões, a oxigenação do sangue faz-se mais eficazmente e esse sangue retorna pelas veias pulmonares para a aurícula esquerda, aumentando a pressão desse lado e obrigando o

foramen oval a fechar, progressivamente. O encerramento completo, anatómico, pode demorar alguns meses.

Nos dias seguintes o ductus venoso e o canal arterial vão-se fechando gradualmente e as resistências pulmonares (e a pressão no ventrículo direito) vão diminuindo progressivamente até que pelo mês de vida já têm valores semelhantes aos do adulto. Com o crescimento do bebé o ventrículo esquerdo vai aumentando a sua importância, adquirindo, pelos 6 meses de vida, dominância sobre o ventrículo direito, que vai persistir toda a vida.

São estas diferenças na circulação do feto que explicam que muitas crianças com malformações cardíacas graves se desenvolvam normalmente no útero da mãe e que em algumas delas a doença só se manifesta algum tempo após o nascimento, parecendo, após o parto, tratar-se de bebês saudáveis.

4 - SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA

Quando levarem o vosso filho ao médico (Clínico Geral, Pediatra, Cardiologista Infantil) este vai perguntar-vos em primeiro lugar o motivo da consulta, isto é, o que notaram de anormal que vos fez procurar o seu conselho. Vai igualmente fazer várias perguntas acerca do comportamento do vosso filho, da sua maneira de crescer e de reagir, tentando encontrar pistas que o ajudem a reconhecer a existência de uma doença. É importante que saibam identificar esses sinais para lhe poderem dar essa informação, mas também que controlem a vossa ansiedade para não dar pistas erradas. Não tenham nunca chamar a atenção do médico com queixas inexistentes. Isso pode levá-lo para o caminho errado.

Em seguida, o médico vai examinar a criança, determinando o peso e a estatura, observando o aspecto e a cor da pele, os lábios, a língua e os dedos. Vai verificar os pulsos nos braços e na pernas e, muitas vezes, avaliar a tensão arterial. Vai palpar o abdómen para verificar o tamanho dos órgãos, em especial o fígado, ver a forma do tórax e sentir o batimento do coração. Depois, com o estetoscópio, vai auscultar o ruído da respiração e também o som do coração. Aqui preocupar-se-á com os ruídos cardíacos normais, produzidos pelo fecho das válvulas, e com sopros e ruídos anormais produzidos pelo fluxo do sangue dentro do coração e nas grandes artérias.

As explicações seguintes ajudá-lo-ão a compreender os sintomas do seu filho:

Sopros cardíacos

Os sopros cardíacos são ruídos audíveis na auscultação cardíaca e que resultam do fluxo do sangue. A grande maioria deles são produzidos pelo fluxo normal, em crianças saudáveis, e não têm qualquer importância — são os chamados **sopros inocentes**, e as crianças que os apresentam são inteiramente normais. Outros resultam de fluxos alterados, quando há algum problema cardíaco, como uma válvula que abre ou fecha mal ou um orifício anormal entre os lados direito e esquerdo do coração. São habitualmente detectados em consultas de rotina ou quando a criança tem alguma infecção. É

importante saber que muitas doenças cardíacas graves não provocam sopros.

Falta de ar

Muitas crianças com problemas cardíacos têm a sensação de falta de ar ou sinais de dificuldade respiratória com frequência. Isto acontece porque os pulmões recebem sangue a mais ou, pelo contrário, pouco sangue. No primeiro caso, a criança necessita de fazer mais esforço para expandir os pulmões e habitualmente há líquido nos alvéolos pulmonares, o que dificulta a troca de gases. No segundo caso, como não há sangue suficiente nos pulmões para captar o oxigénio necessário, a criança aumenta a frequência e a profundidade da respiração para tentar compensar essa falta.

Exceptuando os casos de crianças com asma ou infecções respiratórias, essa falta de ar é um sinal seguro da existência de uma doença cardíaca em crianças pequenas. Não confundir, no entanto, a falta de ar com os "suspiros", que são um mecanismo normal de arejamento pulmonar, ou com a dificuldade de deglutição nos primeiros meses de vida que é causada por imaturidade dos músculos da faringe.

Ganho de peso insuficiente

Em crianças pequenas, a falta de ar provoca dificuldades na alimentação, a qual constitui um esforço importante nessas idades. Existe também um gasto de energia maior devido à doença cardíaca, infecções repetidas e internamentos hospitalares frequentes. Tudo isto faz com que estas crianças não aumentem de peso como seria de esperar. Habitualmente a criança recupera rapidamente após a correcção da doença.

Cianose

A palavra cianose refere-se à cor azulada da pele e mucosas (boca, língua, etc.). Em recém-nascidos e crianças pequenas é normal encontrarmos cianose à volta da boca ou nas pontas dos dedos devido ao pequeno tamanho dos vasos capilares que se contraem com o frio e

provocam essa cur. Isso é normal. De igual forma, algumas crianças pequenas ficam azuis e por vezes desmaiam quando choram. Isto também é normal e chama-se **Espasmo do Choro**, isto é, a criança chora sem respirar e por isso não oxigena o sangue. Este fenómeno desaparece com a idade.

Já a cor azulada de todo o corpo que se acentua com choro normal é sinal de doença cardíaca e resulta da entrada na grande circulação de sangue não oxigenado ou seja, que não foi enriquecido nos pulmões.

Cansaço com os esforços

Crianças que têm cianose ou diminuição da força do músculo cardíaco podem queixar-se de cansaço com esforços pequenos ou moderados. Isto acontece porque os músculos não recebem sangue oxigenado suficiente para a actividade física.

Tonturas ou desmaios

Podem acontecer em crianças mais velhas quando há alterações do ritmo eléctrico cardíaco ou em doenças que provocam obstrução à saída do ventrículo esquerdo (por exemplo, Estenose da Válvula Aórtica).

Não se devem confundir com as crises vagas que são sensações de fraqueza, por vezes mesmo com tonturas e perda de conhecimento, que acontecem geralmente na puberdade ou adolescência e são provocadas pela diminuição da tensão arterial ou da frequência cardíaca por mecanismos reflexos neurogénicos, muitas vezes desencadeados pela mudança de posição de deitado para sentado ou de pé. Estas crises não são importantes mas é fundamental que a criança seja esclarecida e ensinada a lidar com esta situação. Existe uma prova que identifica com relativa segurança os desmaios de causa reflexa, o chamado teste de **Tilt** ou teste da mesa inclinada.

Os desmaios também podem ser causados por problemas neurológicos, em particular a epilepsia, mas nesses casos detectam-se sinais anormais que os permitem identificar.

Crises anóxicas

Em certas doenças cardíacas congénitas nas quais há obstrução da saída do ventrículo direito para a artéria pulmonar e uma comunicação entre os dois ventrículos, o músculo do ventrículo direito, junto à saída, pode ficar muito grosso e essa grossura contribuir para a obstrução.

Em certas circunstâncias (choro intenso, banho quente, etc.) passa mais sangue do ventrículo direito para o ventrículo esquerdo e, portanto, vai menos para os pulmões. Isto estimula o ventrículo esquerdo e a contrair-se mais fortemente o que ainda aumenta mais a obstrução. Nessas circunstâncias as crianças ficam mais azuis, muito irritáveis, e se a crise se prolongar ficam pálidas e desmaiam. Isto é chamado uma crise ou "spell" anóxico e é muito grave. Deve-se consultar imediatamente o médico pois é necessário tratamento imediato.

Posição de cócoras

Crianças mais velhas com doenças cardíacas cianóticas descansam habitualmente em posição de cócoras após esforços prolongados. Esta posição eleva a tensão arterial e obriga mais sangue a ir aos pulmões melhorando a oxigenação e o estado da criança.

Hipertensão arterial

A tensão arterial elevada em crianças é quase sempre de origem renal. Apenas uma doença cardíaca congénita – a Coartação da Aorta – provoca tensão arterial elevada. Nesses casos a tensão arterial está alta nos braços mas normal ou baixa nas pernas pelo que deve ser sempre medida num braço e numa perna.

Dores no peito

Com raras excepções, as doenças cardíacas nas crianças não provocam dores no peito. Estas normalmente são produzidas nos músculos das costelas. Em crianças mais velhas, as doenças que provocam obstrução grave à saída do ventrículo esquerdo podem

causar dores, anginosas com os esforços, o que é um sinal de mau prognóstico, indicando que é necessário o tratamento.

Palpitações

São a sensação de que o coração bate com muita força ou muito rapidamente. Podem estar relacionadas com emoções ou esforços ou aparecer sem causa aparente. Podem ser uma resposta normal do coração ou ser devidas a alterações do ritmo eléctrico. Habitualmente provocam apenas um ligeiro desconforto e duram pouco tempo e a criança aprende a lidar com elas. Casos raros em que são muito frequentes e incómodativas podem obrigar a tratamento.

Paragem cardíaca súbita

É raríssimo em crianças. Na enorme maioria das doenças cardíacas infantis não existe esse perigo. Naquelas poucas doenças em que isso pode acontecer pouco se pode fazer para o evitar. Pode ser necessário colocar na criança um aparelho chamado **Cardio Desfibrilhador Implantável - CDI** o qual aplica um choque eléctrico sempre que detecta a paragem cardíaca e repõe o ritmo normal. O tratamento adequado e no tempo certo é a melhor maneira de prevenir essa fatalidade.

5 - EXAMES COMPLEMENTARES

Na grande maioria das crianças com doenças cardíacas congénitas é necessário efectuar exames complementares para saber o tipo exacto de doença de que sofre. Existem variados exames que estão indicados para situações diferentes.

Radiografia de tórax

A radiografia do tórax mostra-nos a forma e o tamanho do coração, permitindo saber quais são as cavidades aumentadas, e também a quantidade de sangue que chega aos pulmões. É um exame rápido, não doloroso e sem complicações.

Electrocardiograma

É um registo externo dos potenciais eléctricos do coração. Efectua-se ligando umas conexões metálicas (electrodos) às pernas, braços e peito da criança. É também um exame rápido e indolor mas é necessário que ela esteja quieta. Informa-nos acerca da condução eléctrica dentro do coração e também nos informa sobre o tamanho das diversas cavidades.

Monitorização ECG contínua 24 horas

Este exame permite registar os impulsos eléctricos do coração durante um dia inteiro, através de um pequeno gravador preso à cintura da criança e a vários electrodos colocados no peito. Permite detectar alterações do ritmo cardíaco durante o sono e durante as diversas actividades do dia a dia da criança e relacioná-las com sintomas que ela tenha, como tonturas e palpitações.

Atualmente este exame pode ser feito com uma espécie de colete que tem os sensores incorporados (o "lifejacket") e que é mais cómodo para a criança.

Detector de eventos

Trata-se de um exame semelhante ao anterior em que o doente recebe um pequeno aparelho que quando aplicado sobre o peito regista o Efectrocardiograma. Ao contrário do registo contínuo de 24 horas, este só se aplica quando há algum sintoma e pode ser transmitido imediatamente para o médico através do telefone ou guardado para análise posterior. Assim, será possível tranquilizar o doente, se os sintomas não corresponderem a nada de grave, ou encaminhá-lo de urgência para o hospital no caso de existir uma arritmia ou isquemia que ponha em perigo a sua vida.

Prova de esforço

Este exame, que só se efectua a crianças mais velhas, é semelhante ao que se faz com adultos. Sujeta-se a criança a um esforço progressivamente maior através de um tapete rolante ou uma bicicleta ergométrica e vamos controlando a tensão arterial, o ritmo e a frequência cardíaca, o consumo de oxigénio com o esforço e a existência de sintomas. Permite nos detectar a presença de perigos com a actividade física, como a subida exagerada da tensão arterial, o aparecimento de arritmias perigosas com o esforço e a existência de insuficiência coronária (irrigação insuficiente do coração com o esforço).

Ecocardiografia

O ecocardiograma é o exame mais importante e esclarecedor para o diagnóstico exacto das cardiopatias congénitas. É efectuado com um aparelho que emite ultra-sons (sons de frequência muito elevada, inaudíveis para o ouvido humano) os quais penetram no corpo e são reflectidos pelas diferentes estruturas atravessadas na forma de ecos que o aparelho recebe novamente e transforma em traçados (**modo M**), imagens (**Bidimensional**) e sons, curvas e cores (**Doppler**). É um exame um pouco demorado mas não dói nada e não tem problema algum. Para se conseguir um exame fiável é muito importante que a criança esteja calma e quieta pelo que em crianças

pequenas, geralmente entre os 3 meses e os 3 anos, pode ser necessário dar uma sedação suave.

Permite-nos ver o interior do coração e o início dos grandes vasos, avaliar o funcionamento das válvulas e do músculo cardíaco, verificar o fluxo de sangue e medir a sua velocidade em vários sítios. Existem várias modalidades, aplicadas em diferentes situações, tendo-se desenvolvido nos últimos anos as técnicas 3D e 4D que permitem imagens em 3 dimensões e em tempo real.

Ecocardiograma transtorácico é a modalidade mais utilizada, a mais simples de efectuar e a que nos dá maiores informações. A criança e deitada numa cama com o peito e a barriga descobertos e o médico encosta a sonda (o emissor de ultrassons) à pele da criança. Como os ultrassons são bloqueados pelo ar, é necessário existir um contacto perfeito entre a sonda e a pele da criança. Isso consegue-se aplicando um gel especial que optimiza esse contacto e que apenas tem o defeito de ser um pouco frio. Colocando a sonda em diversas posições e orientada de diversos ângulos, consegue-se observar todas as partes do coração e das grandes artérias, excepto algumas zonas escondidas pelos pulmões, os quais, como estão cheios de ar, impedem os ultrassons de passar.

Podem-se aplicar algumas técnicas especiais em casos particulares como o Doppler tecidual, o "speckle tracking" e outras.

Ecocardiograma transesofágico Muito utilizado em adultos, tem poucas mas importantes indicações em Cardiologia Pediátrica. Nesta modalidade, a sonda está colocada na extremidade de um tubo fino, semelhante aos utilizados para endoscopias, o qual é avançado pela boca da criança até ao esófago e estômago. Como o esófago está encostado à parte de trás do coração, consegue-se obter uma imagem perfeita, com alta definição, das estruturas cardíacas mais posteriores, sem a interferência da pele, ossos, músculos e ar, que dificultam as imagens no Eco transtorácico. Como se trata de um exame invasivo e em crianças é geralmente possível obter a informação necessária pelo Eco convencional, apenas se usa quando, em crianças maiores, é difícil ver as aurículas e o septo interauricular, ou no decurso de Cirurgia Cardíaca e Cateterismo Terapêutico para avaliar com exactidão a anatomia das lesões e monitorizar o resultado do tratamento.

Ecocardiograma epicárdico Pouco utilizado actualmente, graças ao Eco transesofágico, consiste na aplicação da sonda directamente sobre o coração durante a cirurgia cardíaca, a fim de que o Cirurgião possa avaliar imediatamente (antes de fechar o peito do doente) se foi conseguida uma correcção adequada da doença e se a função do coração é satisfatória. O seu uso pode evitar que a criança tenha de ser reoperada se alguma coisa não ficou perfeitamente corrigida.

Ecocardiograma intracardiaco: Nesta modalidade, pouco utilizada, a sonda ecográfica está aplicada na extremidade de um tubo muito fino, o catéter, o qual é avançado pelas veias até ao interior do coração e permite obter imagens da superfície interna das artérias, conseguindo assim identificar correctamente zonas estenosadas ou com placas de esclerose.

Ecocardiograma fetal: Actualmente esta técnica já faz parte da rotina da maioria dos centros de diagnóstico prénatal, sempre que há suspeita de que um feto possa ter uma doença cardíaca. Consiste em examinar o coração de um feto através do abdómen da mãe e deve idealmente ser feito entre as 20 e as 24 semanas de gravidez, podendo ser repetido posteriormente se houver necessidade.

Embora se pareça superficialmente com as ecografias morfológicas realizadas por rotina a todas as grávidas, trata-se de um exame diferente, uma verdadeira ecocardiografia ao feto, realizada com um aparelho adequado ao coração fetal e que deve ser apenas efectuado por um Cardiologista Pediátrico experiente pois é um exame muito complicado e em que é muito fácil cometer erros, os quais têm implicações muito graves. Com este exame consegue-se (mas não sempre, pois por vezes a posição do bebé e as características do abdómen da grávida não o permitem) observar o coração do bebé, verificar se existem malformações anatómicas, avaliar o seu funcionamento e o ritmo cardíaco, bem como detectar precocemente sofrimento fetal quando existe algum problema na gravidez.

As doenças cardíacas não são exactamente iguais no feto ou no recém-nascido devido às características da circulação fetal atrás explicadas, essencialmente devido à existência da circulação placentária e exclusão da circulação Pulmonar, com os curto-circuitos fetais, pelo que as duas circulações do feto estão em paralelo e não em série.

Assim existem cardiopatias que são bem toleradas no feto, não provocando sofrimento do bebé mas que são muito graves, por vezes fatais, após o nascimento. As malformações cardíacas vão evoluindo durante a gravidez, em geral agravando-se, pelo que é necessária uma avaliação sequencial para se poder prever o estado do bebé após o parto e a necessidade ou não de tratamento imediato.

Tomografia Axial Computorizada

A Tomografia Axial Computorizada (TAC) é uma técnica que consiste em obter imagens em vários eixos e a várias profundidades, conseguindo assim observar-se fatias dos vários segmentos do nosso corpo. Têm uma boa definição para as várias estruturas, incluindo os tecidos moles, podendo igualmente usar-se substâncias de contraste para distinguir melhor alguns órgãos que se pretendia estudar. É muito útil para observar o coração e a sua relação com os outros órgãos do tórax, como os pulmões, mal visíveis com a ecografia, e em particular os vasos (artérias e veias), definindo com clareza as suas conexões, dimensões e trajetos.

Ressonância Magnética Nuclear

Esta técnica, recente, utiliza a criação de um campo magnético para provocar a vibração dos electrões dos átomos do corpo, de forma orientada, obtendo assim imagens tomográficas (em vários planos e a várias profundidades) das diferentes estruturas do organismo. Possui uma excelente definição, muito superior à da TAC, permitindo observar com clareza o coração e todas as suas cavidades e válvulas, em vários planos, bem como os órgãos vizinhos e os vasos sanguíneos. É uma técnica muito útil para estudar as grandes artérias e grandes veias, geralmente inacessíveis com outros métodos.

Actualmente, utilizando gradientes variáveis em vez de vibrações constantes, consegue-se obter imagens dinâmicas, em movimento, semelhantes às das angiografias convencionais, a chamada **angiorressonância magnética**, que permite estudar o fluxo do sangue nos diferentes vasos bem como calcular a função cardíaca. Tem o inconveniente de ser um exame demorado e que pode ser um pouco assustador para uma criança pequena devido à aparência dos

aparelhos, além de que exige uma imobilidade completa pelo que as crianças pequenas devem ser anestesiadas.

Cateterismo Cardíaco e Angiocardiografia

Este é um exame invasivo que necessita que a criança esteja internada dois ou três dias mas que habitualmente não provoca nenhum problema. É absolutamente imprescindível antes da cirurgia em grande número de doenças (cateterismo diagnóstico) e, em casos especiais, é o método de tratamento aconselhado atualmente (cateterismo terapêutico) por permitir tratar eficazmente as doenças sem recurso a cirurgia.

Consiste em introduzir um delgado tubo de plástico maleável (catéter) numa veia da criança, habitualmente na virilha, e avançá-lo até entrar no coração. Ai retiram-se amostras de sangue e medem-se as pressões nas cavidades cardíacas e grandes vasos e, introduzindo nessas cavidades um líquido opaco ao RX, filmamos o coração e grandes artérias em imagens radiográficas, de uma forma dinâmica. Por vezes, para chegar às cavidades esquerdas é necessário introduzir outro catéter numa artéria.

Este exame é feito numa sala especial, como uma sala de operações, equipada com todo o material necessário para socorrer a criança se surgir algum problema. As crianças mais jovens são anestesiadas (com uma droga ligeira e inofensiva) para não se mexerem, mas em crianças mais velhas é suficiente dar um tranquilizante e anestesia local no local da picada.

O exame dura de uma a três horas, dependendo da complexidade da doença, e depois a criança fica a dormir e a repousar durante um dia, para permitir a cicatrização da zona onde foi picada. São raríssimas as complicações e habitualmente resolvem-se sem dificuldade: hemorragias no local da picada, espasmo da artéria femoral ou arritmias durante o procedimento.

Em certos casos, aproveitando estar um catéter dentro do coração, podem-se tratar algumas doenças como por exemplo, abrir uma válvula que esteja apertada ou fechar um canal arterial que esteja aberto, realizando o que se chama **Cateterismo de Intervenção ou Terapêutico**. Esta técnica tem-se desenvolvido muito nos últimos anos, com o aparecimento de dispositivos cada vez mais perfeitos e

seguros, sendo actualmente a técnica de tratamento de primeira escolha em várias doenças mais ou menos graves, como a Estenose Pulmonar, a Recoartação da Aorta, a CIA, a Persistência do Canal Arterial, etc (ver capítulo 10)

Estudo com Radioisótopos

É um exame que por vezes é necessário para verificar a função do coração ou avaliar a quantidade de sangue que chega aos pulmões. Dá-se uma injeção com uma pequena dose de uma substância que emite radiações as quais depois são detectadas num aparelho especial. É um exame rápido e seguro. Permite estudar a função do miocárdio, tanto global como regional, avaliar a perfusão das artérias coronárias, determinar a magnitude de curto-circuitos intracardíacos e avaliar a quantidade de sangue que chega a cada região dos pulmões. No entanto a definição não é a ideal e é um exame difícil de interpretar.

Estudo Electrofisiológico

É um exame raramente utilizado mas muito importante para as crianças que têm problemas repetidos e preocupantes do sistema eléctrico do coração. Faz-se por meio de cateterismo cardíaco, mas com uns catêteres especiais que registam a actividade eléctrica de várias zonas do coração. Por vezes este exame pode ser curativo. Após identificação da zona anormal do tecido de condução (circuito ou foco automático) faz-se a ablação dessa zona. O procedimento é igual ao de um cateterismo normal e obriga também a inleamamento.

Análises de Sangue e Gasometria

Para além de análises de rotina para ver se está tudo bem com a criança ou se existe alguma infecção, em muito doentes com cianose é importante verificar o nível da hemoglobina, pois como o sangue tem pouco oxigénio, o organismo fabrica mais glóbulos rubros para tentar compensar essa falta. Quando esse número é excessivo, o sangue fica muito viscoso e podem-se formar coágulos na circulação. Também com uma simples colheita de sangue numa artéria periférica

se pode conhecer exactamente a quantidade de oxigénio existente no sangue arterial.

Atualmente existe a possibilidade de, pelo doseamento de certas substâncias libertadas pelo coração (troponinas, peptídeo natriurético, etc.) avaliar o sofrimento do miocárdio e seguir a evolução da doença permitindo um diagnóstico mais exato e um tratamento mais adequado de cada situação.

6 - CONSULTAS

Todas as crianças com cardiopatia congénita devem ser acompanhadas regularmente pelo seu Cardiologista Pediátrico. Quanto mais pequena é a criança ou mais grave é o problema, mais frequentes devem ser as consultas.

Na primeira consulta o Cardiologista pedir-lhe-á várias informações sobre os antecedentes familiares, da gravidez, do parto e da vida do seu filho até àquele momento, tentando identificar sintomas e sinais importantes para fazer o diagnóstico.

Nas consultas subsequentes vai controlar o desenvolvimento do seu filho e a evolução da doença.

Cada doença tem o seu tempo ideal para a intervenção cirúrgica e algumas crianças não aparentam ter qualquer sinal anormal mas têm doenças graves, silenciosas, com grande risco. Mesmo após a cirurgia, todas as crianças devem continuar a ser acompanhadas pelo seu Cardiologista para avaliar o resultado cirúrgico e detectar possíveis complicações tardias.

É igualmente na consulta que os pais devem conversar com o médico acerca da vida diária do seu filho expondo as suas ansiedades e dúvidas.

Nunca deixe de ir às consultas marcadas para o seu filho, mesmo que pense que ele está bem. Muitas crianças ultrapassaram a idade operatória ideal por aparentemente estarem saudáveis.

Em certas circunstâncias é necessário internar as crianças para as tratar eficazmente. As crianças cardíacas são mais susceptíveis às infecções, particularmente respiratórias, e por vezes têm malformações de outros órgãos que necessitam investigação. Outras têm falência cardíaca não controlável com medicamentos no domicílio ou cianose tão grave que necessitam tratamento hospitalar.

Dependendo da idade e da gravidade da situação, serão internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais ou em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos ou em Enfermarias.

A vigilância e tratamento são sempre orientados pelos Cardiologistas Pediátricos, com a colaboração dos Pediatras Intensivistas ou dos Cirurgiões Cardíacos.

Durante o internamento a criança é sujeita a vários procedimentos traumatizantes como picadas para colheitas de sangue e aplicação de soros, introdução de tubos para alimentação (sonda nasogástrica), para ajudar à respiração (tubo endotraqueal) ou para manter um bom débito urinário (algália), monitores, etc..

Toda a equipa de saúde do Hospital colabora no tratamento do seu filho e esse tempo deve ser aproveitado para o estudar completamente e despistar outras doenças que possam existir.

O internamento deve ser o mais curto possível para infelizmente as condições nos Hospitais não são as melhores para dar conforto às crianças e aos seus pais e existe sempre o risco de apanhar outras infecções por contágio de outros doentes. É nestes dias que a criança mais precisa da companhia dos pais para amenizar o mau momento que está a passar.

Quando chegar a altura do seu filho ser operado, é conveniente estar preparado o melhor possível para diminuir a ansiedade natural nestes casos e poder ajudar a criança. O ambiente das salas de cuidados intensivos é assustador e pode fazer confusão ver todos aqueles aparelhos e fios ligados à criança.

Todos os pais têm dúvidas acerca de autorizar ou não uma cirurgia cardíaca a um filho. A decisão é fácil se o doente tem uma incapacidade bem visível, mas é muito mais difícil quando a criança tem uma vida activa normal. No entanto, pense que se o médico aconselhou a operação é porque está convencido que ela é necessária para prevenir maiores problemas no futuro. Infelizmente, há algumas doenças que não podem ser corrigidas completamente. Nestes casos a operação não vai curar o seu filho mas vai melhorá-lo, permitindo-lhe ter melhor qualidade de vida.

Se tiver idade suficiente fale-lhe da ida para o Hospital e da operação. Tente falar-lhe de coisas agradáveis como a companhia das outras crianças e os brinquedos que lá vai encontrar. Encoraje-o a falar dos seus receios e tente diminuir-os sem lhe esconder nada. É sempre preferível ser honesto e enfrentar o medo do que mais tarde o seu filho pense que o enganaram. Nunca mais vai esquecer isso e não vai acreditar quando lhe disserem que algum exame que tenha de fazer não dói. Não use também o medo ao médico ou as "picas" para conseguir obediência do seu filho. Isso vai predispor-lo a encerrar o Hospital e a equipa de saúde como inimigos que lhe vão fazer mal. Prepare alguns dos seus brinquedos favoritos para levar para o Hospital e diga-lhe que vai ficar com ele durante todo esse tempo.

Antes da operação serão efectuados alguns exames à criança para determinar se não há alguma infecção oculta, para saber o grupo de sangue, etc.

O Cirurgião responsável falará consigo e explicar-lhe-á detalhadamente a técnica operatória e como espera que o seu filho reaja.

No dia da operação, a criança fica em jejum umas horas antes. Depois é-lhe dada a pré-medicação, normalmente uma injeção, e ele adormece. É então levado para o Bloco Operatório.

A operação é sempre longa e pode durar 2 ou mais horas dependendo do tipo de cirurgia. Estas horas parecerão as mais longas da sua vida. Nesse momento não pode fazer nada para ajudar o seu filho. Tente combater essa ansiedade piscando ou fazendo alguma coisa que o distraia, sem falar nisso. Não se preocupe ou fazendo alguma parecer que está a demorar demais. Isso é frequente e não quer dizer que haja qualquer problema. Quando estiver terminada, o cirurgião virá falar consigo e contar-lhe como tudo correu.

Do Bloco Operatório o seu filho será transportado para a Unidade de Cuidados Intensivos onde passará as horas ou dias seguintes sob monitorização constante.

Vai encontrá-lo com um penso no peito a cobrir a ferida operatória e vários tubos ligados ao corpo: um tubo endotraqueal metido no nariz ou na boca, ligado ao Ventilador, que é o aparelho que vai respirar por ele nas horas imediatas; outro tubo (sonda nasogástrica) metido pelo nariz até ao estômago para o manter esvaziado e, mais tarde, para o começar a alimentar; um tubo ligado do peito a um recipiente, que serve para recolher os líquidos que se acumulam à volta do coração após a cirurgia (dreno torácico); outros fios ligados a uma artéria e a uma veia para permitir o controle constante do estado do seu filho e fornecer os medicamentos de que ele necessita directamente no sangue; terá também outra sonda na uretra para recolher a urina e assim verificar o funcionamento dos rins (algália); terá também 2 arames muito finos no peito do seu filho. Servem para ligar um "Pace-maker" se tal for necessário pois por vezes, após a cirurgia, o sistema de condução fica provisoriamente alterado e é necessário ajudá-lo.

Não se preocupe com todo esse aparato. Tudo isso é necessário para controlar rigorosamente o seu filho e será retirado a pouco e pouco.

Durante as primeiras horas ou dias ele estará sedado e analgesiado de forma que não sente dores.

A pouco e pouco o seu filho recupera. Começará a respirar sozinho, inicia a alimentação, a qual é líquida de início, e começará a realizar todas as funções sozinho. Os tubos vão ser progressivamente retirados e ele será transferido primeiro para uma Unidade de Cuidados Intermédios e mais tarde para a Enfermaria. O tempo de recuperação depende muito da idade da criança e do tipo de cirurgia.

Não se preocupe se vir outras crianças a recuperarem, mais rapidamente que o seu filho. É natural que ele sinta algumas dores e se sinta desconfortável durante esse tempo, mas o pior já passou. Ajuda-o nessa fase e verá que ele rapidamente vai adquirir a alegria e energia que deseja. Habitualmente quando tem alta continuará a tomar alguns medicamentos em casa. Cumpre as indicações do Cardiologista Pediátrico e do Cirurgião rigorosamente. Eles vão observar o seu filho posteriormente e se tudo estiver bem, continuará a ser seguido na consulta pelo seu Cardiologista Pediátrico.

Pais: A maioria dos casais que esperam um filho vive esse futuro com grande alegria e expectativa, faz planos agradáveis para o bebê. No entanto existe também a preocupação acerca de como será esse alguns pais é se o seu filho é "perfeitinho". Temos a tendência para não é saudável viver com ansiedade.

Quando nos dão a notícia de que o nosso filho tem uma doença cardíaca o choque é habitualmente brutal. Sentimos que o mundo nos caiu em cima e que somos as pessoas mais infelizes do mundo. Vários sentimentos podem surgir nessa altura e são perfeitamente normais:

Tristeza - É o sentimento mais comum, a infelicidade causada pela doença do filho. É natural e não deve ser escondida. Não sintamos vergonha de o dizer nem de chorar. É pior esconder as emoções pois tornam-se mais difíceis de suportar. Partilhe esse sentimento com a sua família. Vai-se sentir aliviado e readquirir a força necessária para enfrentar os problemas futuros.

Revolta - Por vezes a tristeza e frustração transformam-se em revolta e temos tendência para agredir as outras pessoas, particularmente aqueles que nos são mais queridos. Também é natural sentir isso. Mais uma vez, não esconda o que sente e partilhe isso com a sua família ou amigos.

Depressão - A vivência diária com a doença do seu filho traz vários momentos de ansiedade enquanto se espera o resultado de um exame, quando se ouve a opinião do médico, a espera da cirurgia, etc. É outros de alegria quando as coisas correm bem e os problemas se resolvem. Estes altos e baixos emocionais provocam fadiga e por vezes desespero e muitas vezes causam depressão que é uma forma da nossa mente se proteger desse cansaço. Fale com o pessoal que trata o seu filho. Fale com outros pais de crianças cardíacas. O partilhar das vossas experiências vai ajudá-lo a superar esses tempos difíceis.

Culpa - Como vimos na grande maioria dos casos não é possível saber qual é a causa de determinada malformação cardíaca de uma criança. Por vezes os pais têm dificuldade em aceitar o facto de terem um filho doente e procuram desesperadamente saber porque é que isso aconteceu. Relembrem o tempo de gravidez, os medicamentos que a mãe tomou, as doenças que teve, os casos de doença familiar, etc. A culpa da doença do seu filho não é sua, não é do pai, não é da família, não é de ninguém. Pura e simplesmente aconteceu. Não têm de se sentir culpados por isso nem procurar causas. Aceite o facto. Não se sabe porque estas coisas acontecem, nem é possível evitá-las.

De notar que a vivência com uma criança cardíaca supõe uma carga muito grande, tanto em termos emocionais, como económicas, como em tempo para consultas, internamento, etc. Por vezes existe a tendência de os pais se empenharem muito no trabalho, procurando melhorar os rendimentos familiares, tentando não pensar na situação, etc., deixando à mãe o cuidado de acompanhar o filho nas diversas fases da doença.

No entanto a situação é difícil de aguentar sozinho e os pais devem saber compreender as dificuldades e os sentimentos um do outro e ajudarem-se mutuamente em cada momento.

É importante que seja o casal conjuntamente a enfrentar a situação, apoiando-se em cada momento e partilhando as dificuldades. Por vezes os homens não gostam de manifestar o que sentem, escondendo os seus receios e preocupações sob uma capa de frieza ou agressividade. Não faça isso. Sentir-se-á melhor se acompanhar o seu filho e a sua esposa ao Hospital, se falar directamente com os médicos, se estiver a par da situação em cada momento.

O egoísmo de um dos pais em situações de dificuldade põe muitas vezes o casamento em risco e muitos casais se têm desfeito pelo alheamento de um deles das dificuldades do outro. O vosso filho necessita da compreensão e do amor de ambos os pais.

Criança: Se o seu filho tem idade suficiente quando é feito o diagnóstico da doença cardíaca, põe-se muitas vezes o problema de lhe dizer a verdade ou não e como a aceitará. As crianças pequenas vão-se habituando ao contacto regular com o médico e o Hospital e portanto vão-se apercebendo sozinhas de que têm qualquer coisa

diferente dos outros. Em geral aceitam bem, e à medida que vão crescendo é possível ir-lhes explicando a situação, cada vez com mais detalhes.

Em crianças maiores os problemas costumam surgir naqueles casos em que as crianças se sentem bem, mas lhes são impostas limitações à sua actividade física. Eles não entendem por que não podem correr como os seus colegas da escola. Tente explicar-lhe lentamente, com calma e sem angústia. Verá que o seu filho o compreenderá muito bem e colaborará. Não esconda a verdade, mas não a dramatize. Não se esqueça de que as crianças captam facilmente as emoções dos pais. Transmita-lhe calma e confiança.

Irmãos: Por vezes os irmãos das crianças cardíacas têm dificuldade em entender e aceitar que elas sejam objecto de maior atenção da parte dos familiares e amigos. É natural que sintam um certo ressentimento e é importante explicar-lhes por que é que isso acontece. Os irmãos mais velhos podem-se sentir responsáveis pela doença do irmão devido aos ciúmes normais que as crianças sentem pelo irmão mais novo. Podemos pedir-lhes que ajudem em tarefas simples, como o banho e alimentação do bebé, de forma a que eles se sintam integrados no problema familiar e que tenham menos ansiedade. Crianças maiores devem ser informadas do problema do irmão ou irmã para que possam aceitar os momentos em que os pais não estão com eles devido a internamentos, cirurgia, etc.

Outros: A maioria dos seus familiares, amigos e colegas de trabalho terão muitas dificuldades em compreender os seus problemas como pais de uma criança cardíaca. Em geral, nem sabem que isso pode existir, ou têm a noção de que uma cardiopatia congénita é fatal na infância. Haverá pessoas que reagem não dando importância e demonstrando indiferença quer porque se defendem das "desgraças" dos outros dessa forma, quer por egoísmo, e outros que reagirão com pena e demasiada solicitude e estarão sempre interessados em notícias do seu filho. Estas são as pessoas que têm apetência pelas novidades e a sua solicitude é apenas para terem motivo de conversa. Evite estas últimas. Saiba que está muito mais informado que 90% das pessoas e que portanto não tem de receber conselhos de ninguém. Encontrará por outro lado verdadeiros amigos, disponíveis, compreensivos e leais

com quem poderá desabafar e aconselhar-se. Contacte com outros pais de crianças cardíacas. Verá que o seu drama não é único e que encontrará em si forças que não pensava que tinha.

Alimentação

Em geral as crianças com cardiopatia congénita devem ser alimentadas exactamente da mesma forma que outra criança qualquer da mesma idade.

Durante os primeiros meses é sempre preferível a alimentação ao peito pois o leite de mãe tem a composição exacta de que a criança necessita e apresenta muitas vantagens adicionais em relação aos leites industriais.

No entanto algumas crianças começam a ter algumas dificuldades em alimentar-se logo no primeiro mês de vida. Têm cansaço e falta de ar com as mamadas e demoram muito em cada refeição. Poderá ser necessário nesses casos dar mais refeições durante o dia, com quantidades mais pequenas de leite. Por vezes é mesmo necessário suspender a alimentação oral e alimentá-la através de uma sonda nasogástrica. Em situações críticas é-se mesmo obrigado a suspender toda a alimentação. Não se preocupe. Verá que à medida que o seu filho melhora ele vai progressivamente receber alimentação em quantidades cada vez maiores.

Todos estes problemas fazem com que as crianças ganhem menos peso do que deveriam. Já sabe que recuperarão após a correcção da sua doença.

Por vezes é útil espessar o leite com uma papa pois facilita a sucção. Outras vezes é preferível, em crianças maiores, dar o leite à colher, quando se cansam muito com o biberão, ou começar com as papas lácteas mais cedo.

É necessária muita paciência e tempo para conseguir alimentar convenientemente estes doentes e ninguém melhor que uma mãe é capaz de lidar com isso.

Por volta dos 4/5 meses, começando com as refeições à colher, a criança começa a tolerar melhor e verá que gradualmente ela adquire um ritmo normal de refeições.

É importante que se siga uma dieta equilibrada. As crianças mais pequenas necessitam gorduras para o crescimento e suplementos

de vitaminas. Em crianças maiores e adolescentes é importante evitar excessos de gorduras animais, excesso de sal e açúcar.

Uma dieta ideal deve ser constituída por pão, vegetais, fruta, peixe, carne magra e gorduras poli-insaturadas.

A obesidade nas crianças e adolescentes, impõe uma carga maior ao coração o que é inconveniente. Igualmente com a obesidade há uma maior tendência para a hipertensão arterial. Tente manter o peso adequado à sua idade, sexo e altura.

Crescimento

As crianças portadoras de uma cardiopatia congénita podem ter um crescimento normal. Como dissemos, muitas vezes estas doenças são silenciosas e são descobertas por acaso, não tendo os pais notado nada de anormal até essa data.

Outras doenças mais graves acompanham-se de um atraso de crescimento físico devido a vários factores, como o maior gasto energético, a menor tolerância alimentar, infecções repetidas, etc. Deverá contar com isso e pensar que após a correcção da sua doença, o seu filho recuperará na totalidade, ou quase, o atraso que tem. Habitualmente o desenvolvimento motor e intelectual é normal e, se não existirem complicações, estas crianças atingem um nível escolar semelhante ou até superior ao das outras crianças.

Infelizmente, por vezes a cardiopatia está associada a outras doenças genéticas, como a Trissomia 21. Nestes casos o crescimento e o desenvolvimento psicomotor estão comprometidos pela doença genética e não pela cardiopatia.

Educação

Excepto em casos muito particulares não existe qualquer motivo que o impeça de educar convenientemente o seu filho. A educação consiste fundamentalmente em preparar a criança para a vida em sociedade, ensinando-lhe normas de conduta e proibindo comportamentos menos aceitáveis.

Habitualmente os pais de crianças cardíacas são mais tolerantes com elas, por medo de que chorém ou que tenham algum "ataque". Este procedimento é prejudicial pois estas crianças tomam-

se egoístas e egocêntricas, acatando com dificuldade qualquer imposição à sua vontade. Não tenha medo de educar adequadamente o seu filho. Dê-lhe o carinho de que ele necessita, mas não muito em excesso.

Escola

Os problemas que a criança cardíaca enfrentará na escola dependem da gravidade e da natureza da doença. Nos casos leves ou corrigidos, e em que não existem limitações, os professores ou educadores devem ser claramente informados, de preferência com relatório escrito pelo Cardiologista Pediátrico, para que não tenham receio e não segreguem a criança.

Nos casos das crianças com problemas mais graves deve igualmente ser exposta a situação, alertando para a necessidade de a proteger de contactos com colegas doentes, de tempo frio e húmido e de brincadeiras muito violentas. Será possível, por exemplo, dar ao doente tarefas mais leves e brincadeiras dentro da sala em vez do recreio, responsabilizá-la por material escolar ou por colegas mais novos, etc. De qualquer forma, é desejável integrar o mais breve possível a criança no ambiente escolar para que ela não se sinta diferente e não seja segregada.

Certos casos mais complicados, em particular crianças com deficiências motoras ou mentais, podem necessitar de ajuda suplementar o que pode ser feito em escolas de ensino especial ou com professores treinados e vocacionados.

Actividade Física e Desporto

Este é um dos temas que mais preocupa os pais: se a criança pode desenvolver a actividade física normal para a sua idade ou se tem de limitar o seu esforço.

Na grande maioria das situações não é necessária qualquer limitação. As crianças com cardiopatias mais leves têm uma actividade precisamente igual à das outras crianças. As crianças com cardiopatias mais severas habitualmente sentem elas próprias que não conseguem acompanhar os seus colegas nas brincadeiras habituais. Geralmente têm consciência desse facto e fazem apenas aquilo de que

são capazes. Alguns doentes poderão sentir frustração por essa limitação e será convenientemente motivá-los para actividades menos violentas e criar-lhes motivos de interesse compatíveis com a sua doença.

O nível de actividade que podem desenvolver depende da sua doença e estado clínico.

Existem tabelas para ajudar a escolher o desporto mais indicado para cada doente.

No capítulo 14 encontrará uma classificação dos desportos de acordo com a carga dinâmica e a carga estática de cada um. Cada desporto é incluído num grupo que corresponde a um determinado nível de exigência. Crianças com doenças leves poderão praticar todos os desportos, de todos os grupos, incluindo o mais exigente (III-C). As crianças com doenças mais graves ou com situações clínicas mais descompensadas apenas poderão praticar desportos do grupo mais leve (I-A). O seu Cardiologista Pediátrico saberá informá-lo do nível de desporto que a situação clínica do seu filho permite.

Trabalho

A maioria dos doentes com cardiopatias congénitas podem exercer qualquer profissão. No entanto, a maioria das empresas e serviços têm muita relutância em contratar pessoas com problemas cardíacos, mesmo que triviais ou completamente corrigidos. É necessário um grande trabalho de esclarecimento e apoio das estruturas médicas e sociais para superar essa dificuldade.

Não se recomendam trabalhos manuais pesados para doentes com diminuição crónica da função cardíaca.

Será conveniente encorajar estas crianças a estudar e a atingir um grau académico elevado para conseguirem empregos menos exigentes em termos físicos o que como sabemos não é difícil pois a maioria deles não têm qualquer limitação intelectual.

Infecções

As crianças cardíacas devem cumprir o calendário vacinal recomendado a todas as crianças e para elas é mais importante ainda a prevenção dessas doenças infecciosas. Existem actualmente vacinas

especiais não obrigatórias (hepatite B, hemophilus, pneumococcus, meningite C, gripe etc.) que deverão igualmente ser aplicadas. As vacinas com agentes vivos atenuados não devem ser dadas a crianças sujeitas a imunossupressão como em transplantados cardíacos ou cardiopulmonares ou em tratamento de miocardites.

As crianças com má higiene bucal e caries têm habitualmente passagem de micróbios para o sangue com os actos normais de mastigação. Recomenda-se vivamente um cuidado higiénico dental muito severo, bem como o uso de fluor e consultas regulares no dentista.

Qualquer infecção numa criança cardíaca deve ser tratada como em crianças normais. É importante que as crianças com cianose bebam muita água se tiverem febre, devido aos perigos da desidratação nestes casos. Recorram sempre ao médico assistente se os sintomas forem preocupantes. É importante referir que muitas cardiopatias congénitas obrigam a fazer a **Profilaxia da Endocardite Bacteriana**, ou seja dar antibióticos adequados sempre que vá efectuar qualquer tipo de cirurgia dita "suja", em que haja hipótese de libertação de micróbios perigosos no sangue da criança, como as operações ao apêndice, adenóides, ouvidos, etc. É igualmente fundamental efectuar profilaxia sempre que for sujeito a qualquer tratamento dentário agressivo, ou procedimento diagnóstico invasivo.

No capítulo 13 encontrará as orientações adequadas para efectuar essa profilaxia, atendendo à situação especial de cada criança e ao tipo de procedimento a efectuar.

Vida social

As crianças com doenças cardíacas podem, na grande maioria dos casos, levar uma vida social perfeitamente normal, podendo realizar qualquer das actividades comuns na sociedade onde estão integrados. Existem hábitos sociais que são nocivos a toda a gente e que podem constituir um risco acrescido para uma criança cardíaca:

Ingestão de álcool: O consumo de álcool não tem nenhuma vantagem em nenhuma circunstância e o seu excesso está ligado a problemas emocionais e de comportamento e é causa frequente de atitudes violentas ou acidentes. O doente cardíaco não é diferente

neste aspecto. A ingestão de pequenas quantidades de álcool poderá ser tolerada mas não encorajada.

Fumar: Os fumadores estão sujeitos a um risco muito mais elevado que a população em geral de desenvolverem problemas respiratórios, vários tipos de cancro e estreitamento das coronárias e outras artérias terminais que provocam acidentes cardíacos ou vasculares. Deve ser, portanto, recomendado à criança cardíaca, da mesma forma que a outra criança qualquer, que não adquira o hábito de fumar.

Viagens e férias: A maioria das crianças cardíacas tolera perfeitamente viagens de avião e mudança de ambiente climático ou de altitude como qualquer criança normal. No entanto, evite exposições demoradas ao sol, calor excessivo, frio excessivo e desidratação, especialmente em doentes com cianose. Certas doenças impõem riscos aumentados com a exposição a altitudes elevadas. Embora os aviões sejam pressurizados, essa pressurização equivale a uma altitude de 1500 metros. Informe-se com o seu médico pois as companhias de aviação poderão e deverão disponibilizar cadeiras de rodas e oxigénio para esses casos especiais.

Condução: Na grande maioria das situações não existe qualquer problema em obter a carta de condução e em conduzir um veículo ligeiro. Exceptuam-se os casos em que há risco de colapso ou morte súbita, que são raros. Aos portadores de "pacemakers" não é permitida a condução de veículos pesados.

Seguros: A grande maioria das Companhias de Seguros, senão todas, recusam fazer seguros de vida ou de saúde a pessoas portadoras de cardiopatias. Algumas aceitam fazer os seguros mas excluindo especificamente a doença cardíaca e outras ainda exigem agravamentos significativos nos prémios pagos. Isto resulta da falta de informação e da aplicação cega de tabelas e critérios há muito desactualizados. Este assunto pode ser importante porque, por exemplo, não permite o recurso a crédito na compra de habitação. Esperamos que esta posição mude com esclarecimento adequado. Outro tipo de seguros normalmente não constituem problema.

Vida sexual / Casamento / Filhos

Praticamente todos os portadores de cardiopatia congénita podem levar uma vida sexual normal, casar e constituir uma família. Doentes com alterações da circulação ou com insuficiência cardíaca podem constituir excepção. O uso de contraceptivos orais está contra-indicado em doentes com cianose intensa, hipertensão arterial ou hipertensão pulmonar. O uso de aparelhos intra-uterinos obriga à profilaxia de endocardite bacteriana. Aconselhe-se precocemente com o seu médico.

A gravidez é geralmente bem tolerada se a doente está assintomática. No entanto, é necessária vigilância regular e repouso suplementar, particularmente nos últimos meses. O parto deverá ser sempre no Hospital e acompanhado pelo seu médico assistente e, em certos casos, pelo seu cardiologista. Doentes com cianose grave têm uma tendência maior a abortamentos espontâneos. Desaconselha-se fortemente a gravidez em doentes com hipertensão pulmonar. Também necessitam vigilância particular as doentes com estenose mitral.

O risco de que qualquer criança nasça com um problema cardíaco congénito é de cerca de 1% como referimos anteriormente. Se já existe na família uma criança cardíaca, então o risco eleva-se para 3%. Se já há duas crianças cardíacas, o risco é de cerca de 10% e de cerca de 25% se há três crianças anteriores afectadas. Geralmente isto significa haver um componente genético e o tipo de doença costuma ser semelhante em todos os irmãos.

Actualmente é possível o rastreio pré-natal de múltiplas anomalias do feto, incluindo as cardiopatias congénitas. O estudo detalhado do coração fetal - a **ecocardiografia fetal** - é um exame delicado e minucioso e deve ser feito apenas por Cardiologistas Pediátricos experientes. Recomenda-se a todas as grávidas de risco e pode ser executado a partir das 16-18 semanas embora seja preferível a partir das 23 semanas. A decisão de saber ou não com antecedência se o bebé terá uma doença cardíaca é exclusivamente dos pais. Evidentemente que é reconfortante saber que não existe qualquer cardiopatia no futuro bebé, mas se qualquer problema é detectado, levantam-se questões éticas difíceis que deverão ser resolvidas em

conjunto pelos pais, pelo obstetra e pelo cardiologista. De qualquer forma, a detecção na gravidez de uma patologia cardíaca no feto permite um atendimento mais rápido e mais eficaz ao recém-nascido, o que pode ser muito importante para o sucesso do tratamento e algumas delas, como as arritmias, podem ser tratadas durante a gravidez pelo que é fundamental o seu rastreio e orientação adequados.

10 - ALGUMAS DOENÇAS CARDÍACAS MAIS COMUNS

Este capítulo está simplificado dado não ser possível explicar em pormenor todas as malformações cardíacas congénitas. É habitual um doente ter associadas várias lesões e a importância de cada uma delas modifica completamente a expressão clínica. Cada doente é um caso diferente e apenas o seu Cardiologista lhe poderá explicar em detalhe a situação do seu filho.

De qualquer forma poderá ter uma ideia das diferentes doenças cardíacas (veja o capítulo 4 e compare os esquemas)

Comunicação Interventricular (CIV)

A CIV é um orifício na parede (septos) que separa os dois ventrículos. Como a pressão no ventrículo esquerdo é maior que a do ventrículo direito, passa sangue oxigenado para o lado direito e daí para os pulmões, produzindo um sopro característico. A importância da CIV depende do seu tamanho e da sua localização.



CIV's pequenas não produzem qualquer problema e a criança anda bem, sem sintomas. A maioria encontra espontaneamente e as que persistem são bem toleradas a vida toda. No entanto, se se localizam perto da válvula aórtica, podem com o tempo provocar obstrução à saída do ventrículo esquerdo ou regurgitação da válvula aórtica, que são lesões mais complicadas. É por isso que é necessário vigiar estas crianças,

CIV's de tamanho moderado ou grande fazem com que passe muito sangue para os pulmões o que pode provocar insuficiência cardíaca com todos os seus sinais (cansaço com as refeições e esforços, falta de ar, sudorese aumentada, atraso ponderal e infeções

respiratórias repetidas), que habitualmente melhoram a partir do 6º mês de vida. A cirurgia correctiva faz-se às crianças que dela necessitam, ou seja, quando a CIV é demasiado grande e não diminui com o tempo, provocando sobrecarga no coração e não diminui consiste em encerrar a CIV com um pequeno remendo, o "patch". Deve ser efectuada na idade indicada pelo Cardiologista e que é variável com a experiência de cada Centro. Em alguns doentes é necessário intervir muito cedo e podem não estar em condições de suportar a cirurgia correctiva, em particular quando existem mais de uma CIV. Nesses casos realiza-se uma operação paliativa, ou seja, para melhorar e não para curar o doente, que consiste em provocar um estrangulamento na artéria pulmonar e assim diminuir a quantidade de sangue que chega aos pulmões (**Banding da Artéria Pulmonar**).

Comunicação Inter-auricular (CIA)

A CIA consiste na existência de uma comunicação no septo que separa as duas aurículas. Como vimos anteriormente, isto é normal na vida fetal devido à diferença na circulação, mas esse orifício, que é normal no feto, deve encerrar espontaneamente durante os primeiros meses de vida.

Há vários tipos de CIA, conforme o local onde exista o buraco. Os mais frequentes são na parte central do septo, onde existe o foramen oval, (CIAs tipo "ostium secundum") mas podem ser junto à entrada das veias cavas superior ou inferior, ou na parte baixa do septo, junto às válvulas mitral e tricúspide. Estes últimos são as chamadas CIAs tipo "ostium primum" e estão habitualmente associados a um defeito na válvula mitral que permite a regurgitação através dessa válvula.

Outra doença particular que é muito semelhante à CIA é o chamada **Retorno Venoso Pulmonar Anómalo Parcial (RVPA)**, que acontece quando uma ou várias veias pulmonares (mas não todas) entram na aurícula direita em vez de entrar na aurícula esquerda. Tanto neste caso como nas várias formas de CIA o efeito é o mesmo: há passagem de sangue da aurícula esquerda para a aurícula direita o qual vai passar ao ventrículo direito e aos pulmões, dilatando estas cavidades.

Normalmente estas crianças passam muito bem, sem qualquer sintoma e a doença pode passar despercebida muito tempo, pois o sopro que se encontra parece um sopro inocente.

Quando a CIA é de tamanho moderado ou grande, as crianças podem ter infecções respiratórias repetidas e dificuldade em ganhar peso. Se a doença não é corrigida as cavidades direitas vão ser sujeitas a um trabalho excessivo durante anos e habitualmente entram em falência na meia idade. É por isso que é conveniente operar estes doentes, de forma electiva, na idade pré-escolar. A operação consiste em encerrar o buraco nas formas simples e corrigir o defeito da válvula mitral nas CIAs tipo "ostium primum". É uma cirurgia simples, praticamente sem complicações e a criança fica completamente bem.

As CIAs tipo ostium secundum podem, em doentes seleccionados, ser encerradas por meio de cateterismo terapêutico, que é o procedimento de primeira escolha na actualidade. Nesta intervenção o orifício é encerrado com um dispositivo apropriado que é introduzido no coração através de cateteres, apenas com uma pequena punção na virilha, não deixando, portanto, cicatrizes. Esta técnica tem-se aperfeiçoado nos últimos anos, com o desenvolvimento de dispositivos mais eficazes e seguros, devendo ser cada vez mais escolhida para o tratamento destes doentes, se não houver contra-indicações. (ver capítulo 5).

Persistência do Canal Arterial (PCA)

Como o nome indica é a persistência na vida extra-uterina do Canal Arterial que, na vida fetal, liga a artéria aorta e a artéria pulmonar. Como a pressão na aorta é muito superior à da artéria pulmonar passa sangue com alta velocidade da aorta para os pulmões. Se o Canal Arterial é pequeno, a criança está assintomática e apenas o sopro cardíaco permite detectar a doença. Se é grande, desenvolve-se insuficiência cardíaca nos primeiros meses de vida, com cansaço, dificuldades na alimentação e em aumentar de peso.

Está quase sempre indicado o seu tratamento, exceto quando é muito pequeno (silencioso) quer por cateterismo de intervenção quer por cirurgia, pois mesmo quando o Canal Arterial é pequeno, existe o risco de infecção ou de ruptura. A cirurgia consiste em abrir a parte

esquerda do tórax e em laquear ou dividir o canal arterial. A criança fica completamente curada.

Actualmente o Canal Arterial pode ser encerrado através de cateterismo cardíaco, com resultados idênticos aos da técnica cirúrgica, sendo este o tratamento de primeira escolha em Centros com experiência nesta técnica.

Um caso especial é o Canal Arterial que se mantém aberto em recém-nascidos prematuros, o que pode provocar doença grave e necessita de tratamento urgente (com medicamentos ou cirurgia).

Coartação da Aorta (CoAo)

A Coartação da Aorta é um estreitamento da principal artéria do corpo - a artéria Aorta - quase sempre imediatamente após o arco aórtico, a seguir à saída da artéria que irriga o braço esquerdo. Pode estar associada a anomalias das válvulas aórtica e mitral. Esse aperto aumenta o esforço que o ventrículo esquerdo tem que realizar e provoca hipertensão arterial nos braços e na cabeça e hipotensão na parte inferior do corpo.

Quando a Coartação da Aorta é muito severa apresenta-se nos primeiros dias de vida com falta de ar e cansaço com as mamadas e agravamento muito rápido da situação do bebé, o qual pode morrer em poucas horas se não for tratado.

Quando a obstrução é mais leve habitualmente só é detectada mais tarde quando se encontra um sopro cardíaco ou hipertensão arterial.

A correcção é quase sempre necessária (excepto em casos muito leves) e consiste em alargar a zona estreita. Isso pode ser efectuado com várias técnicas, mas sempre sem tocar no coração. Em casos graves a operação é urgente, mas os resultados são melhores quando efectuada depois dos 3 meses de vida. Em determinados casos a coartação da aorta pode também ser tratada por cateterismo cardíaco, utilizando-se um cateter com balão para dilatar a porção apertada da artéria, com resultados satisfatórios, em centros com experiência nessa técnica.

É necessário vigilância permanente pois pode acontecer que essa zona volte a estreitar com o crescimento (Recoartação da Aorta) e ser necessária nova operação ou dilatação por meio de cateterismo.

Por vezes também acontece persistir a hipertensão arterial mesmo após a cirurgia, especialmente quando essa é efectuada em crianças mais velhas.

Estenose Aórtica (E.Ao)

A palavra *estenose* significa estreitamente ou apertado. A Estenose Aórtica é, portanto, um estreitamento da via de saída do ventrículo esquerdo para a Aorta. A forma mais comum é na válvula aórtica, mas pode ser antes da válvula (subvalvular) ou por cima da válvula, na própria artéria aorta (supravalvular). Qualquer destas formas vai obrigar o ventrículo esquerdo a desenvolver maior pressão para vencer a obstrução. A gravidade é muito variável existindo casos muito leves, em que não há praticamente qualquer problema e formas mais graves, que põem em risco a vida e que obrigam a cirurgia. Esta é uma doença traçoceira pois habitualmente as crianças só desenvolvem sintomas quando é muito grave. A doença tem tendência a agravar-se com o tempo e as crianças podem notar tenturas ou desmaios quando fazem esforços. Casos raros, não tratados, podem-se apresentar com morte súbita durante o esforço e por isso estes doentes devem evitar os desportos e particularmente a competição. É por isso que é necessária uma vigilância constante, mesmo que a criança esteja assintomática. A operação consiste em aliviar o estreitamento, o que, se este for localizado na válvula, é muito difícil de conseguir completamente pois essas válvulas são espessadas e malformadas. Muitas vezes é necessário implantar uma válvula artificial o que é sempre preferível após os 15 anos, e por vezes alargar o anel valvular através de secções do lado do septo e do lado da válvula mitral (*operação de Konno*). Em alguns casos especiais pode ser necessário efectuar a chamada *operação de Ross*, que consiste em retirar a válvula aórtica, substituí-la pela válvula pulmonar do doente e colocar um homoinxerto no lugar da válvula pulmonar. A estenose aórtica também pode ser tratada por cateterismo, utilizando-se a técnica de dilatação da válvula com catéter de balão. No entanto, esta técnica não pode ser executada em todos os casos e nem sempre os seus resultados são satisfatórios.

Recentemente desenvolveu-se um dispositivo para substituir a válvula Aórtica por meio de cateterismo mas ainda não tem indicação formal nem existe experiência em crianças.

Estenose Pulmonar (E P)

É um estreitamento da saída do ventrículo direito, quase sempre na válvula pulmonar, havendo casos raros em que o estreitamento se localiza na artéria pulmonar principal ou nos seus ramos.

Como na estenose aórtica, este aperto vai obrigar o ventrículo (direito) a aumentar a sua pressão e a engrossar. Há formas leves que são bem toleradas durante muito tempo e formas muito severas, que obrigam a cirurgia nos primeiros tempos de vida. As formas leves ou moderadas habitualmente não provocam sintomas e não necessitam de tratamento. Em certas formas moderadas ou nas severas de Estenose Pulmonar valvular o tratamento preferido actualmente e que dá excelentes resultados é a dilatação da válvula com um balão por meio de cateterismo cardíaco, procedimento que se efectua por rotina, praticamente sem riscos e em todos os grupos etários.

Atrésia Pulmonar com Septo IV Intacto (AP+SI)

Quando o aperto na saída do ventrículo direito para a artéria pulmonar é extremamente severo, essa saída fica completamente ocluída - aquilo a que chamamos Atrésia Pulmonar. Nesses casos, o lado direito do coração não se desenvolve bem na vida fetal e os bebés nascem com o ventrículo direito muito pequeno, bem como as artérias pulmonares, as quais costumam ser muito estreitas, sendo a única fonte de sangue para os pulmões através do canal arterial. É uma situação muito grave que se torna evidente imediatamente após o nascimento e o tratamento é sempre cirúrgico.

A atitude cirúrgica depende do tamanho do ventrículo direito, que costuma ser muito pequeno, embora por vezes seja de tamanho normal. São casos que obrigam a mais de uma cirurgia para conseguir que o sangue chegue aos pulmões e por vezes a correcção tem de ser efectuada como se existisse só um ventrículo.

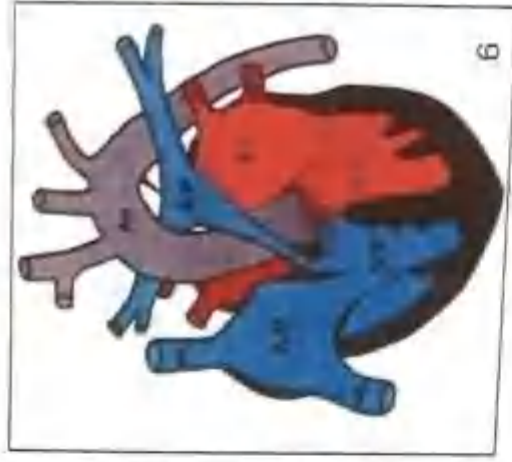
Tetralogia de Fallot (T F)

Nesta doença há uma combinação de lesões que provocam uma situação especial: existe um CIV, uma estenose da saída do ventrículo direito, com artérias pulmonares pequenas e a artéria Aorta é grande e está a cavalo em cima da CIV e, portanto, ligada aos dois ventrículos. Existem formas leves em que o aperto na saída do ventrículo direito é pequeno e formas severas, em que esse aperto é muito importante, podendo haver vários graus intermédios.

Como a artéria Aorta está relacionada com os dois ventrículos, o sangue pobre em oxigénio do ventrículo direito tem duas saídas - a Artéria Pulmonar e a Aorta. Quanto maior for a estenose pulmonar, mais sangue passa do ventrículo direito para o corpo através da Aorta e, portanto, a criança tem cianose mais ou menos intensa. Pode-se apresentar no período neo-natal em formas muito severas ou, por um sopro cardíaco em crianças mais velhas, com estenoses pulmonares leves.

Em ambos os casos a doença vai progredindo e a cianose aumenta podendo acontecer crises anóxicas e a posição de cócoras atrás descritas. Todas essas crianças devem ser operadas e é possível, na maioria dos casos, a correcção completa. Se a cianose é muito intensa em crianças pequenas, pode-se ter necessidade de efectuar uma ou mais operações paliativas prévias para aumentar a quantidade de sangue que chega aos pulmões através de uma anastomose (conexão) entre uma artéria sistémica e as artérias pulmonares (**Anastomose Sistémico-Pulmonar**).

Estas crianças precisam de ser sempre acompanhadas pois com o crescimento podem aparecer complicações, sendo a mais frequente a regurgitação pulmonar, a qual pode ser tão severa que



obrigue a substituir a válvula pulmonar, geralmente no fim da adolescência ou princípio da idade adulta.

Atualmente, em casos particulares, é possível substituir essa válvula por meio de cateterismo terapêutico, com bons resultados.

Os casos mais graves de Tetralogia de Fallot necessitam muitas vezes correções adicionais pois com o tempo podem agravar-se estenoses residuais das artérias pulmonares, que precisam ser aliviadas.

Atrésia Pulmonar com CIV (AP+CIV)

Esta doença é a forma extrema da Tetralogia de Fallot em que há uma oclusão total da saída do ventrículo direito para as artérias pulmonares. Então, todo o sangue do ventrículo direito passa para a Aorta de forma que a cianose é quase sempre muito intensa. O ventrículo tem um bom tamanho, ao contrário do que acontece na Atrésia Pulmonar com Septo Interventricular Intacto de forma que a possibilidade de correção depende das artérias pulmonares. Em certas crianças estas não existem e em outras são extremamente pequenas, impossibilitando a correção. Habitualmente há vasos anormais (colaterais sistêmico-pulmonares) que ligam a Artéria Aorta aos pulmões e que mantêm a criança viva. Geralmente é necessário efectuar uma ou várias anastomoses sistêmico-pulmonares antes de tentar a correção completa que se consegue colocando um tubo ou um homoenxerto entre o ventrículo direito e as artérias pulmonares.

Em casos mais complexos, em que as artérias pulmonares periféricas (dentro do pulmão) têm estenoses localizadas, por vezes em vários locais, pode ser necessário alargá-las por meio de cateterismo cardíaco de intervenção, o que se consegue dilatando com um balão as zonas estreitas e deixando ficar nesse local uma pequena malha metálica rígida chamada "stent" para manter o diâmetro pretendido da artéria.

Alguns casos, nos quais os pulmões recebem sangue de várias fontes distintas (artérias colaterais provenientes da aorta), podem necessitar de cirurgias de preparação antes da correção definitiva, as chamadas cirurgias de unifocalização, de modo a que depois o sangue pulmonar provenha todo do ventrículo direito.

Também por vezes é necessário ocluir artérias colaterais que, por serem muito volumosas, debitam muito sangue para os pulmões, o que se consegue por meio de cateterismo cardíaco, embolizando para essas artérias um pequeno dispositivo que as vai obstruir, o chamado "coil".

Atrésia da Tricúspide (AT)

Nesta doença a Válvula Tricúspide está completamente ocluída de forma que o sangue que chega pelas veias cavas tem de passar da aurícula direita para a aurícula esquerda antes de chegar aos ventrículos. O ventrículo direito é muito pequeno e não é aproveitável para fazer uma correção completa. Os sinais que estas crianças apresentam dependem das lesões associadas. Assim tem de existir uma CIA para passar o sangue da Aurícula direita para a Aurícula esquerda e se não há tem de se fazer um Cateterismo urgente para fazer essa passagem - a chamada **Atrioseptostomia com balão** ou procedimento de **Rashkind**.

Depois, o sangue, para chegar ao ventrículo direito, tem de ir pelo ventrículo esquerdo e daí para o ventrículo direito através de uma CIV que pode ser pequena e neste caso temos uma estenose que será Pulmonar se as artérias tiverem relação normal ou Aórtica se estiverem trocadas. Habitualmente estas crianças têm cianose muito intensa e necessitam efectuar anastomose sistêmico pulmonar. A correção é feita numa idade mais avançada através de uma operação delicada em que se ligam directamente as veias cavas à artéria pulmonar (**Operação de Fontan** ou **Anastomose Cavo-Pulmonar Total**). Esta cirurgia costuma dar bons resultados se a criança está em boas



condições, mas habitualmente ficam com a pressão nas veias elevada o que pode dar problemas nos meses imediatos.

Actualmente prefere-se efectuar esta cirurgia em duas etapas, cirurgia preparatória na qual se une a veia cava superior à artéria pulmonar (**Operação de Glenn**) e posteriormente a cirurgia definitiva, conectando também a veia cava inferior à artéria pulmonar.

Ventriculo Único ou Coração Univentricular (VU)

Esta doença pode ter várias formas sendo uma delas a Atrésia Mitral com consequências parecidas ou então uma situação em que as duas válvulas auriculoventriculares entram no mesmo ventrículo, geralmente o esquerdo, sendo o outro ventrículo uma câmara rudimentar. As artérias Pulmonar e Aorta podem sair ambas do Ventriculo único, ambas da câmara rudimentar ou uma de cada câmara. Os sinais que a criança apresenta dependem destas variantes e se há ou não estenose Pulmonar ou Aórtica. Alguns doentes têm formas equilibradas e passam razoavelmente, com alguma falta de ar e cansaço e algumas com cianose.

Podem necessitar de cirurgia paliativa (Anastomose Sistémico Pulmonar se têm muita cianose ou Banding da Artéria Pulmonar se têm insuficiência cardíaca) nos primeiros meses de vida. A cirurgia definitiva, quando possível, é feita com a operação de Fontan ou em duas fases, com foi descrito anteriormente. Se existir estreitamento severo da saída para a Aorta, seja a nível da válvula ou a nível subvalvular pode ser necessário transformar a saída pulmonar em saída sistémica,



8

conectando a válvula pulmonar à Aorta, procedendo depois como se existisse uma estenose pulmonar (**Operação de Damus-Kaye-Stansel**)

Transposição das Grandes Artérias (TGA)

Nesta doença existe uma troca das grandes artérias de forma que a Aorta sai do ventrículo direito e a Artéria Pulmonar sai do ventrículo esquerdo. Esta situação faz com que o sangue oxigenado que vem dos pulmões vá novamente aos pulmões e não ao corpo o qual por sua vez recebe novamente o sangue pobre em oxigénio que chegou ao coração pelas veias cavas. Para a criança sobreviver é necessário criar uma comunicação entre as duas circulações o que se faz através de um cateterismo cardíaco urgente, ao romper, com um balão, o septo interauricular - atrioseptostomia com balão ou procedimento de Rashkind.

Estes doentes apresentam-se nos primeiros dias de vida com falta de ar e cianose intensa. Lesões associadas, como a CIV, a Estenose Pulmonar ou o Canal Arterial podem a princípio disfarçar os sintomas, mas complicar a correcção cirúrgica.

Esta realiza-se trocando as artérias no período neo-natal (**Switch Arterial** ou **Operação de Jatène**), geralmente com excelente resultado, ficando a criança curada sem praticamente lesões residuais. No entanto é uma cirurgia de alto risco e necessita de condições ideais para a sua realização, devendo ser efectuada em Centros com experiência suficiente. Quando esta cirurgia não é possível, habitualmente devido às lesões associadas que a criança tem, a correcção é efectuada por volta dos 6 a 9 meses de vida trocando a drenagem do sangue nas aurículas (**Operação de Senning** ou **de Mustard**), atualmente quase abandonadas. Habitualmente, após a cirurgia, as crianças passam bem, sem grandes



9

problemas, mas anos mais tarde podem ter arritmias severas ou falência do ventrículo direito.

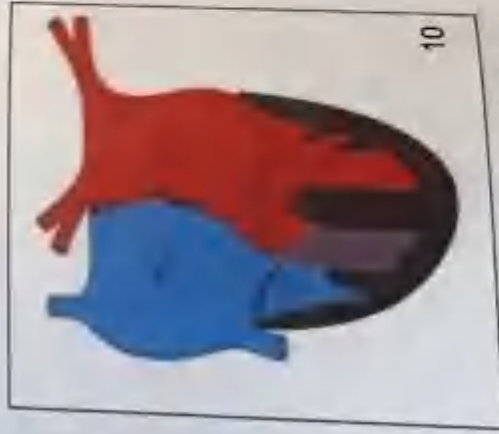
Defeito do Septo Aurículo-Ventricular Completo (DSAVC)

O defeito completo do septo Aurículoventricular ou Canal Aurículoventricular Completo é forma grave da doença anteriormente referida como CIA tipo "Ostium Primum" (ver atrás). Nesta doença o que acontece é que as válvulas aurículo-ventriculares (mitral e tricúspide) não se dividiram, ficando uma válvula única que comunica as duas aurículas com os dois ventrículos. Existem, portanto, uma CIA e uma CIV grandes que permitem comunicação livre do sangue de um ventrículo para o outro e a válvula aurículo-ventricular comum é malformada e habitualmente permite regurgitação mais ou menos severa de sangue para as aurículas. Estes doentes habitualmente ficam sintomáticos nos primeiros meses de vida com cansaço, falta de ar e pouco aumento de peso. É necessário efectuar correcção cirúrgica precocemente para que não apareça hipertensão pulmonar irreversível. A cirurgia consiste no encerramento das comunicações e na divisão da válvula comum em duas válvulas separadas. Quase sempre fica uma regurgitação residual que deve ser controlada sendo por vezes necessário substituir a válvula mitral mais tarde.

É a doença cardíaca mais comum em crianças com o Síndrome de Down (Trissomia 21).

Dupla Saída do Ventrículo Direito (DSVD)

Nesta doença existe uma porção de músculo anormal que separa a válvula mitral da válvula aórtica, obrigando a aorta a deslocar-se para a frente e para a direita de forma que fica ligada ao ventrículo direito. Assim, tem de existir uma



10

CIV, a qual constitui a única saída para o sangue que entra no ventrículo esquerdo. O ventrículo direito recebe então todo o sangue, que daí sai para as duas grandes artérias. Podem existir lesões associadas como TGA, CoAo, EP, etc. Estas crianças costumam apresentar insuficiência cardíaca muito precocemente, excepto se houver estenose pulmonar associada, comportando-se então como na Tetralogia de Fallot. A correcção completa é geralmente possível mas deve ser efectuada precocemente. Pode ser necessária uma cirurgia paliativa prévia - banding da artéria pulmonar (ou anastomose sistémico-pulmonar, se houver estenose pulmonar severa) em doentes muito pequenos ou sem condições para a correcção total.

Nesta doença a situação clínica pode-se modificar muito rapidamente nos primeiros meses ou anos de vida, com o crescimento, havendo doentes que andam equilibrados durante muito tempo e outros que desenvolvem doença vascular pulmonar muito precocemente.

Retorno Venoso Pulmonar Anómalo Total (RVPAT)

O nome desta doença significa que as veias pulmonares, encarregadas de trazer para a aurícula esquerda o sangue oxigenado proveniente dos pulmões, se conectam com a aurícula direita e não com a aurícula esquerda, quer directamente quer através de alguma das veias cavas. Existe, portanto, uma sobrecarga de volume muito grande no coração direito e o lado esquerdo é pequeno. A sobrevivência e a apresentação clínica dependem de existir uma comunicação interauricular grande ou não.

No primeiro caso a criança terá apenas algum cansaço e cianose, mas se existir obstrução então apresenta-se no recém-nascido com um quadro de dificuldade respiratória e encharcamento pulmonar graves que obrigam a cirurgia urgente.

A cirurgia, embora tecnicamente simples, pois consiste apenas em conectar as veias pulmonares com a aurícula esquerda, é de alto risco sempre que a aurícula e o ventrículo esquerdo sejam pequenos pois estes têm dificuldade em manejar o grande volume de sangue que nelas entra após a cirurgia. Se tudo corre bem, o prognóstico é excelente podendo as crianças fazer uma vida completamente normal.

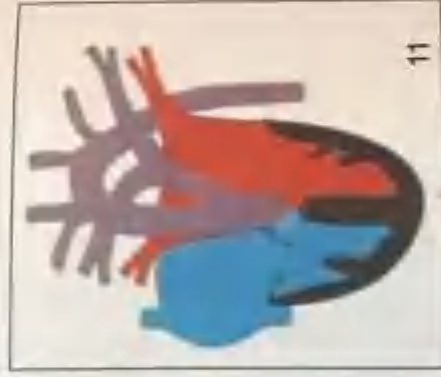
Tronco Arterioso Comum (Tr)

Os corações das crianças que têm esta cardiopatia têm apenas uma única artéria a sair do coração o chamado Tronco Arterial Comum - que dá origem à artéria Aorta e às Artérias Pulmonares. Existem várias formas, mas o componente comum é a existência de uma CIV grande situada debaixo do Tronco Arterial. Existe apenas uma válvula sigmoideia (válvula Truncal) e não duas como habitualmente. A válvula truncal é habitualmente malformada e pode ter estenose ou regurgitação. A clínica depende de existir estenose nos ramos pulmonares ou não. O sangue de ambos os ventrículos sai pelo Tronco Comum e, não havendo estenose pulmonar, vai em grande quantidade para os pulmões provocando insuficiência cardíaca nos primeiros tempos de vida. Se houver estenose pulmonar chega pouco sangue aos pulmões de forma que a criança tem cianose grave desde o nascimento. A correcção é possível mas exige cirurgia agressiva nos primeiros tempos de vida.

Na cirurgia encerra-se a CIV deixando o Tronco Arterial ligado ao ventrículo esquerdo e coloca-se um tubo ou homoenxerto para levar o sangue do Ventrículo Direito às Artérias Pulmonares. As crianças, após um período difícil no pós-operatório, costumam estar bem mas muitas vezes necessitam outras cirurgias quer seja por lesões residuais quer porque, à medida que crescem, o tubo se torna demasiado estreito e tem de ser substituído.

Janela Aorto-Pulmonar (J AoP)

Nesta doença existe uma comunicação anormal entre a Aorta Ascendente e o Tronco da Artéria Pulmonar. Comporta-se como um Canal Arterial Persistente e os sintomas (insuficiência cardíaca)



dependem do tamanho da comunicação. A cirurgia é simples e consiste em encerrar essa comunicação, com excelentes resultados.

Dupla Discordância AV e VA ou Transposição Corrigida das Grandes Artérias (L-TGA)

Esta é uma situação particular em que, se não existirem lesões associadas, a criança está bem a vida inteira, sem qualquer sintoma. Acontece que a aurícula direita está conectada com o ventrículo esquerdo, do qual por sua vez sai a Artéria Pulmonar. A aurícula esquerda está conectada com o ventrículo direito do qual sai a Aorta. Assim, embora com os ventrículos invertidos, a circulação faz-se normalmente. Infelizmente quase sempre estes doentes têm outras lesões que provocam sintomas e obrigam a cirurgia. Podem existir lesões ou associadas e são a CIV, a Estenose Pulmonar (habitualmente subvalvular) e a Regurgitação da Válvula Tricúspide (ligada à aurícula esquerda).

A cirurgia depende da anomalia presente, mas habitualmente é difícil atendendo à distorção dos ventrículos e distribuição do tecido de condução.

Mesmo sem haver lesões associadas, nesta doença é o ventrículo direito o ventrículo encarregado de manter a circulação sistémica a qual, como vimos anteriormente, tem uma resistência elevada e pressões altas (a pressão arterial). Pensa-se que com o passar dos anos o ventrículo direito, que é diferente do ventrículo esquerdo, não agüente esse trabalho e comece a faltar pelo que recentemente alguns centros preconizam fazer uma cirurgia na infância chamada "Duplo Switch", ou seja, trocar a direção do sangue nas aurículas e fazer ao mesmo tempo uma operação de Jatene (ou Switch Arterial) para trocar de posição as artérias. Não havendo lesões associadas é necessário fazer previamente um Banding da Artéria Pulmonar para manter a capacidade do ventrículo esquerdo suportar pressões elevadas.

Ainda não existem resultados desta cirurgia a longo prazo pelo que a decisão de a efetuar tem de ser sempre individualizada.

Anomalia de Ebstein

Esta doença caracteriza-se por existir uma malformação na válvula tricúspide caracterizada por uma valva septal que está aderente ao septo interventricular e uma valva anterior muito grande, de forma que o encerramento da válvula se faz num plano abaixo do anel valvular, ou seja, dentro do ventrículo direito. Consequentemente, a parte do ventrículo acima do nível do encerramento da válvula funciona como aurícula.

A gravidade da doença depende de vários fatores: do nível a que a válvula encerra, do grau de regurgitação tricúspide e da existência ou não de CIA. Formas leves são bem toleradas e habitualmente permitem uma vida normal. As formas mais severas apresentam-se com cianose intensa desde o nascimento, por escape de sangue da aurícula direita para a aurícula esquerda e obrigam a correcção cirúrgica para reconstruir a válvula tricúspide. Por vezes a doença é tão severa que o ventrículo direito não tem tamanho suficiente para ejectar o sangue para os pulmões e é necessário fazer a correcção como se se tratasse de um coração univentricular.

Síndrome do Coração Esquerdo Hipoplásico (SCEH)

Esta é uma situação muito grave e até recentemente fatal em pouco tempo. Todas as cavidades esquerdas são extremamente pequenas, incluindo a artéria Aorta, podendo haver atresia mitral e/ou atresia valvular aórtica. A criança mantém-se viva enquanto o canal arterial estiver permeável, mas quando este começa a fechar o recém-nascido morre rapidamente.

A correcção desta anomalia é sempre muito difícil e diferentes Centros aplicam diferentes técnicas como sejam o **Transplante Cardíaco no período neonatal**, a **Operação de Norwood**, na qual se liga a válvula pulmonar à artéria Aorta e se efectua uma anastomose sistémica pulmonar para um dos ramos pulmonares e o **Procedimento Híbrido** no qual, por meio de cateterismo e cirurgia simultâneos se mantém aberto o canal arterial com um stent e se efectua banding de ambos os ramos pulmonares atrasando a cirurgia de Norwood (ou cirurgia similar) para alguns meses mais tarde, quando a criança estiver mais resistente. A correcção completa da doença obriga a

efectuam posteriormente mais duas intervenções, uma entre os 5 e os 9 meses e outra entre os 2 e os 3 anos de idade. O prognóstico depende de muitos fatores mas atualmente conseguem-se bons resultados em alguns Centros com experiência.

Síndrome ou Condição Eisenmenger

Chama-se Síndrome ou Condição Eisenmenger a qualquer cardiopatia congénita com cortocircuito esquerdo-direito, por exemplo CIV, PCA, CIA, etc. que, não tratada a tempo, foi provocando **doença vascular pulmonar** irreversível, isto é, o fluxo exagerado de sangue para os pulmões, quase sempre com a pressão muito elevada, foi danificando as artérias pulmonares mais pequenas as quais foram engrossando e tornando-se mais rígidas, com a formação de coágulos e de fibrose provocando a oclusão de segmentos periféricos dos pulmões. Nestas circunstâncias a resistência vascular pulmonar aumenta muito e o coração não tem capacidade para manter a circulação pulmonar, entrando em falência progressiva.

É um processo progressivo que em algumas situações pode ser rápido, por exemplo em crianças com Trissomia 21 e DSAVC não tratado, e que noutras é muito lento, por exemplo na CIA grande em que existe fluxo pulmonar aumentado mas com baixa pressão.

Em geral após o desenvolvimento da doença vascular pulmonar e com o aumento das resistências pulmonares há uma diminuição do cortocircuito e a criança parece melhorar: os sintomas de insuficiência cardíaca desaparecem e a criança anda bem durante vários anos, o chamado período da "lua de mel". Mas a doença vai evoluindo e aparece então cianose por inversão do curto-circuito que passa a ser do lado direito para o lado esquerdo. É habitualmente nesta fase que a doença é detectada, pela adolescência ou adulto jovem e nesta fase não é possível a correcção cirúrgica da cardiopatia original pois o coração não aguentaria o encerramento da comunicação existente.

Até recentemente o tratamento médico do Síndrome de Eisenmenger limitava-se a aliviar os sintomas de cianose e aumentada mas nos últimos anos a descoberta de novos medicamentos como o **Bosentan**, o **Sildenafil** e os **análogos da Prostaciclina**, que

comprovaram ser eficazes no tratamento da Hipertensão Pulmonar, permitiu melhorar o prognóstico da doença, prolongando a esperança de vida e melhorando a sua qualidade.

Em casos desesperados, que não respondem ao tratamento médico, pode ser tentado o **Transplante Pulmonar** com correção da cardiopatia ou o **Transplante Combinado de Coração e Pulmões**, com resultados pouco animadores no início, com uma mortalidade elevada e uma má qualidade de vida após a cirurgia, mas que têm melhorado com a maior experiência dos Centros Cirúrgicos e o evoluir das técnicas operatórias.

Miocardite / Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

Nesta doença, de causa muitas vezes desconhecida, mas que outras vezes se relaciona com infeções virais prévias ou com doenças metabólicas genéticas, o coração tem uma forma absolutamente normal, mas o músculo cardíaco tem pouca força de contração de forma que não é capaz de bombear eficazmente o sangue.

A criança começa a apresentar sinais de insuficiência cardíaca (cansaço, falta de ar, cianose, perda de peso) e não existe tratamento cirúrgico. O tratamento com medicamentos é eficaz e costuma melhorar imenso os doentes. Simplesmente enquanto alguns doentes curam ao fim de algum tempo (meses) outros mantêm a falta de força do músculo cardíaco, não havendo outra solução excepto o Transplante Cardíaco, possível em circunstâncias muito especiais.

Nos últimos anos têm-se desenvolvido técnicas de suporte em Cuidados Intensivos, como **ECMO** (circulação extracorpórea), dispositivos de **Assistência Ventricular** e **Corações Mecânicos** que permitem manter vivos os doentes com situações desesperadas enquanto aguardam por Transplante Cardíaco.

Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH)

Esta é uma situação rara que se associa muitas vezes a doenças genéticas ou metabólicas de outros sistemas e na qual os ventrículos estão muito engrossados (ambos ou apenas um deles). Esse músculo engrossado tem dificuldade em receber o sangue das artérias e por vezes ao contrair-se provoca também obstrução a qual é grave se é na

saída do ventrículo esquerdo. O tratamento é apenas com medicamentos e exige vigilância constante. Muitos doentes, no entanto, passam toda a infância sem qualquer sintoma.

Em alguns casos em que existe obstrução localizada na saída do ventrículo esquerdo pode estar indicada a remoção cirúrgica do excesso de músculo dessa zona.

Estes doentes são muito susceptíveis a arritmias malignas que podem provocar morte súbita pelo que por vezes é necessário implantar no doente um pequeno aparelho que deteta as arritmias e dá um choque para as interromper – o **CDI** (Cárdio Desfibrilhador Implantável), existindo critérios rigorosos para a sua aplicação.

Pericardite

A Pericardite consiste numa inflamação do saco membranoso que envolve o coração – o pericárdio, quase sempre com acumulação de líquido que, se for em grande quantidade, não deixa que o coração receba o sangue das veias ou o expulse para as artérias, o chamado tamponamento cardíaco, que pode ser fatal. É na maior parte dos casos devida a uma infeção viral banal, mas pode ter outras causas mais graves como infeções bacterianas severas, tuberculose, doenças reumáticas ou neoplasias. O tratamento depende da causa e da situação clínica da criança. Casos leves são tratados apenas com medicamentos, mas se a quantidade de líquido for muito grande é necessário retirá-lo seja com uma agulha – pericardiocentese – seja através de uma intervenção cirúrgica. De toda a importância é descobrir a causa da doença e tratá-la convenientemente.

Febre Reumática

A Febre Reumática é uma doença inflamatória que pode surgir, geralmente entre os 6 e os 12 anos, algumas semanas após uma infeção por uma bactéria chamada *Streptococo Beta-hemolítico*, a qual é responsável pela maioria das infeções de garganta (amigdalites e adenoidites) nestas idades mas que também pode provocar infeções na pele (impetigo).

Pensa-se que não sendo eficazmente tratadas as infeções por este microbio, o organismo da criança desenvolve defesas (anticorpos)

que posteriormente vão atacar o coração e outros órgãos. Temos então a Febre Reumática que provoca febre, dores e inflamação das articulações e por vezes atingimento do sistema nervoso central das Coreia (movimentos involuntários) e do coração, a chamada cardite reumática.

A cardite reumática consiste em inflamação do coração, em particular das válvulas mitral e aórtica, as quais ficam deformadas e a funcionar mal, com regurgitação e estenose por vezes muito severas.

O problema maior consiste em que após o primeiro ataque desta doença, qualquer contacto posterior com o mesmo microbio provoca a reactivação e o agravamento da cardite, sendo portanto necessário prevenir esse contacto. Estas crianças devem pois tomar uma injeção de Penicilina Benzatínica mensal durante muitos anos (10, 20 ou mais, de acordo com as condições sanitárias da região ou País onde vivem).

O tratamento da doença consiste em administrar Penicilina a qual é um antibiótico muito eficaz contra o Estreptococo Beta-hemolítico, durante o tempo suficiente para erradicá-lo definitivamente (10 a 15 dias).

As lesões valvulares da cardite reumática, se suficientemente severas para provocar insuficiência cardíaca, são geralmente tratadas com cirurgia (substituição valvular) podendo em alguns casos estar indicado o cateterismo de intervenção para dilatar uma válvula mitral estenosada (valvuloplastia mitral).

Esta doença era a maior causa de cardiopatia em crianças e adultos jovens até há poucas décadas atrás mas a melhoria dos cuidados Pediátricos, em particular o tratamento eficaz das amigdalites com antibióticos durante o tempo necessário tornou-a uma raridade aparecendo apenas actualmente alguns casos esporádicos.

Arritmias

As Arritmias são um conjunto de doenças do tecido de condução do coração (ver capítulo 2) nas quais o batimento cardíaco não é normal, não é rítmico.

Algumas são congénitas, ou seja, resultam de defeitos estruturais do tecido de condução e estão presentes ao nascimento. Outras podem surgir no contexto de outras doenças que afectam o

sistema nervoso autónomo ou o coração, como as miocardites, as doenças metabólicas, os desequilíbrios hidroelectrolíticos, etc. e habitualmente desaparecem quando se trata a doença de base. Outras ainda aparecem como consequência de cirurgias cardíacas necessárias e para a correcção das cardiopatias congénitas e resultam das incisões e suturas efectuadas no coração. Finalmente as arritmias aparecem também quando há sofrimento do miocárdio, em geral nas doenças cardíacas que não estão compensadas.

Existem também doenças familiares, com transmissão de alterações genéticas específicas, que se manifestam por alterações graves do ritmo cardíaco e que podem terminar em morte súbita. A história familiar de morte súbita obriga a que a criança ou adolescente sejam observados pelo Cardiologista.

Algumas arritmias são benignas, bem toleradas e com bom prognóstico, ou seja, não costumam agravar-se. Outras são muito graves e podem provocar a morte da criança, às vezes súbita. Outras ainda provocam desconforto ou sinais de insuficiência cardíaca mas são bem controladas com tratamento médico.

As palpitações, acompanhadas ou não de outros sintomas como hipersudorese, palidez, hipotensão, poliúria, vômitos, síncope ou sensação de morte eminente são os sintomas mais frequentemente referidos quando há alterações de ritmo.

Basicamente há três grandes grupos de arritmias: As **Taquicardias**, nas quais o batimento do coração é muito rápido (mais de 200 por minuto) mas sempre igual, as **Bradicardias**, nas quais o coração bate muito lentamente (50 por minuto ou menos) mas de forma regular, e os **Ritmos Irregulares** nas quais o coração bate de forma irregular.

As Taquicardias, quando presentes ao nascimento e são sustentadas, ou seja, persistem durante muito tempo, costumam provocar sinais inespecíficos de insuficiência cardíaca, referidos pelos pais como palidez, hipotonia ou recusa alimentar de que recuperam espontaneamente. O tratamento médico geralmente controla muito bem a doença. A partir do ano de vida costumam ser melhor toleradas, provocando apenas desconforto de curta duração e muitas não necessitam tratamento.

As Bradicardias geralmente aparecem quando existe um bloqueio no marcapasso fisiológico, o nó sinusal, ou na passagem do

tecido de condução das aurículas para os ventrículos. A frequência cardíaca muito baixa provoca também insuficiência cardíaca e obriga à introdução de um "Pacemaker" artificial, uma pequena máquina que estimula os batimentos cardíacos ao nível das aurículas, dos ventrículos ou de ambos (bicamerais).

Os ritmos irregulares podem ter uma origem muito variada, seja por **Fibrilhação Auricular**, quando as aurículas se contraem de forma caótica, não eficaz, e são os ventrículos que têm de manter o ritmo cardíaco, seja por batimentos isolados fora do ritmo normal, as chamadas **Extrasístoles**, que podem ter origem nos ventrículos, nas aurículas ou em certas partes do tecido de condução.

A gravidade dos diversos tipos de arritmias é muito variável e depende da susceptibilidade de provocarem situações mais graves como insuficiência cardíaca ou paragem cardíaca que pode acontecer por **Assístolia**, ou seja, o coração deixa de bater, ou por **Fibrilhação Ventricular**, quando os ventrículos se contraem de forma caótica, não conseguindo bombear o sangue.

O tratamento das arritmias é quase sempre médico, existindo vários medicamentos ao nosso dispor eficazes para o controle da maioria das situações. No entanto, todos eles têm efeitos secundários importantes pelo que devem apenas ser manejados por médicos muito experientes nestas doenças.

Geralmente, quando existem arritmias num coração estruturalmente normal o tratamento médico é suficiente mas quando as arritmias estão presentes num coração malformado o tratamento é mais complexo.

Por vezes é necessário uma investigação mais aprofundada, através de cateterismo cardíaco com estudo electrofisiológico (ver capítulo 5), durante o qual se determina quais as zonas do tecido de condução que estão a funcionar mal. Em geral consegue-se tratar essas situações através da ablação do tecido anormal (circuito ou foco automático), durante o cateterismo.

XXXXXXXXXXXXXX

Existem muitas outras formas de doenças cardíacas, congénitas ou não, algumas delas muito complexas e raras. Existem também muitas crianças com várias malformações associadas, dependendo a sua situação clínica da importância relativa de cada uma. Se o caso do seu filho não está atrás explicado, peça ao seu Cardiologista que o tente descrever em termos simples.

**ANEXO II - LIVRO “TRINKA E JOÃO NO COMBATE AO GRANDE
VÍRUS: TRINKA, JOÃO E A COMUNIDADE TRABALHAM
JUNTOS!” E FOLHETO COMPLEMENTAR AO LIVRO “NO
COMBATE AO GRANDE VÍRUS: AS PERGUNTAS DA TRINKA E
DO JOÃO” (SITE: [HTTPS://WWW.CORONAKIDS.PT/](https://www.coronakids.pt/))**

Trinka e João

No Combate ao Grande Vírus:

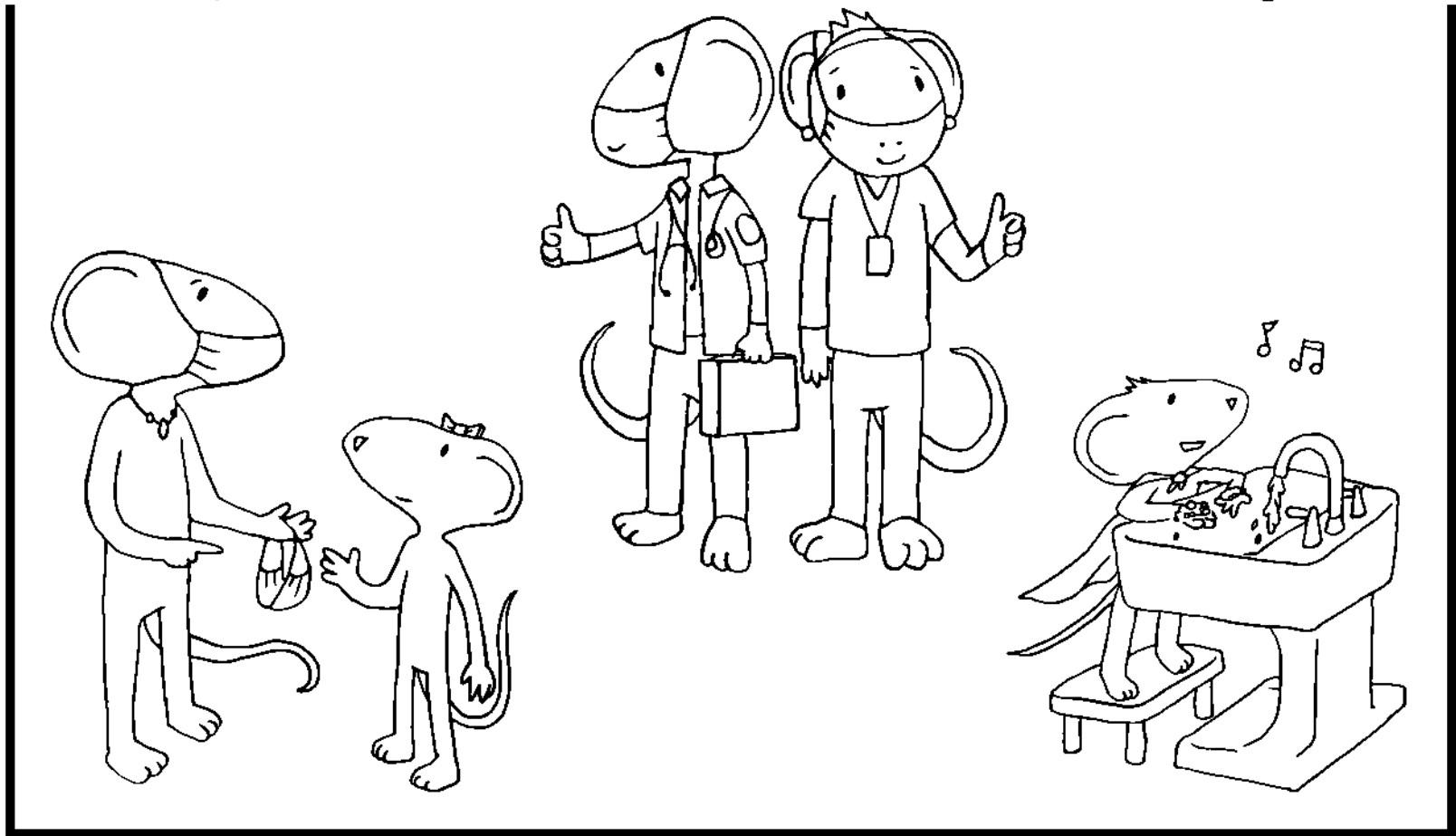
Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!



Trinka e João

No Combate ao Vírus:

Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!



Trinka e João no combate ao grande Vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos

por Chandra Michiko Ghosh Ippen
e Melissa Brymer

Ilustrado por Erich Ippen, Jr.

Versão Portuguesa de: Cátia Magalhães, Bruno Carraça,
Ana Berta Alves e José Sargento

Nota: Esta história foi criada para ser usada separadamente ou em conjunto com o folheto complementar *Combatendo o vírus: As perguntas da Trinka e do João*

A história e o folheto que a acompanha foram desenvolvidos para ajudar crianças pequenas e as suas famílias a começarem a falar sobre as suas experiências e sentimentos relacionados com a pandemia global do coronavírus.

© 2020 Chandra Ghosh Ippen. Todos os direitos reservados. O autor autoriza a livre cópia e distribuição, mas não a utilização para fins comerciais. A história não pode ser alterada sem a autorização expressa e por escrito do autor principal (chandra.ghosh@ucsf.edu).
Versão 1.0. Data de lançamento 18 de abril de 2020

Por favor, sintá-se à vontade para aceder a esta fonte ou partilhar através de <https://piploproductions.com> ou <https://nctsn.org>.



Piploproductions.com

Mais informações sobre a história, o uso da história e a equipa que a criou podem ser encontradas em: <https://piploproductions.com>. O site também possui outras histórias e recursos para ajudar crianças e famílias a recuperarem de experiências stressantes ou traumáticas.

O desenvolvimento desta história foi apoiado, em parte, pela Fundação Irving Harris e através de financiamento atribuído à Rede de Tratamento de Trauma Precoce (ETTN - siglas em inglês) da Universidade da Califórnia, em São Francisco e pelo Centro Nacional da Rede Nacional de Stresse Traumático Infantil (NCTSN - siglas em inglês) da Administração de Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias (SAMHSA - siglas em inglês), Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS - siglas em inglês).

As perspetivas, princípios e opiniões expressas são da responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as da SAMHSA ou HHS.

Mais informações sobre como ajudar crianças e famílias que sofreram eventos stressantes ou traumáticos podem ser encontradas em www.nctsn.org.

Agradecimentos: Agradecimentos especiais a Maria Torres pelos seus contributos e comentários e também a Raiden Ippen pelo apoio na formatação do livro. Ao Politécnico de Viseu e ARSC IP. -ACES DL pela colaboração e divulgação.



Para as crianças do mundo e todos os trabalhadores da linha da frente. Estão nos nossos corações!

Adultos: Esta história foi criada para ajudar as crianças a lidar com os medos e preocupações relacionados com a COVID-19. Por favor, leia-a primeiro e pense em como a utilizar com o seu filho(a). Consulte o Guia para Pais e o folheto que acompanha As perguntas da Trinká e do João. Mesmo que opte por não ler algumas páginas ao seu filho(a), a história, o folheto e o guia para pais, no final do livro, poderão ajudá-lo a perceber melhor as suas reações à COVID-19. Se decidir ler a história com o seu filho(a), incentive-o a pintar algumas das figuras. Se as pessoas na sua comunidade estiverem a usar máscara quando saem, poderão desenhar máscaras nos ratos quando estiverem fora de casa.



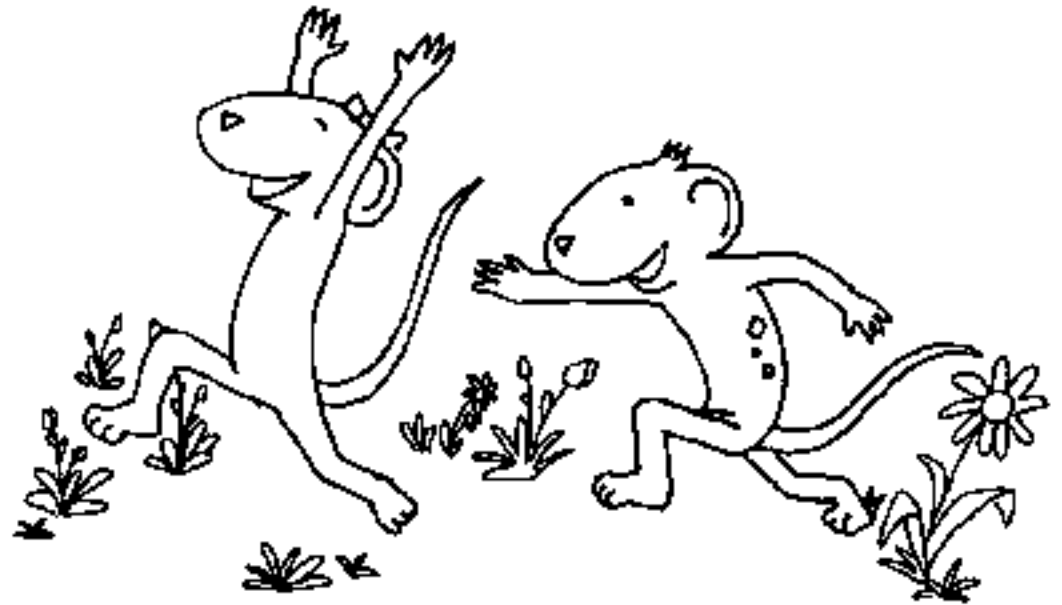
Esta é a Trinkka.



E este é o João.



Eles são vizinhos e gostam muito de brincar juntos.



Durante a primavera, gostam de correr na rua e de dar as boas vindas às flores.



E, quando chove, adoram saltar nas poças de água.

— Vamos lá João.

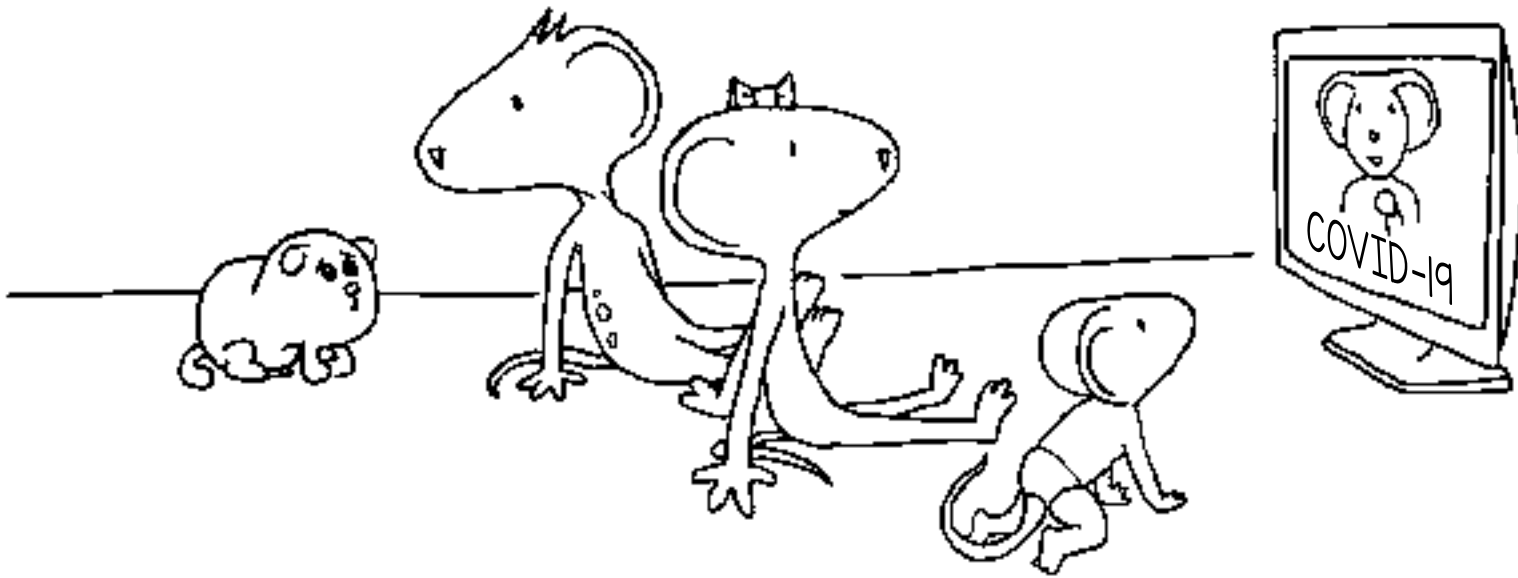
Já vou.

Trinka, vamos embora. ---



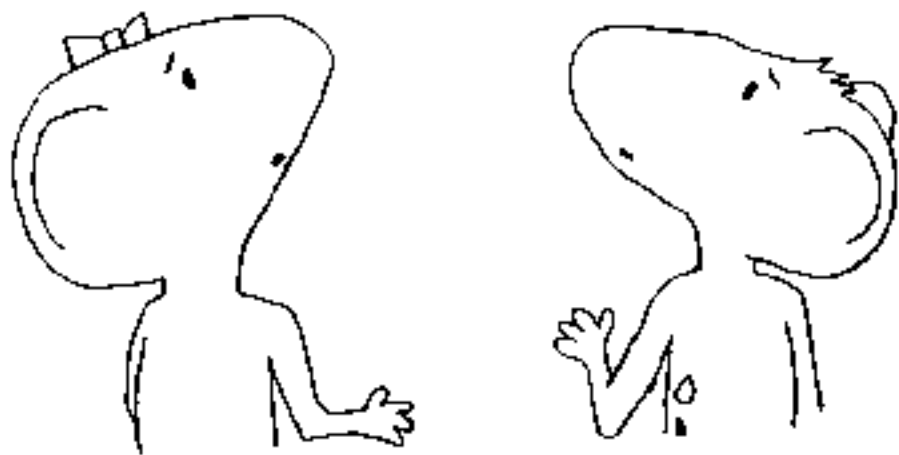
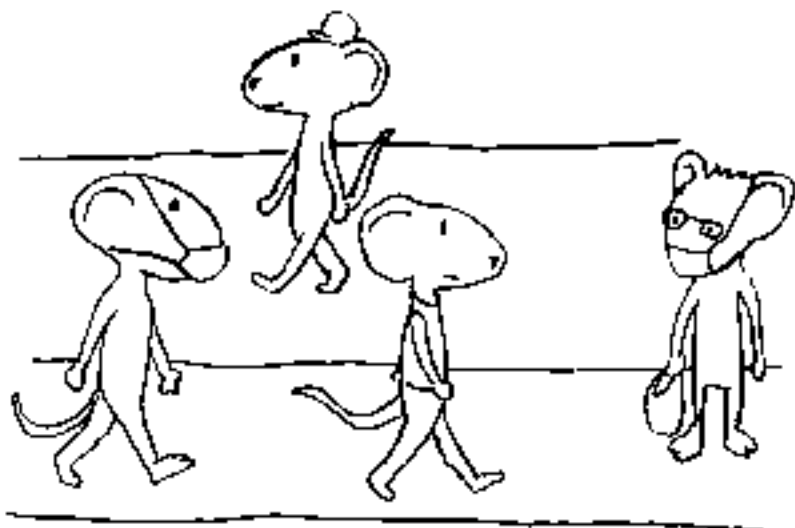
Mas isto é tão divertido.

E obedecem sempre quando chega o momento de parar de brincar...bem...quase sempre.



Um dia, enquanto viam televisão na casa do João, ouviram que uma doença se estava a espalhar e muitas pessoas estavam a ficar doentes. Os adultos na TV pareciam muito preocupados.

A Trinka e o João também ficaram preocupados. Até o irmão mais novo do João, o Cal, e o seu gato Juju pareciam saber que algo muito assustador estava a acontecer.



Poucos dias depois, viram as pessoas com máscara na cara e não percebiam porquê.

Eles viram as pessoas a comprar grandes quantidades de comida e, por vezes, o que queriam comprar estava esgotado. Isso era estranho.

O que é o c..or..oona?

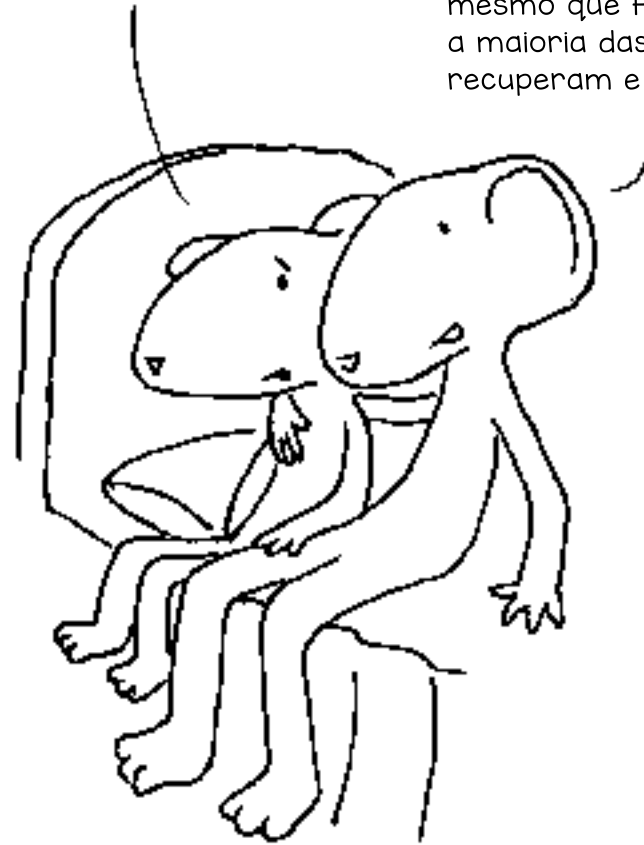
Bem, isso é uma boa pergunta.
O que ouviste?



Vais ficar doente?

E eu, vou ficar doente?

Esperamos que não. Estamos
a fazer muitas coisas para
nos mantermos saudáveis. E
mesmo que fiquemos doentes,
a maioria das pessoas
recuperam e ficam bem.



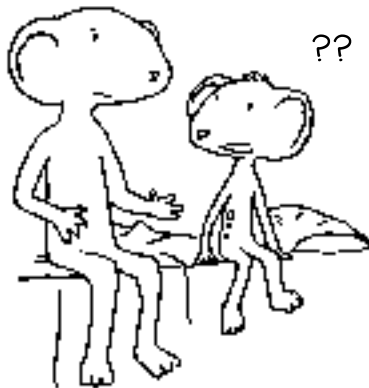
Naquela noite, a Trinka e o João fizeram um montão de perguntas aos pais e falaram-lhe sobre as suas preocupações. Os pais ouviram-nos com muita atenção. Depois, eles ajudaram a Trinka e o João a perceberem o porquê das pessoas estarem tão preocupadas com este novo e GRANDE vírus e o que podiam fazer para todos ficarem bem.

NOTA: Depois desta página, se quiser, pode juntar o folheto As Perguntas e Preocupações da Trinka e do João

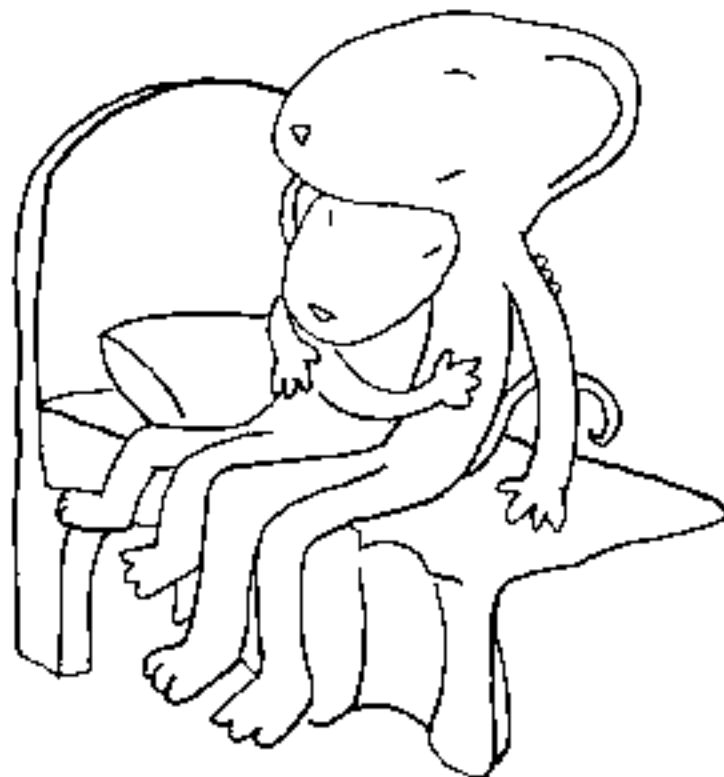
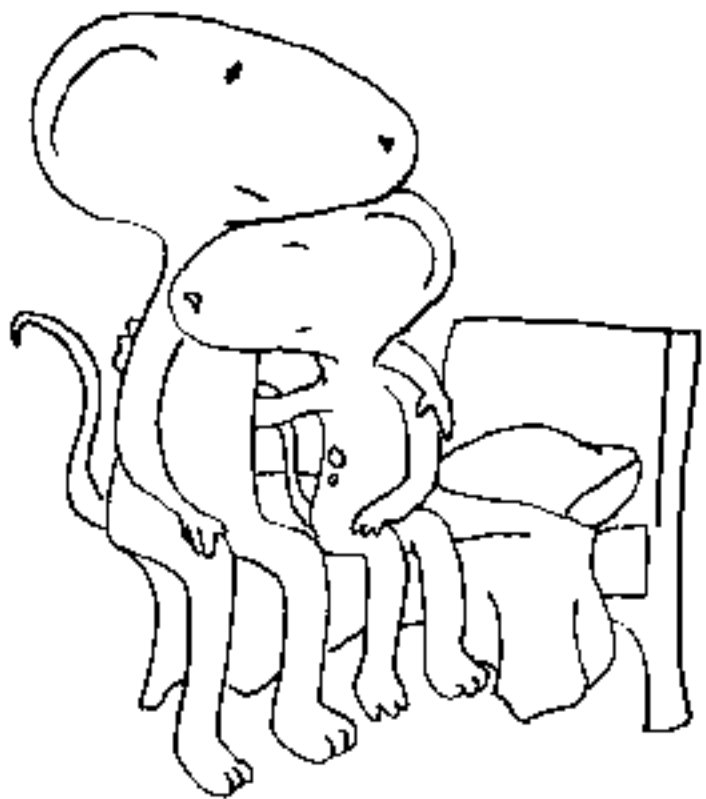
As Perguntas e Preocupações da Trinka e do João

Nota para pais e outros educadores

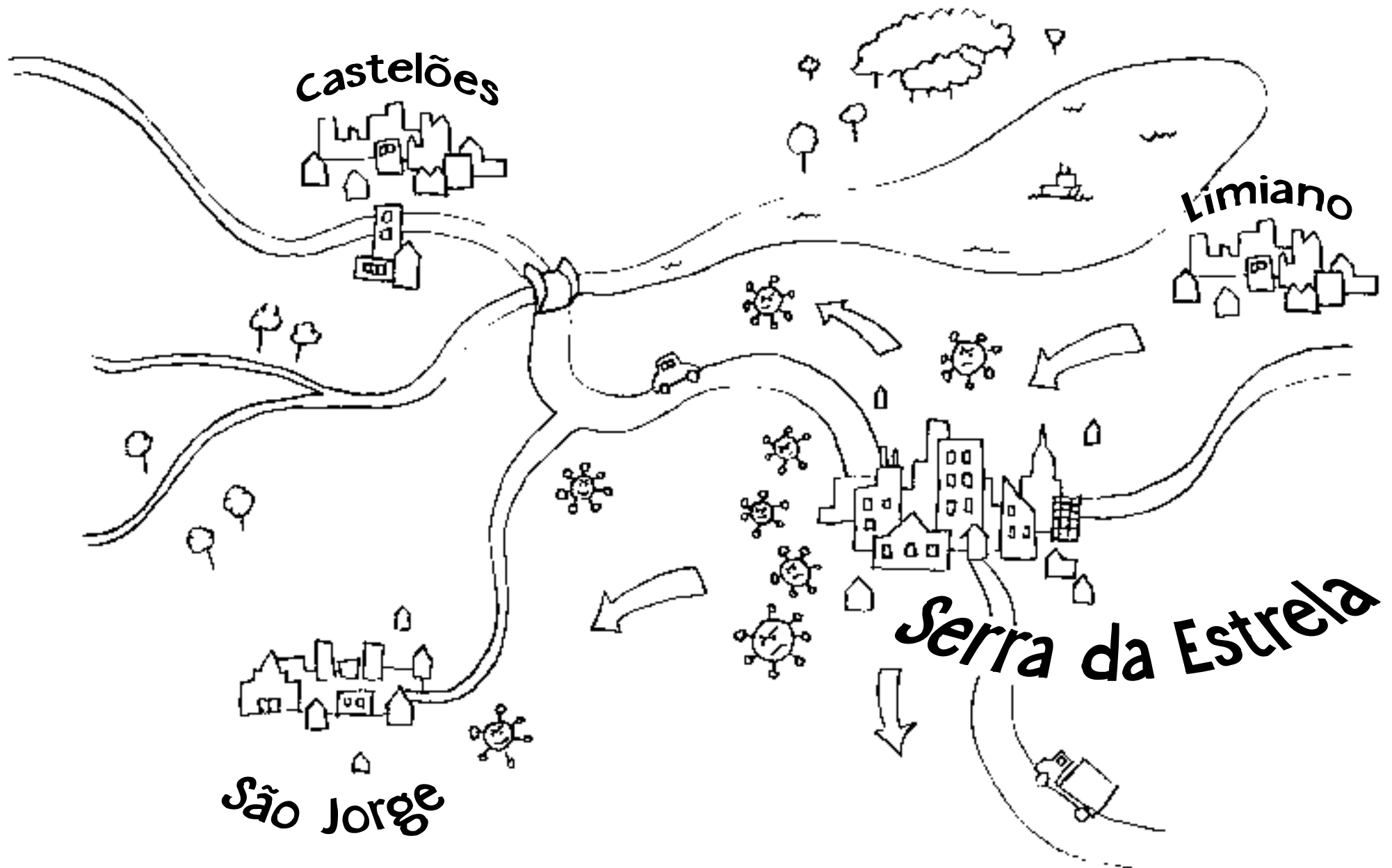
- A Trinka e o João têm muitas perguntas.
- Estas questões estão incluídas no folheto As Perguntas da Trinka e do João, que podem ser descarregadas aqui:
<https://piproproductions.com/trinka-e-joao-virus-portuguese/>
- O seu filho(a) poderá querer fazer-lhe estas perguntas também.
- Veja as páginas do folheto e decida quais quer incluir quando lê a história com o seu filho(a).
- Se entender que não é útil para si e para a sua família, pode simplesmente decidir não incluir o folheto e ler só a história.



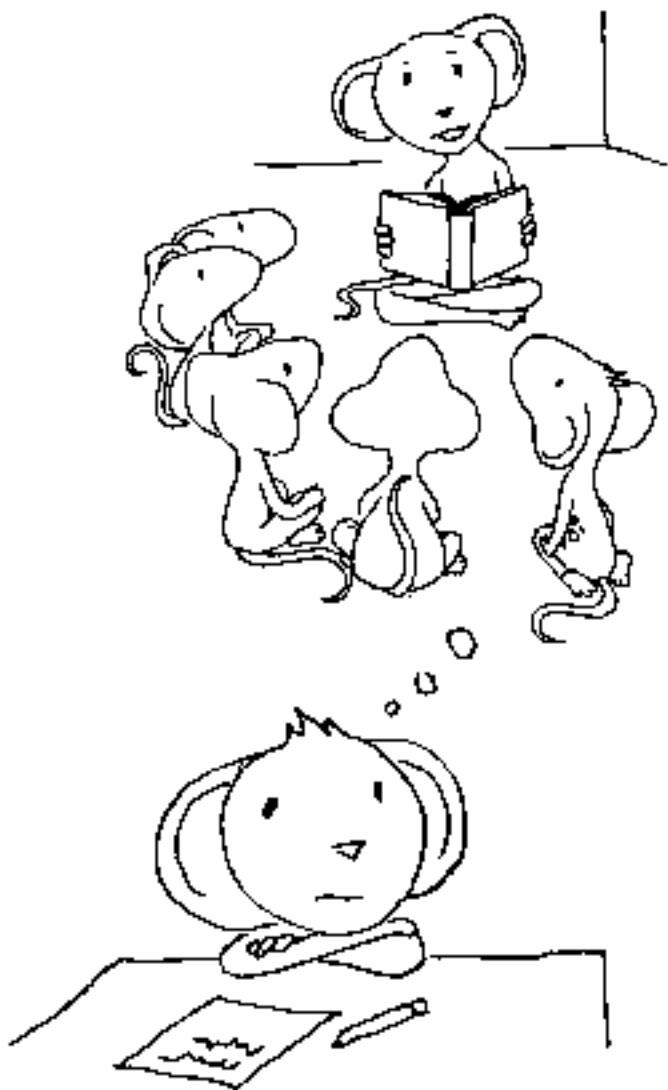
?



A Trinka e o João sentiram-se muito melhor, depois de falarem com os pais, mesmo sabendo que o vírus andava pela pequena cidade onde vivem. Foi bom partilhar as preocupações e pensar acerca de todas as coisas boas que as nossas famílias e toda a comunidade estavam a fazer para todos ficarem bem.



À medida que o vírus se foi alastrando, as suas vidas alteraram-se de maneiras diferentes...



O João não podia ir mais à escola. Ele tinha saudades da professora e dos amigos. Perguntava-se quando os poderia ver novamente.



A mãe da Trinkka tentou ensinar-lhe algumas coisas. Umas vezes correu bem, noutras não tão bem, e a Trinkka e a mãe sentiram-se muito desiludidas e tristes.

Porque é que não posso ir a casa da Trinka?



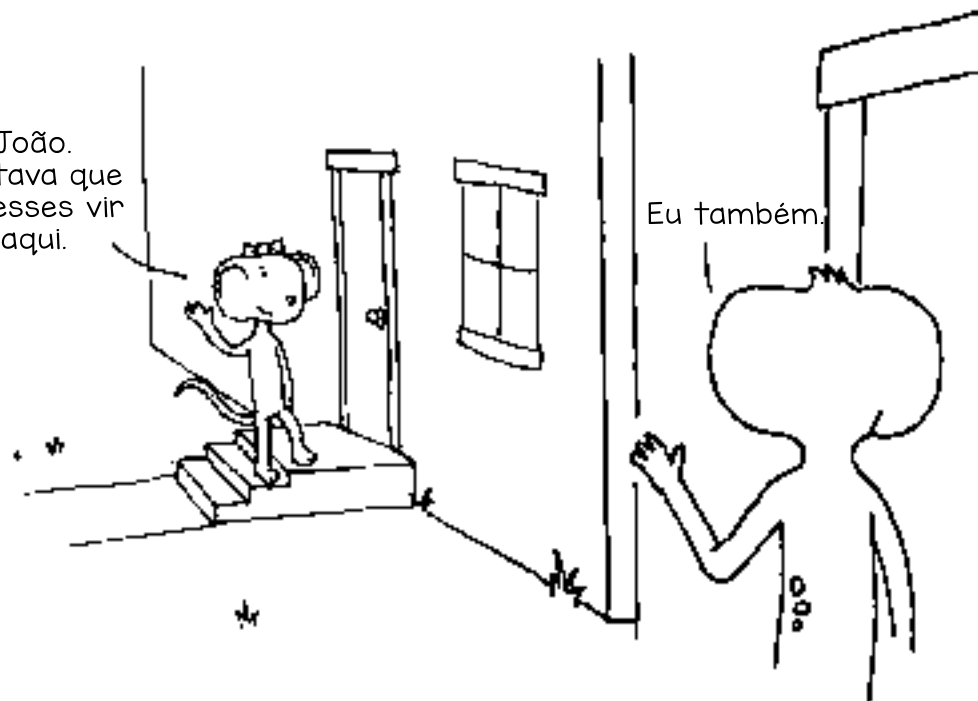
Desculpa João. Quem me dera que pudesses.

Desculpa Trinka. Estão a pedir-nos para ficarmos em casa longe das outras pessoas, para o vírus não se espalhar.



A Trinka e o João queriam ir brincar juntos, mas não podiam.

Olá João. Gostava que pudesses vir até aqui.

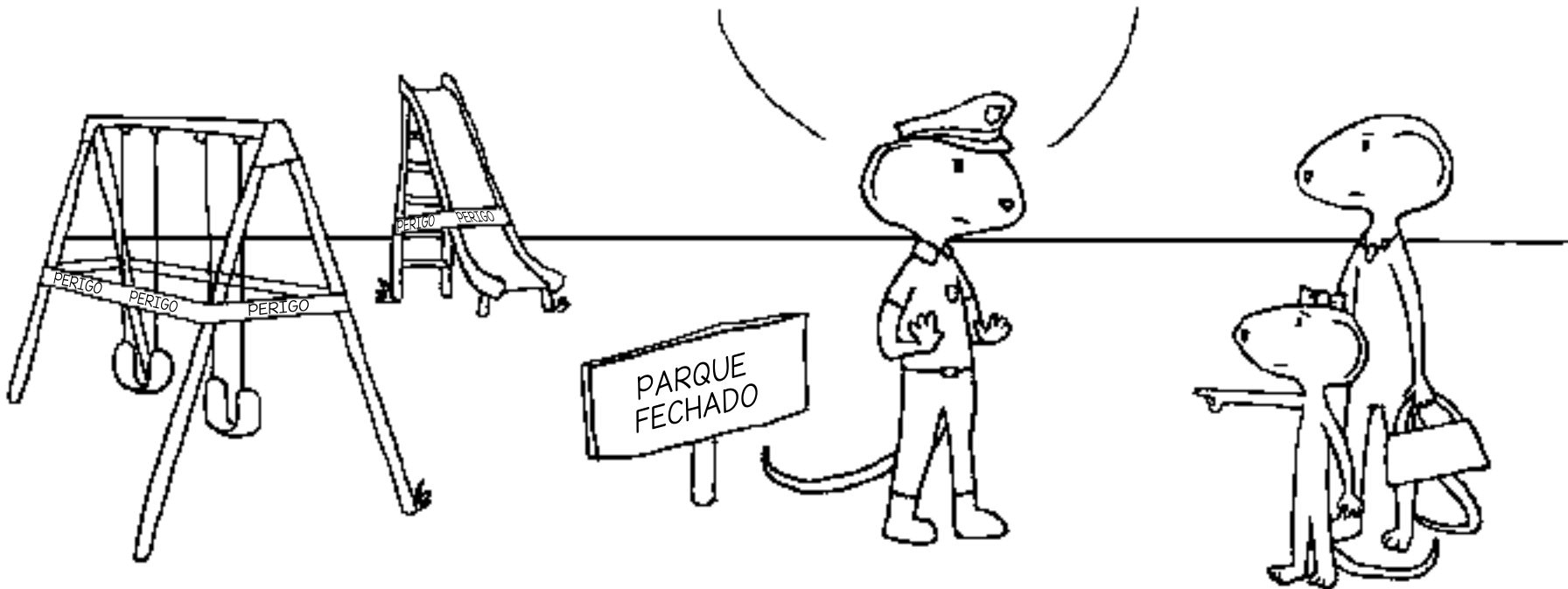


Eu também.

Podiam dizer olá e jogar ao "pedra, papel ou tesoura", a partir da porta de casa, mas não é a mesma coisa. Eles têm saudades um do outro.

O parque está fechado. Só vai ser aberto quando o vírus estiver controlado.

Desculpem. Mas se alguém estiver doente com o vírus e vier brincar para o parque pode contagiar as outras pessoas.

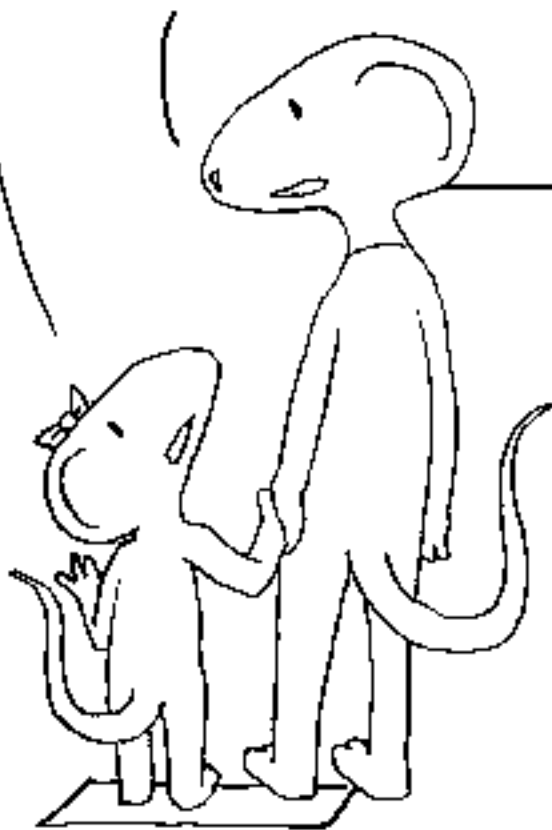


A Trinká e a mãe podiam sair para caminhar, mas não podiam brincar no parque. A Trinká estava triste. Ela queria brincar no escorrega, mas o polícia Correia disse que tinham fechado o parque para o vírus não se espalhar. Ao fechar o parque, todos estavam a colaborar para mais ninguém ficar doente.

Porque é que temos de esperar nesta fila?

Querem garantir que a loja não fique muito cheia, para que o vírus não se espalhe. Lembra-te que este vírus gosta de multidões.

Precisamos deixar espaço entre nós e as pessoas que não moram connosco. Finje que um carro precisa de estacionar entre nós.



Quando foram à loja de queijos, tiveram que esperar numa longa fila. A mãe da Trinkka explicou que fizeram isto para garantir que a loja não estivesse cheia. Assim é mais seguro para todos.

Lembra-te, a luz verde significa avançar e a luz vermelha significa parar.

Ah, e mais uma regra, deves parar nas marcas feitas no chão.

LUZ VERDE!

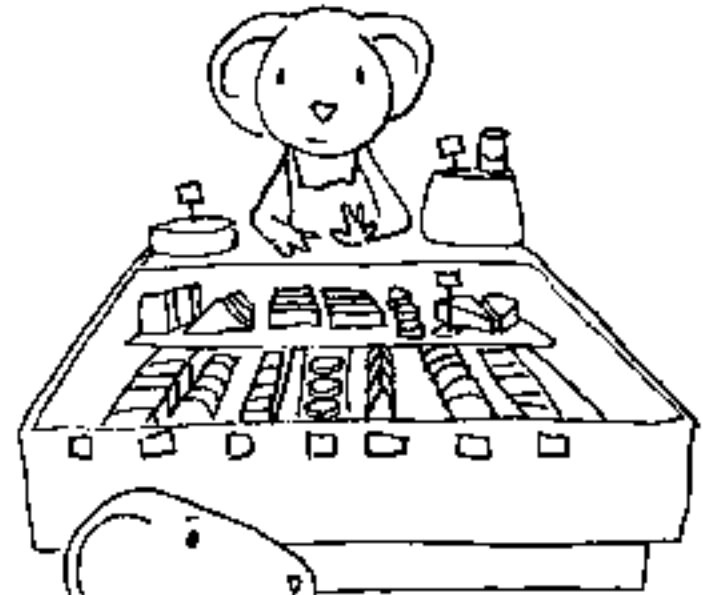


Esperar é aborrecido, mas não é de todo mau. Elas conheceram uma senhora muito simpática, a Sra. Wiskas. Ela brincou ao jogo do Semáforo com a Trinkka e a mãe. E, de repente, toda a gente na fila estava a jogar. Isto fez o tempo passar muito mais rápido e foi bom fazer novos amigos.

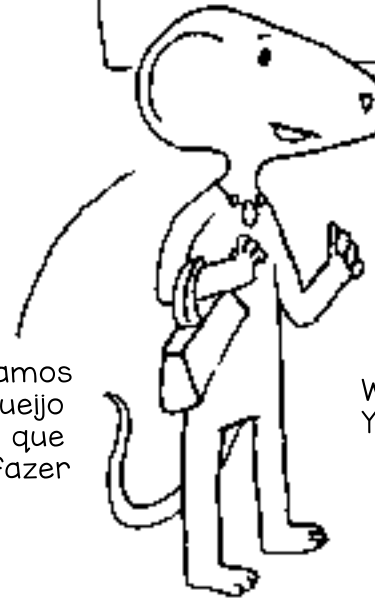
ohhh eu adoro
cheesecake.



Eu vou-te dizer
a minha receita.



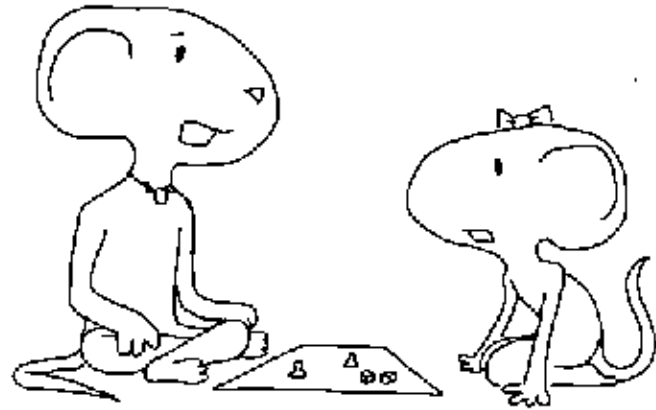
Acho que vamos
conseguir queijo
extra, para que
possamos fazer
cheesecake
também.



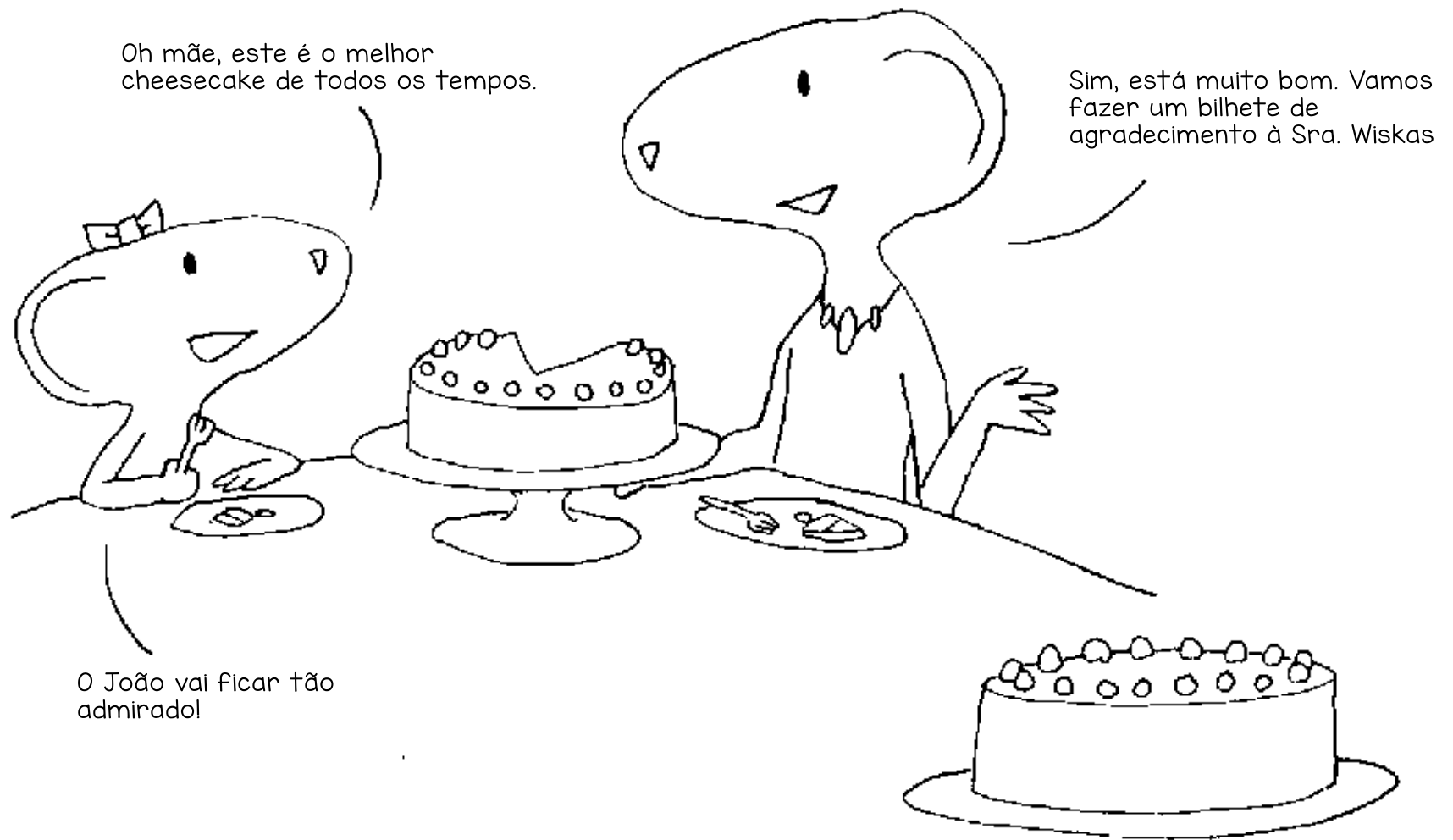
Whoopee!!
Yay!!



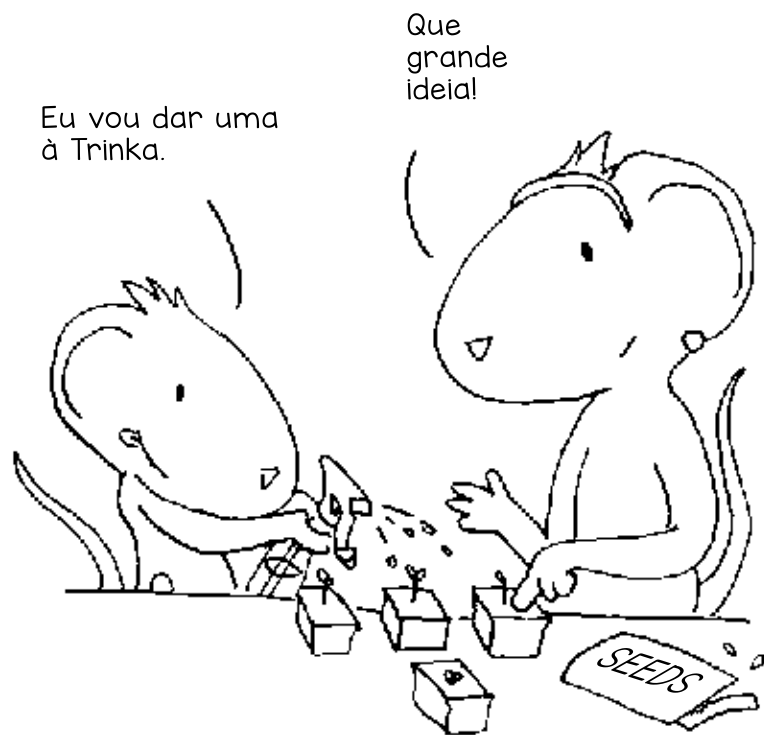
A sra. Wiskas estava a comprar queijo para fazer um cheesecake. Ela não podia ver os netos agora, mas naquela tarde eles iriam estar juntos por videochamada. Quando soube que a Trinkka adorava cheesecake, ela partilhou a sua receita secreta.



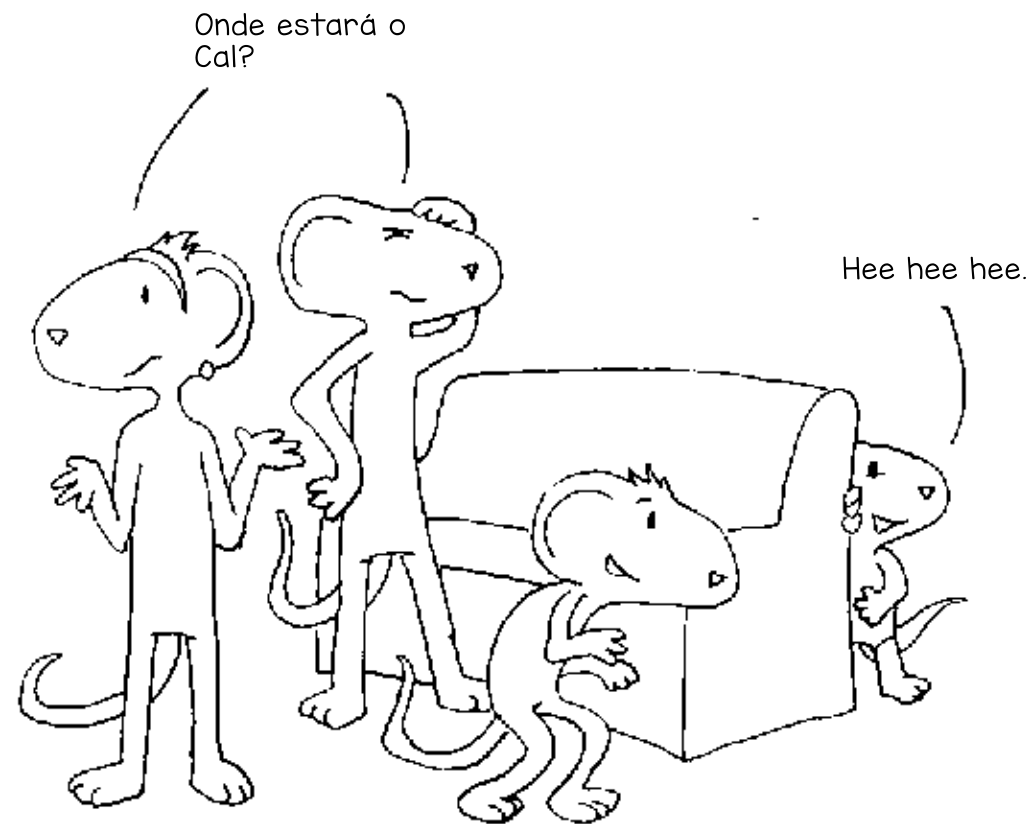
Era difícil ter de ficar dentro de casa e não poder fazer as coisas habituais. Cada família tentou fazer coisas divertidas, para que o tempo passasse mais rápido. A Trinka e a mãe jogaram muitos jogos.



Ah, e é claro, elas fizeram a receita de cheesecake da Sra. Wiskas. Decidiram fazer outro para a família do João, de forma a celebrar a amizade.



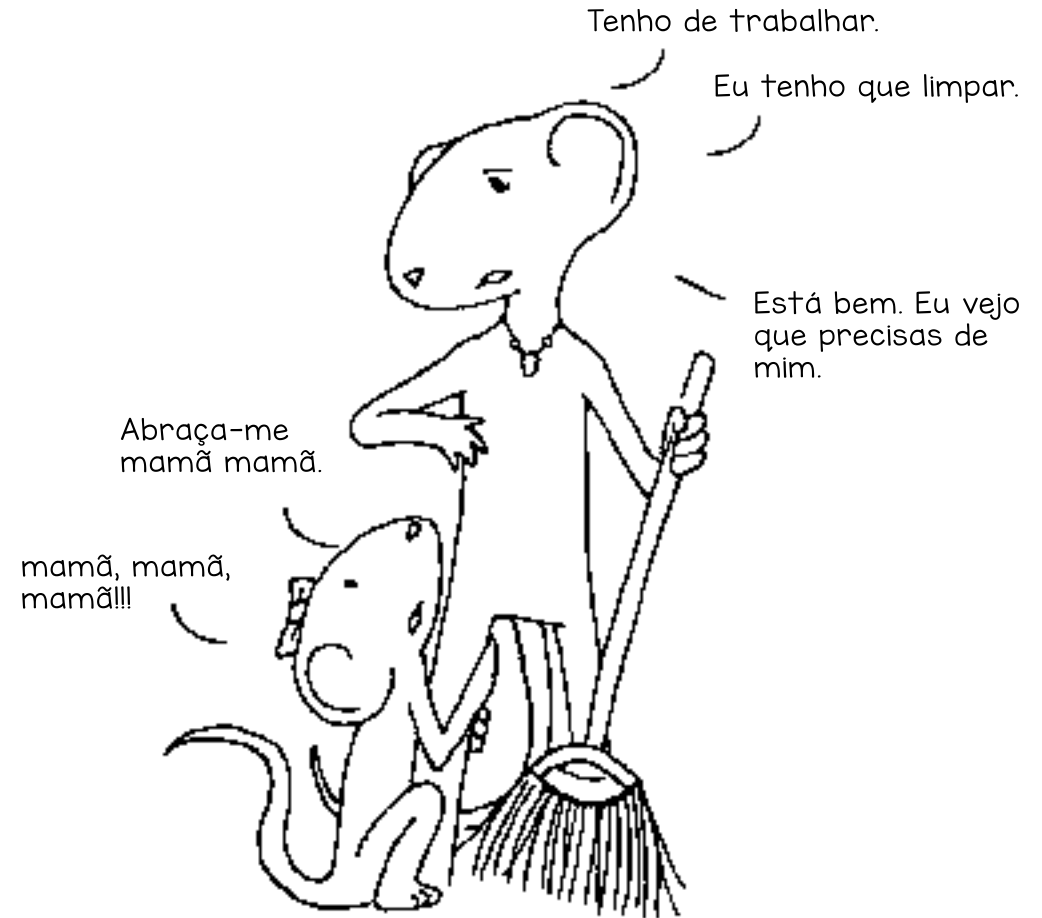
O João e a família plantaram sementes e viram-nas crescer.



Também jogaram muito às escondidas. O Cal adorava esconder-se e procurar, apesar de não ser tão bom a esconder-se.



As famílias tiveram bons momentos, mas também tiveram tempos difíceis. Havia dias cheios de lágrimas e momentos em que a Trinka não fazia o que a mãe lhe pedia.

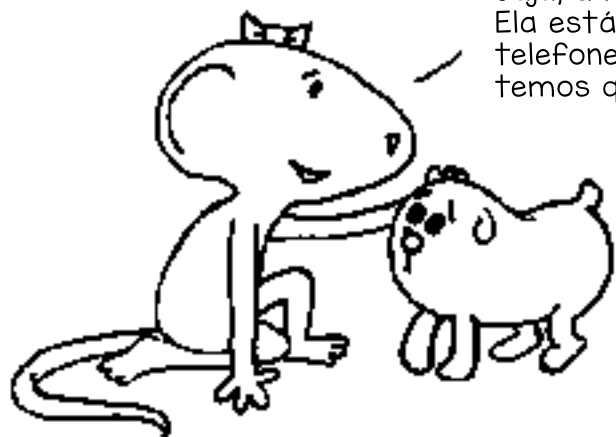


Houve momentos em que Trinka precisava da mãe, mas ela estava ocupada a tentar fazer tantas coisas.

Sr. Afonso Pequenote, agora não pode vir à minha casa. Somos amigos, mas por causa deste vírus mau não podemos estar juntos...



Jugu, a mãe ainda nos ama. Ela está a fazer um telefonema importante e temos que esperar.

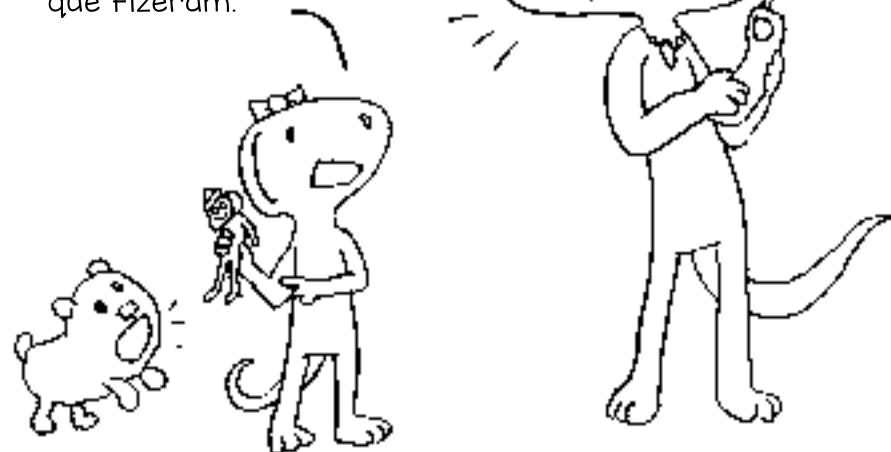


Houve uma vez em que a mãe da Trinka recebeu uma chamada importante. Ela disse à Trinka que tinha de brincar sozinha.

Trinka!!

Eu disse que tinha uma chamada importante.

Mãe, o Sr. Afonso Pequenote e a Jugu querem mostrar o que fizeram.



Trinka tentou ouvir e seguir as instruções, mas era difícil esperar. Ela e a Jugu decidiram ver o que a mãe estava a fazer. A mãe não ficou feliz com isso.

Eu sei que é difícil. Às vezes, as mããs têm de tratar de coisas importantes.

Vamos pensar sobre o que podemos fazer.



A luz verde quer dizer que posso fazer uma pergunta, mas em voz baixa.

A luz amarela significa que tenho de ter cuidado, porque estás um bocadinho ocupada.

A luz vermelha significa que tenho mesmo de esperar.

Mãe. Já terminaste?



Desculpa.

Acontece a todos. A família em primeiro lugar.

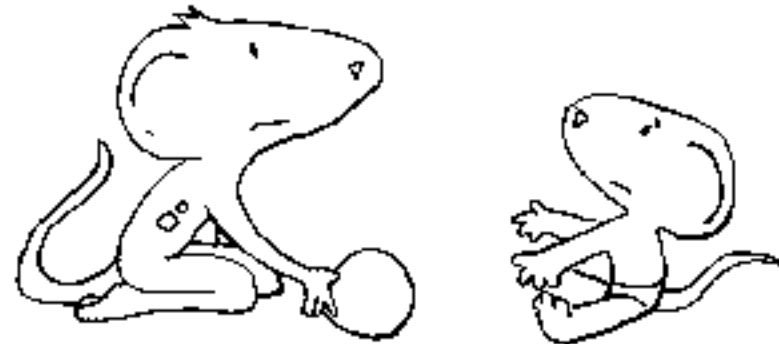
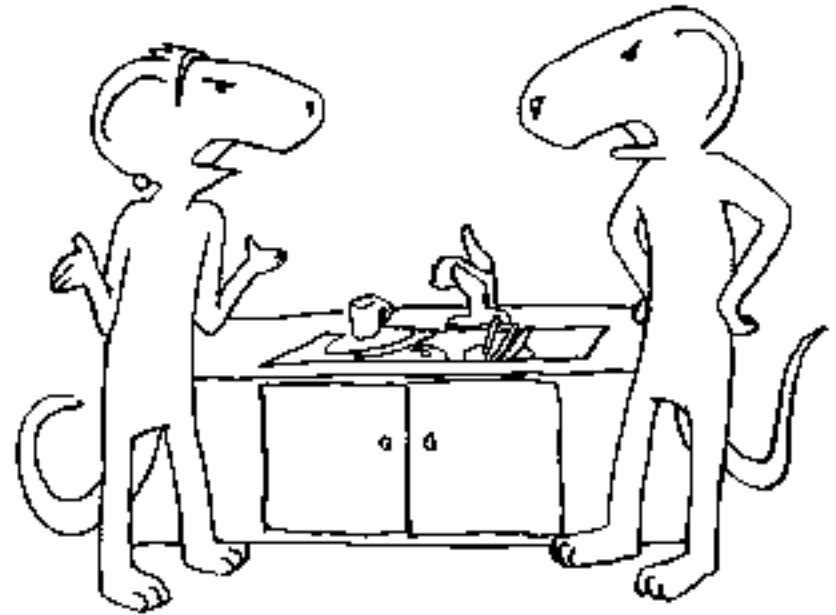


A mãe da Trinkka demorou um bocadinho a acalmar-se. Depois conversaram sobre o que aconteceu, de como se sentiram e fizeram um plano. Assim, desenharam juntas alguns sinais que a mãe da Trinkka podia pôr na porta quando estivesse ocupada.

A maior parte das vezes, a Trinkka respeitava os sinais, mas era difícil quando ela queria a atenção da mamã.



Na casa do João também estavam a ter problemas. Havia momentos em que todos estavam de mau humor.



As vezes, os adultos estavam zangados uns com os outros. O João e o Cal NÃO gostavam quando isso acontecia. Ficavam preocupados.

Porque é que não posso ir à escola?



??? Eu sei que já expliquei isto antes...



Tirou o brinquedo ao irmão.

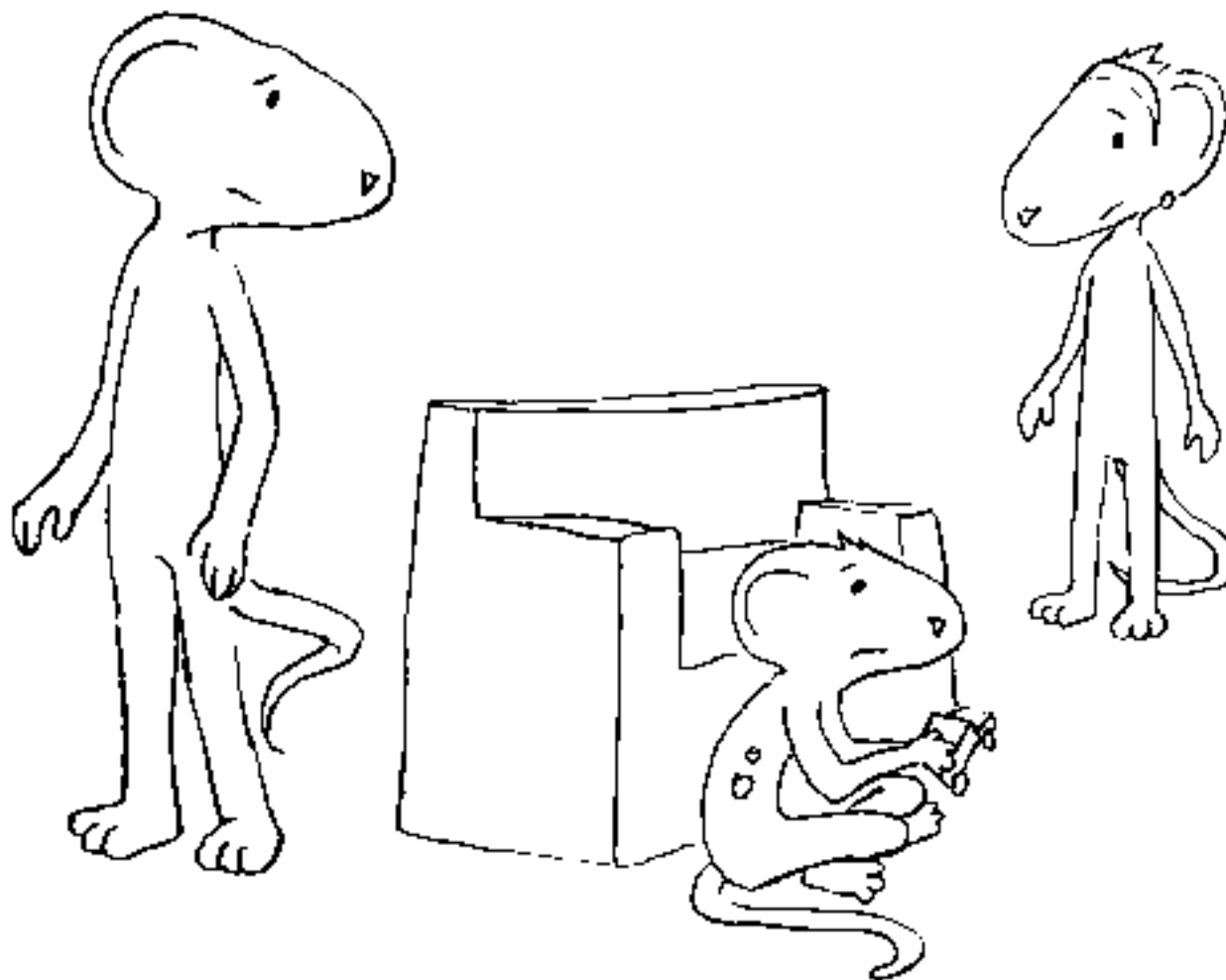


Bateu com a porta.

Não ouvia o pai.

O João também ficou chateado. Era difícil perceber porque é que as coisas eram tão diferentes.

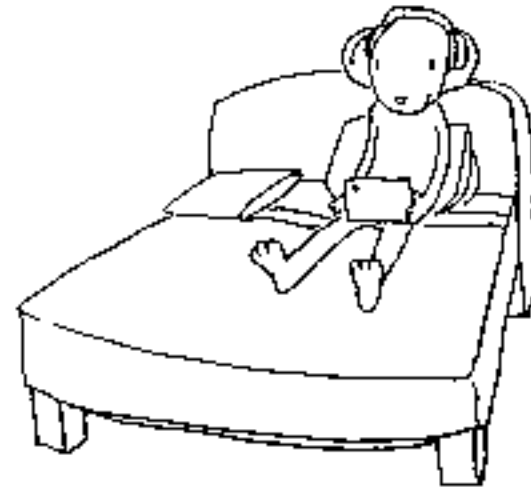
Os seus pais tentavam ser pacientes, mas quando o João se portava mal, às vezes já não sabiam o que fazer.



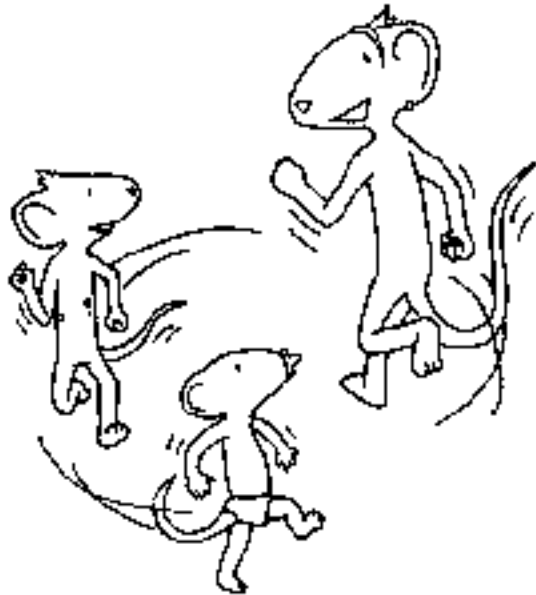
Depois de se portar mal, o João não ficava bem. E os pais também se sentiam mal.



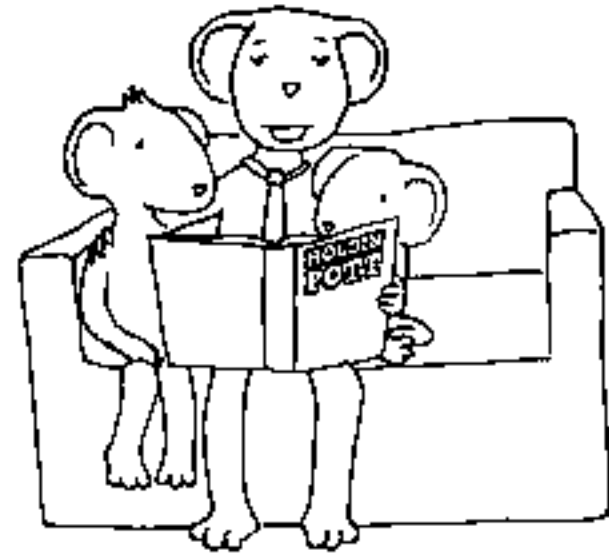
Eles conversaram sobre como estavam e o que sentiam no corpo.



Deram tempo uns aos outros, para assim terem mais energia e paciência.



Correram em círculos, para se divertirem e para se sentirem melhor.



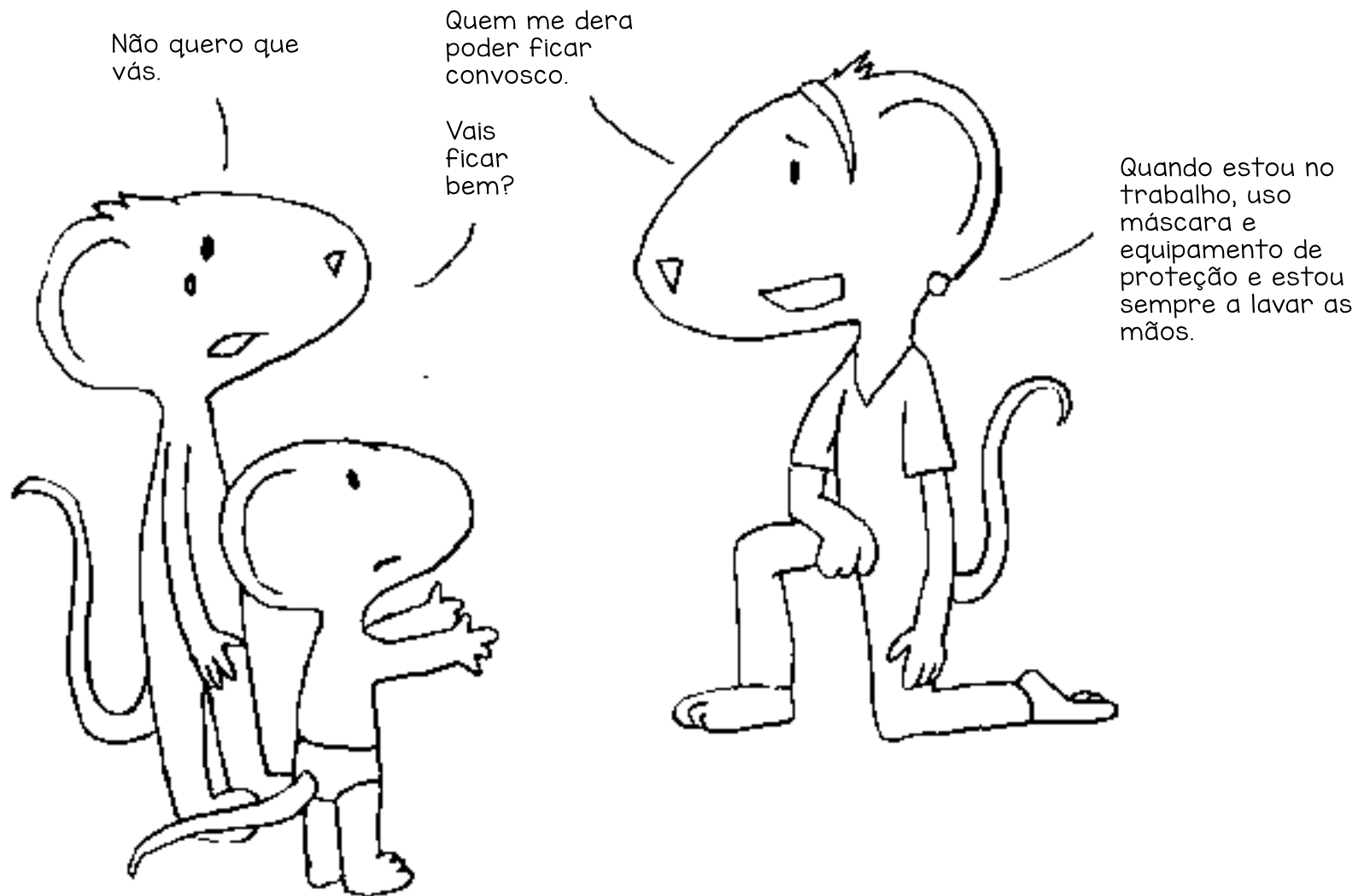
Leram livros, para falar sobre os seus sentimentos.

Sabiam que toda a gente estava sob pressão e que todos precisavam de ajuda, então, pensaram em diferentes coisas que podiam fazer.



Por toda a cidade, as pessoas estavam preocupadas. Umas conheciam pessoas que estavam doentes. Outras estavam preocupadas com os empregos porque as empresas estavam fechadas.

Embora as crianças sejam pequenas, elas sabem o que está a acontecer.



A mãe do João trabalhava no hospital, a cuidar das pessoas que precisavam de ajuda. Eles tinham muito orgulho no seu trabalho mas, ao mesmo tempo, estavam preocupados com ela. Então, a mãe conversou com eles sobre a forma como se mantinha protegida do vírus.

Estou a ficar no andar de baixo, longe da minha família. Nós trabalhamos todo o dia com o vírus. Preciso de manter a minha família segura, mas é tão difícil para o Cal e para o João entenderem porque é que estou a manter alguma distância deles.

Eu vou ficar mesmo triste.



Pois. Também eu.

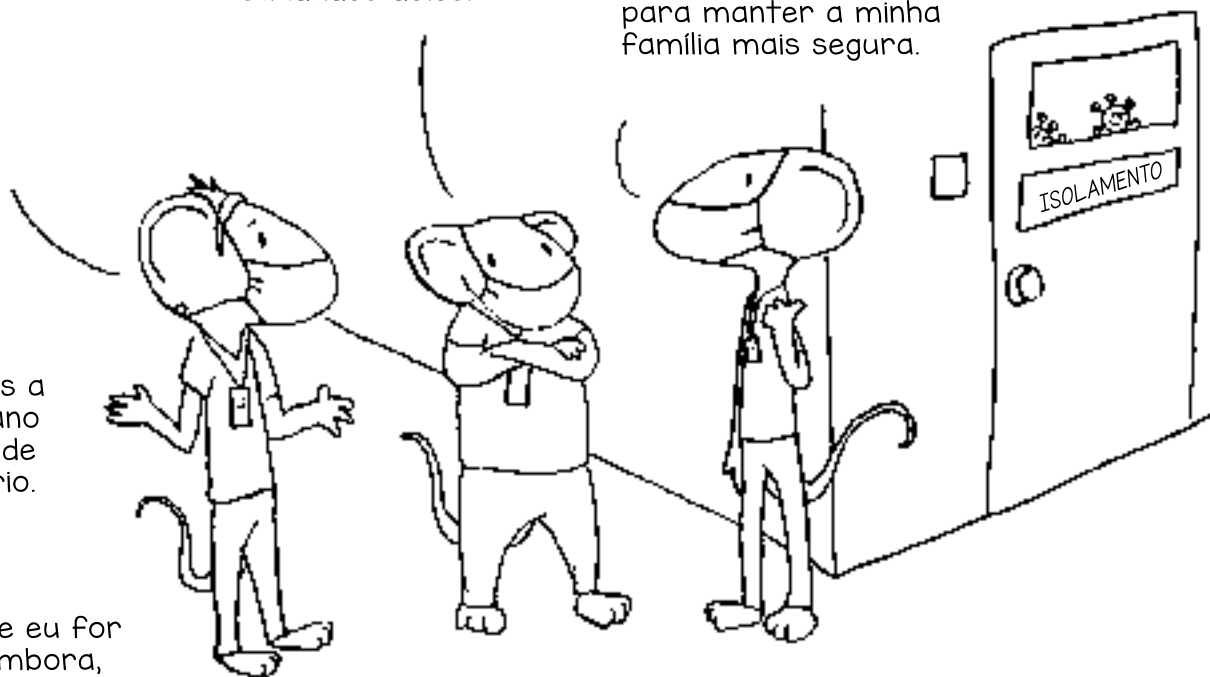


Nós estamos a fazer um plano para o caso de ser necessário.

Se eu for embora, voltarei para casa mal possa.

Os meus filhos estão com a tia neste tempo. Tenho tantas saudades deles.

Há mais doentes agora. Eu vou ficar num hotel, para manter a minha família mais segura.

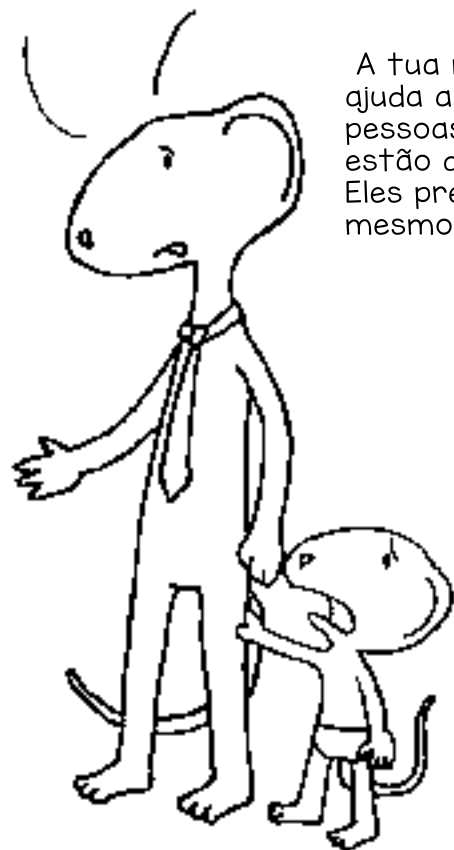


Ela também lhes disse que se o vírus se espalhasse mais, poderia ter de ficar noutra lugar. Por causa do seu trabalho, tinha contacto com muitas pessoas que estavam doentes. Ela queria ajudar as pessoas, mas queria, ao mesmo tempo, manter a sua família segura. O João sabia que a sua mamã era muito forte e ele também queria ser forte, mas era tão difícil.

Eu sei que tens saudades dela.

A maioria das pessoas está a ficar em casa, mas quem cuida dos outros ou ajuda a comunidade tem que ir trabalhar.

Porque é que a mamã teve que ir? Não temos que ficar em casa?



A tua mãe ajuda as pessoas que estão doentes. Eles precisam mesmo dela.

Olha mãe. Fiz um desenho para ti.



Olá meus queridos. Gosto muito de vocês.

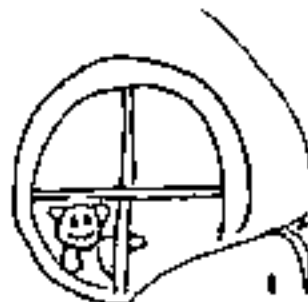
O João e o seu irmão mais novo, o Cal, não gostavam quando a mãe ia trabalhar, mas o pai estava lá para eles.

A mãe ligou-lhes do hospital. Não estava com eles, mas eles estavam sempre no seu coração.

Como tem sido na tua casa?

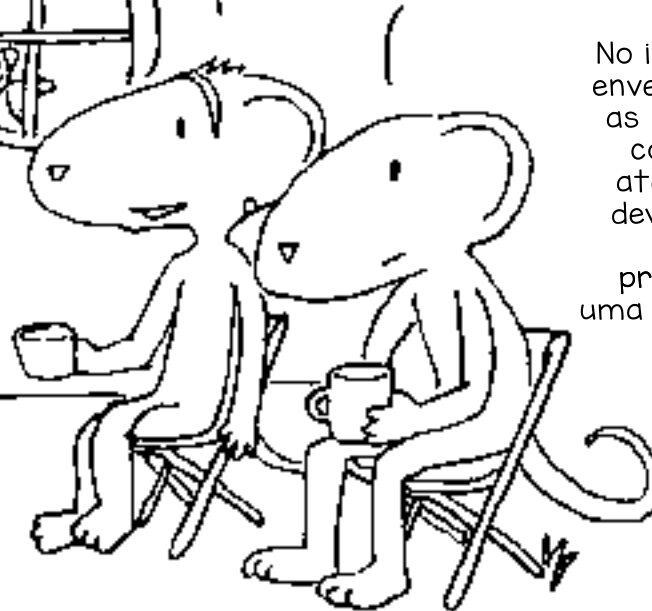


Estamos contentes por estarmos juntos, mas tem sido stressante.

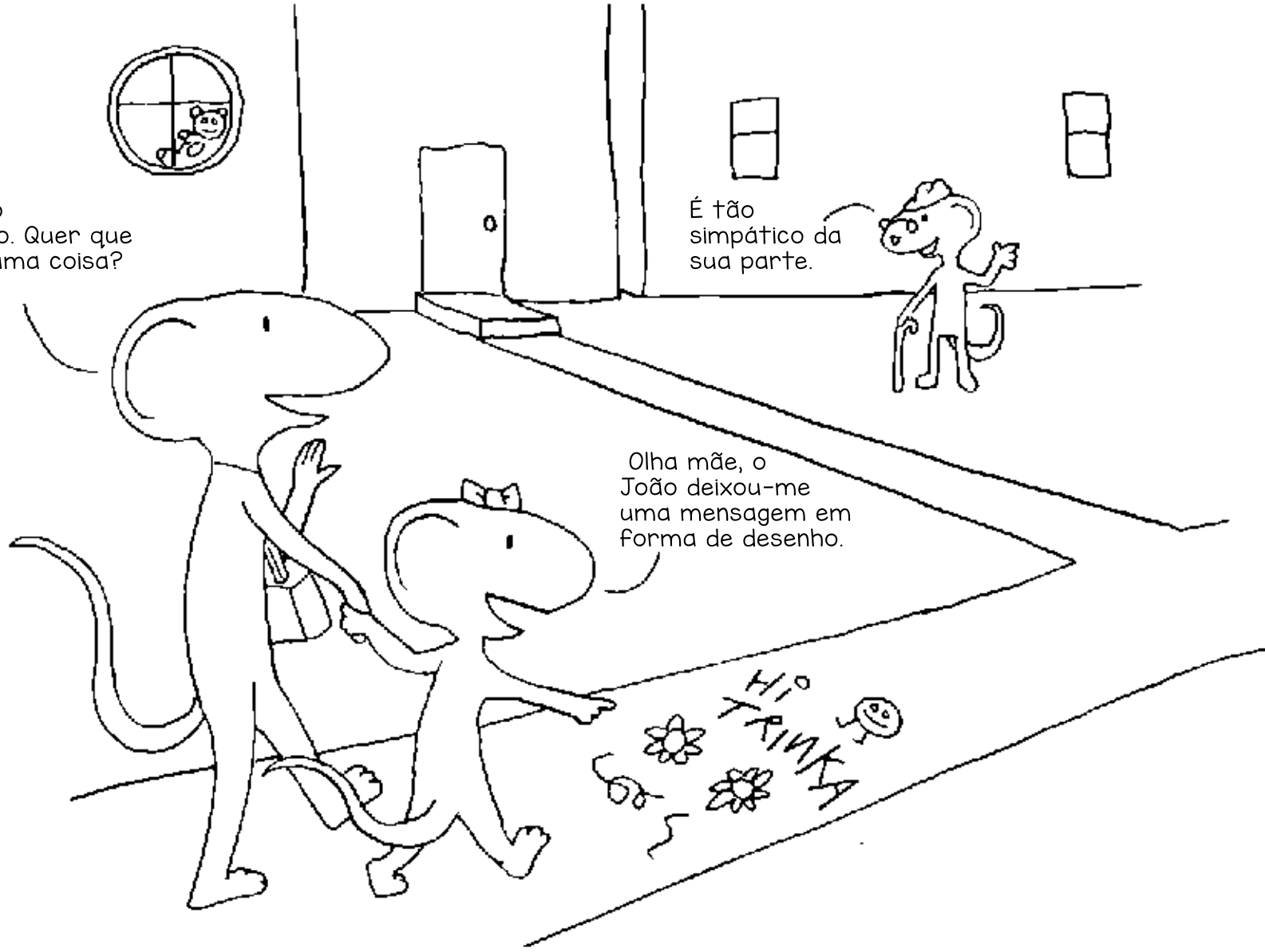


É difícil trabalhar e, ao mesmo tempo, cuidar das crianças. Eu estava a meio de uma chamada quando o João desata a chorar porque o Cal lhe tinha estragado o brinquedo. Ao mesmo tempo, o Cal disse que tinha cocó na fralda.

No início, fiquei tão envergonhada, mas as pessoas foram compreensivas e até disseram que devíamos apostar quem seria o próximo a mudar uma fralda durante uma chamada.



Para os pais, isto realmente ajudou, quando puderam conversar e ter apoio. Todos estavam a fazer uma ginástica com tantas coisas. Conversaram sobre coisas difíceis e partilharam histórias engraçadas que os fizeram rir e perceber que não estavam sozinhos. Também partilharam receitas e boas ideias para fazer com as crianças. Descobriram que poderiam ficar juntos, mantendo o espaço físico entre eles.



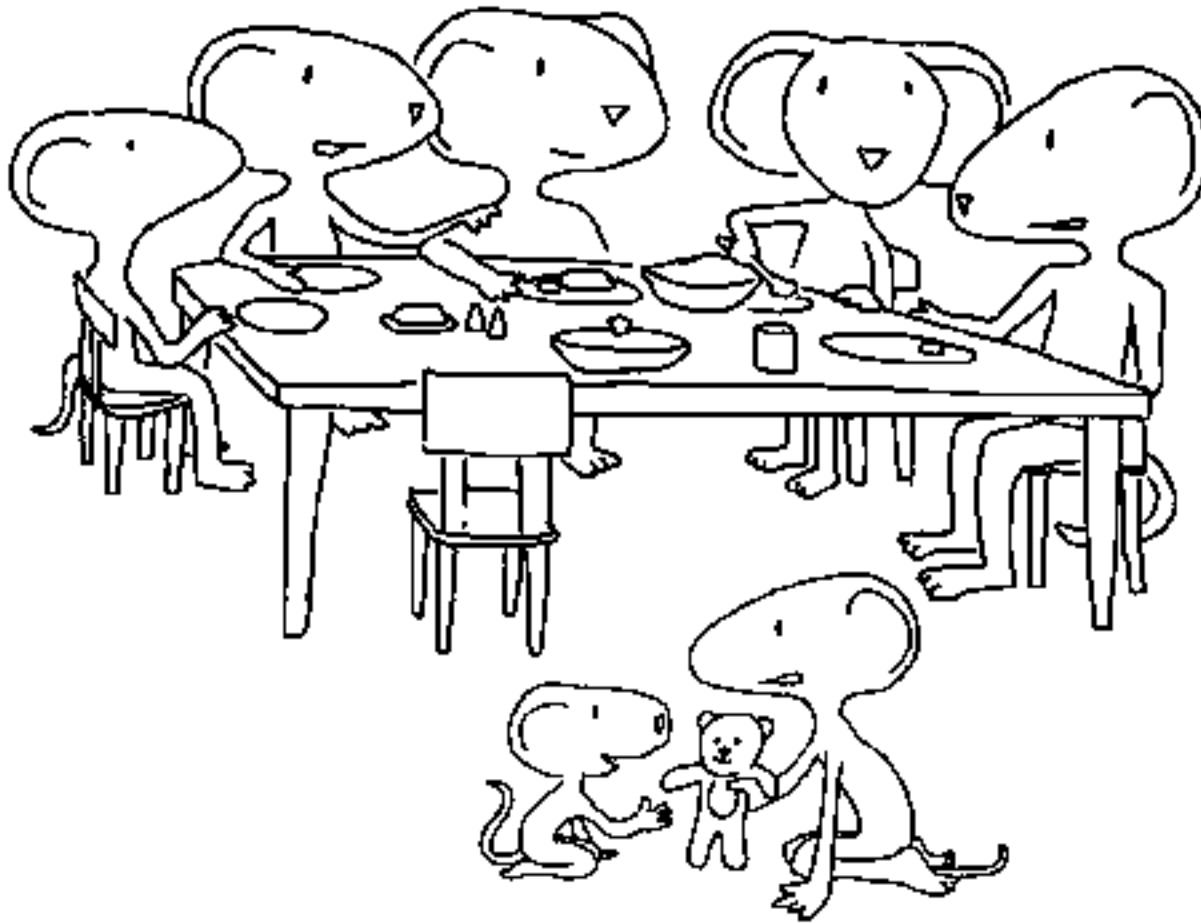
Nós vamos ao supermercado. Quer que lhe traga alguma coisa?

É tão simpático da sua parte.

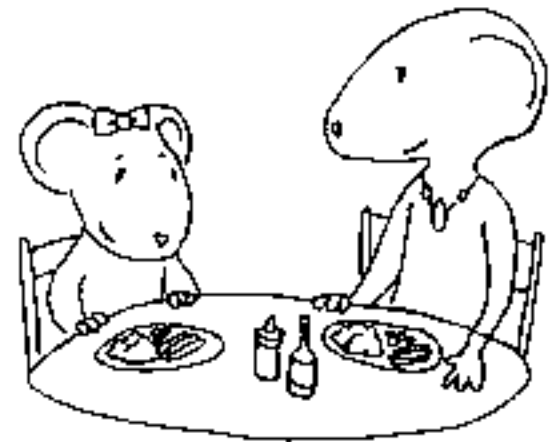
Olha mãe, o João deixou-me uma mensagem em forma de desenho.

Por toda a cidade as famílias faziam coisas para proteger a comunidade do vírus. Davam suporte uns aos outros e arranjavam maneiras de ajudar as crianças.

As famílias grandes comiam juntas.

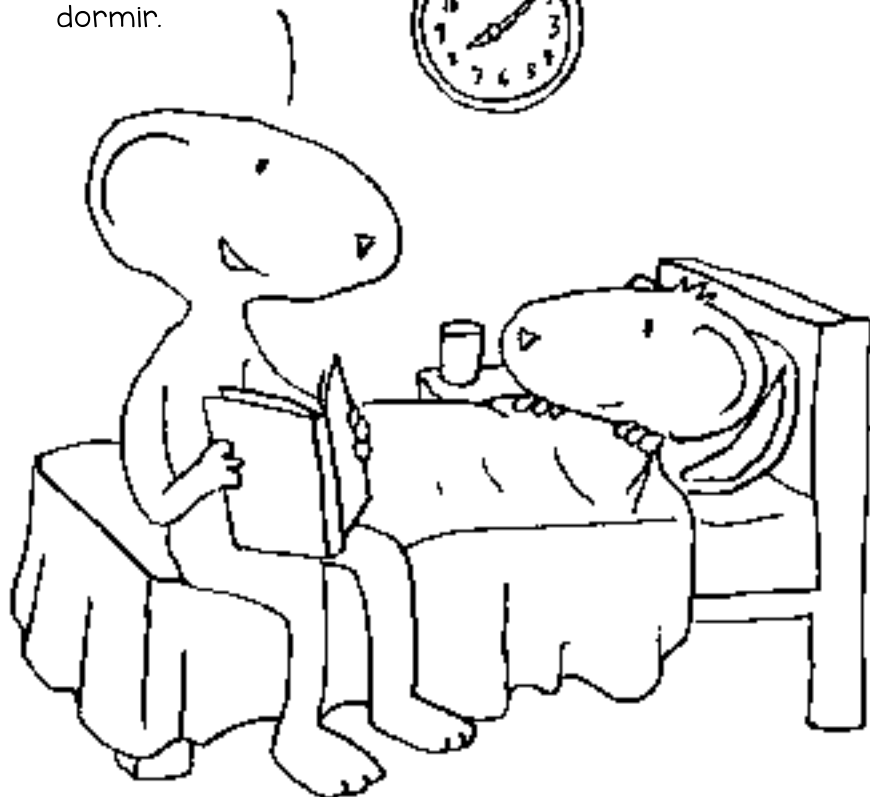


As pequenas também.



Passavam tempo juntas e tentavam voltar às rotinas simples, como cozinhar e comer juntas.

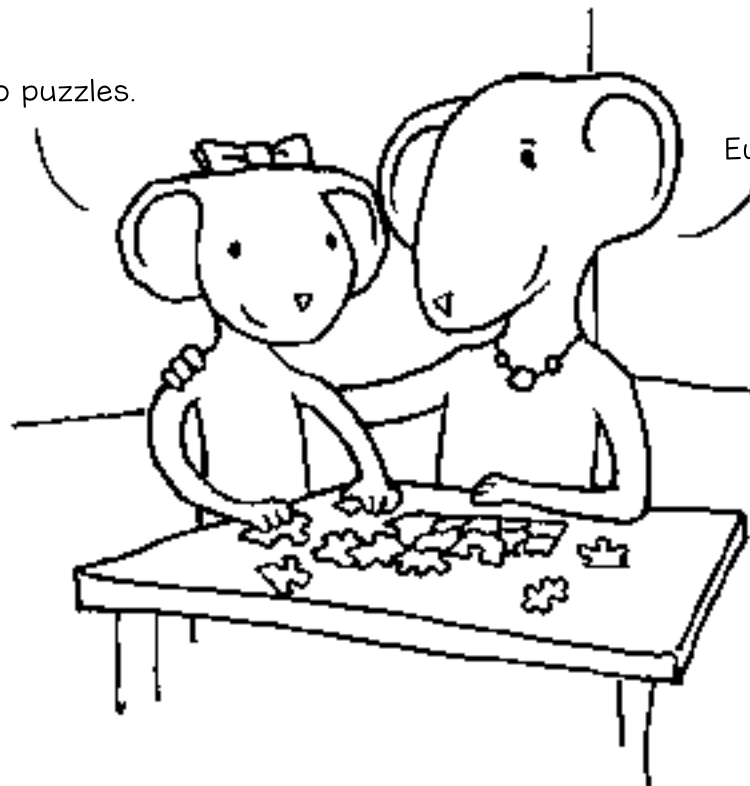
Mais uma história
e é hora de
dormir.



Tentavam ter horários
normais.

Adoro puzzles.

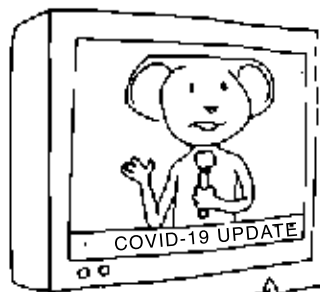
Eu também.



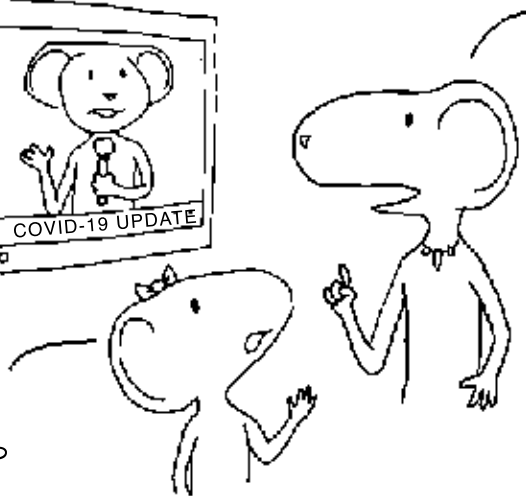
E descobriam coisas novas
que adoravam fazer juntos.



Dançaram e fizeram exercício... aos montes!



Mãe, o que está a acontecer?



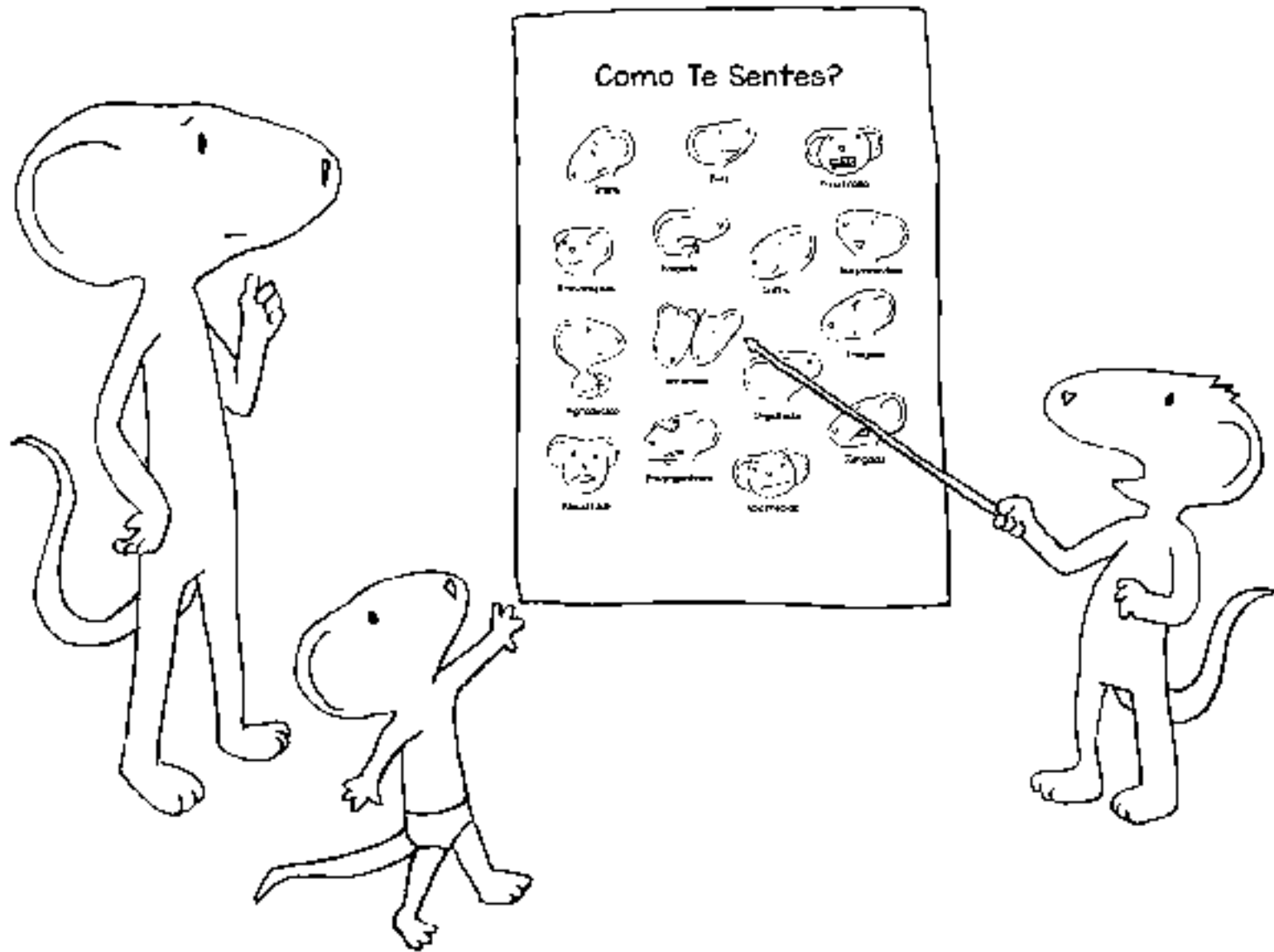
Acho que já sabemos isto. Vamos desligar.

Pensaram sobre quando deveriam ver as notícias e quando deveriam desligar a televisão.

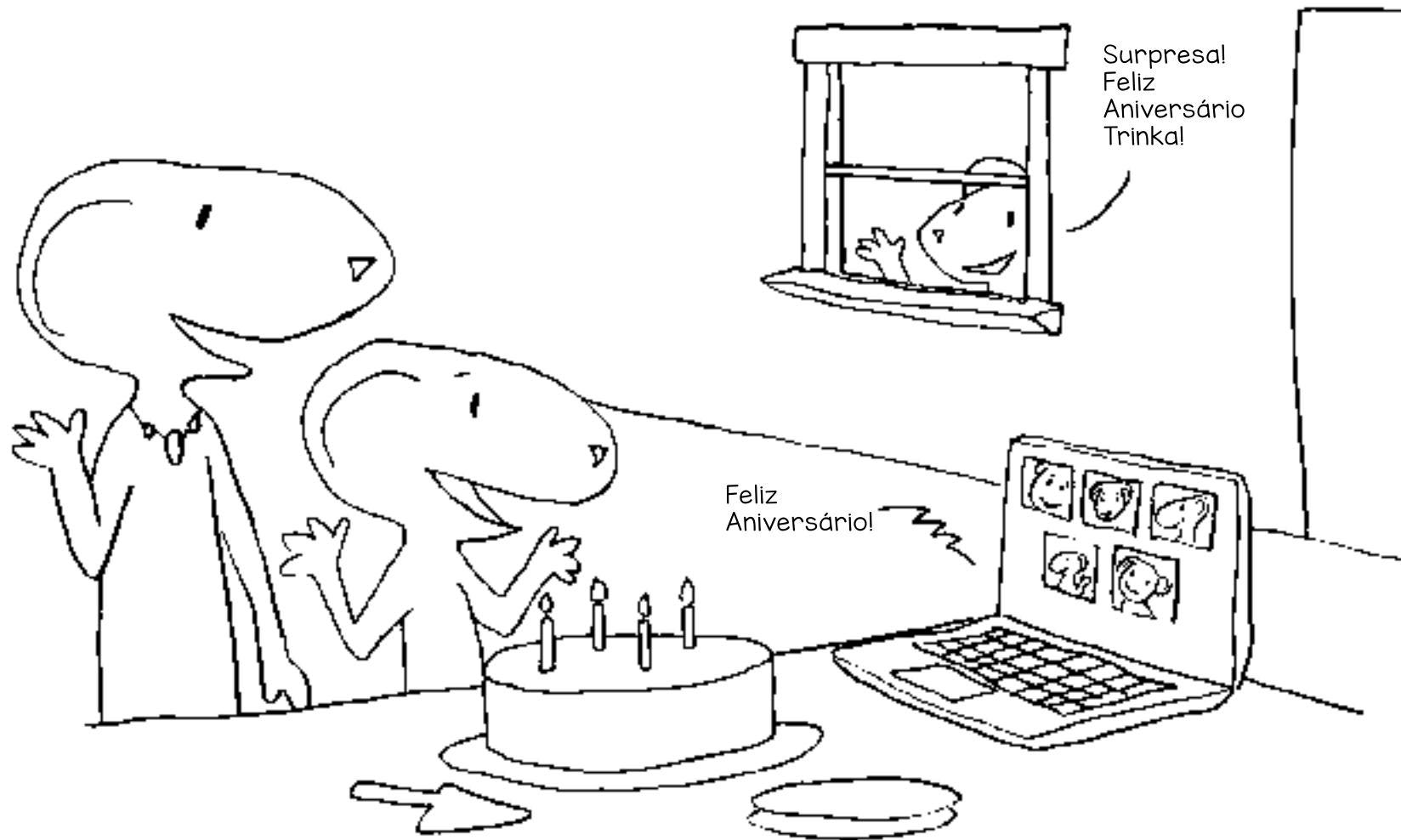


Deram grandes abraços uns aos outros.

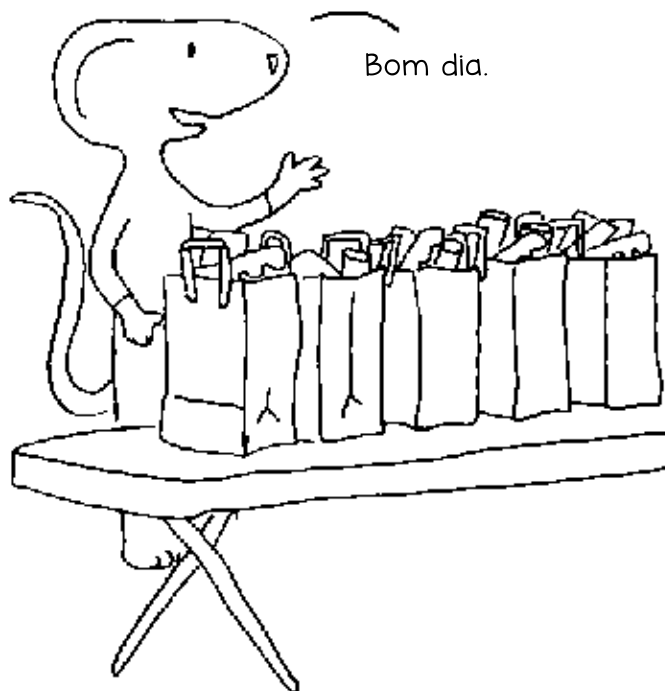
Descobriram maneiras de diminuir o stresse.



Eles conversaram sobre o que sentiam e descobriram o que podiam fazer quando se sentiam tristes, zangados, frustrados ou envergonhados. Construíram, assim, momentos de alegria, calma e e felicidade.



Estavam tristes por perderem acontecimentos especiais como festas de finalistas e aniversários da família, mas encontraram novas formas de celebrar. Não era a mesma coisa, mas era bonito e importante.

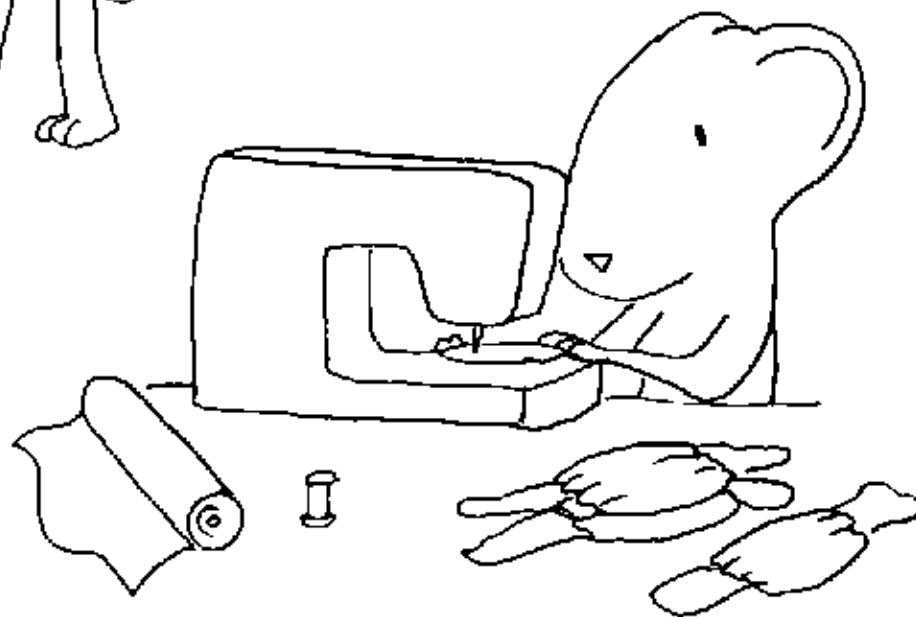
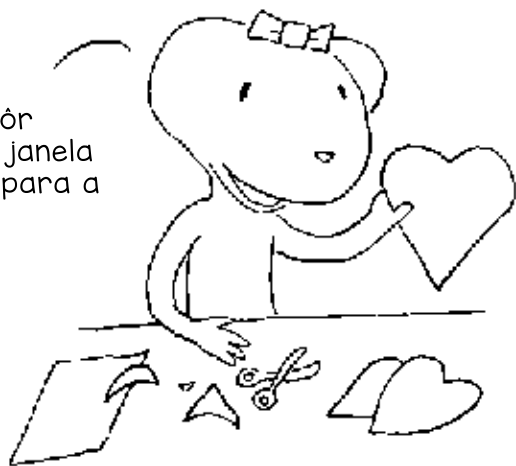


Bom dia.

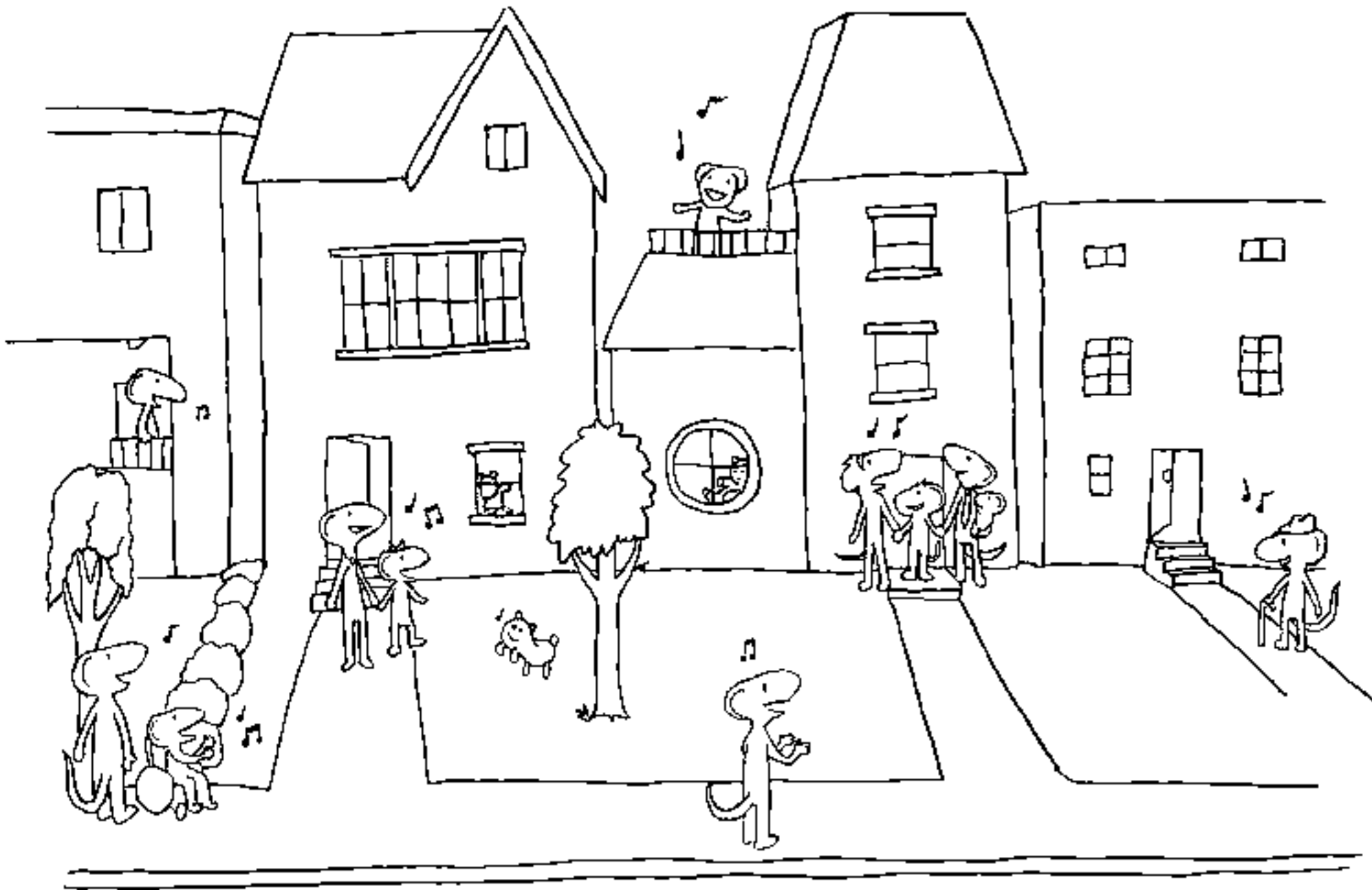


Obrigado. Isto ajuda mesmo.

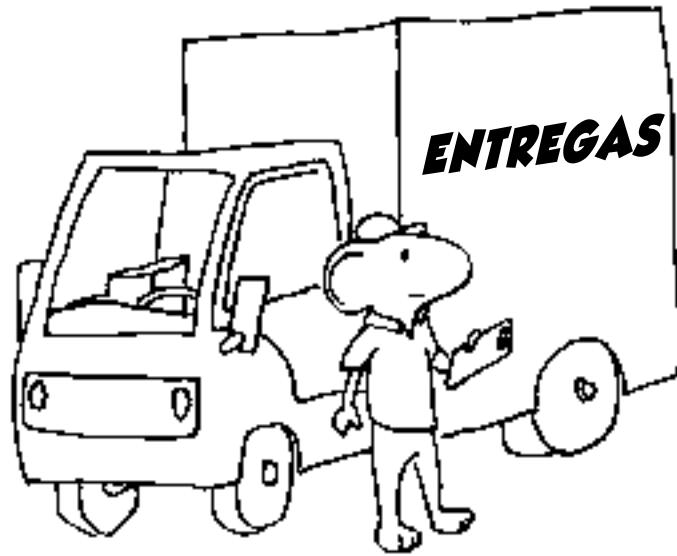
Eu vou pôr estes na janela e enviar para a Avó.



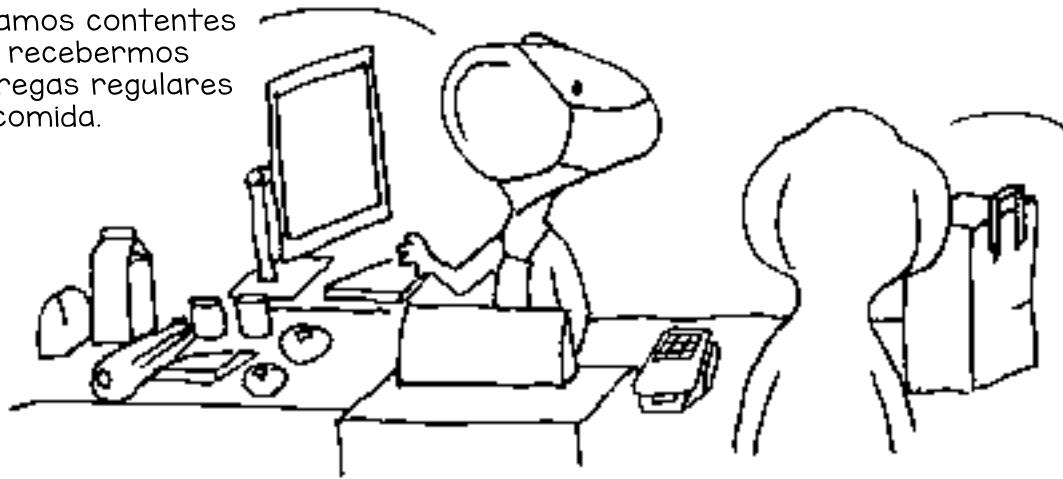
Eles ajudavam os outros.



E batiam palmas e cantavam. Mesmo estando em lugares diferentes, estavam juntos.



Estamos contentes por recebermos entregas regulares de comida.

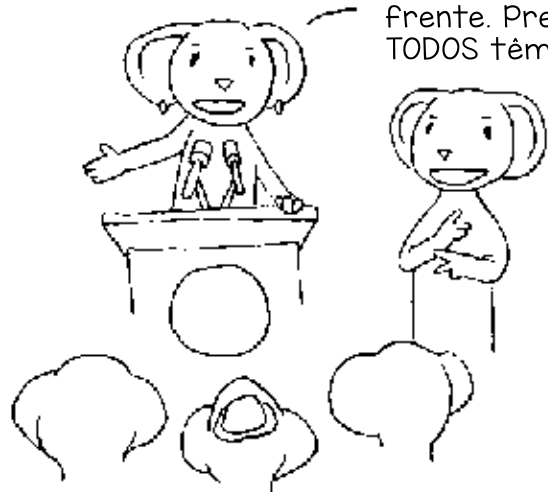


Vocês são incríveis!!

Obrigado por trabalharem tanto para nós podermos comprar comida em segurança.

Iria levar algum tempo. Enquanto esperavam, agradeciam a todos os que ajudavam as pessoas doentes, aos agricultores que cultivavam os alimentos, a todos aqueles que asseguravam que os supermercados tinham comida e que as encomendas eram entregues...

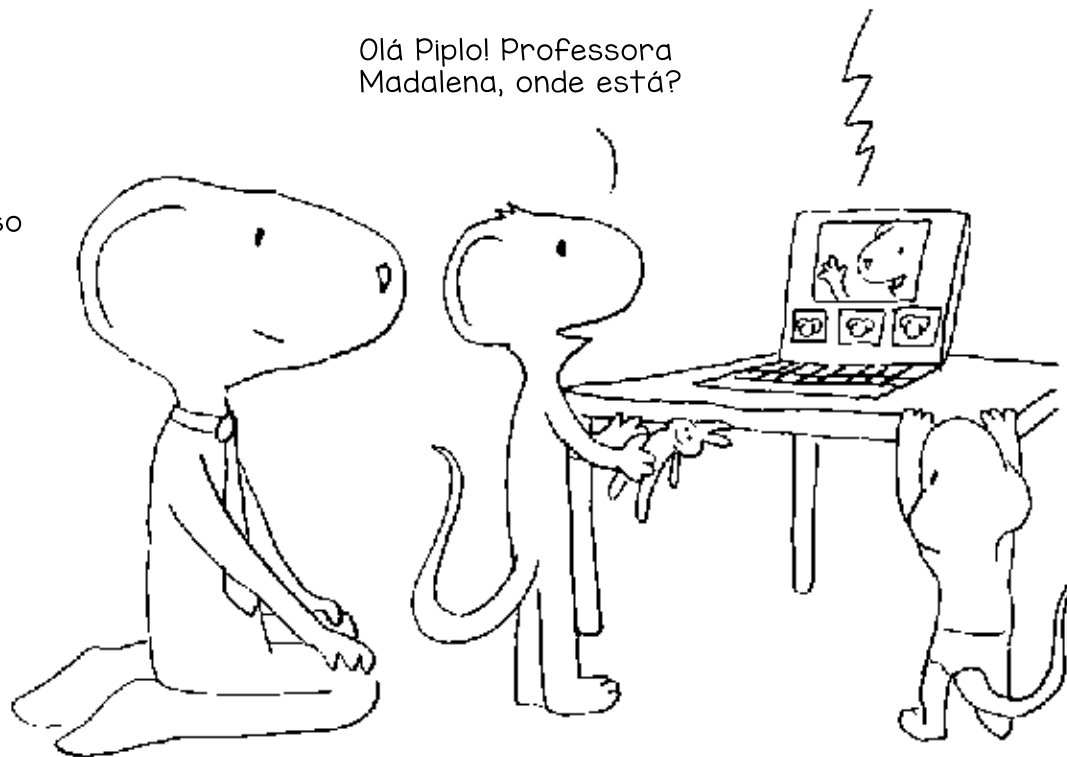
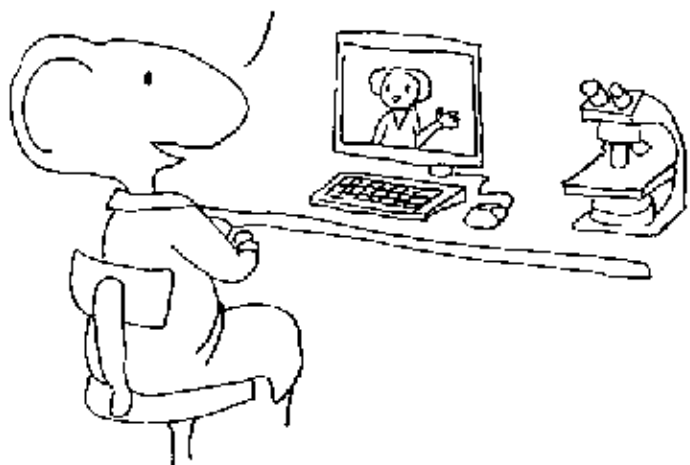
Estamos muito gratos a todos os que trabalham na linha da frente. Precisamos de trabalhar juntos para assegurar que TODOS têm os cuidados de que precisam.



Olá turma. Eu estou em casa, tal como vocês. Estou tão contente de vos ver. Vejo que todos trouxeram um peluche para nós conhecermos.

Olá Piplo! Professora Madalena, onde está?

Obrigado por partilharem os vossos dados. Penso que estamos perto de conseguir uma vacina.



... aos professores que os ajudavam a aprender e aos cientistas que trabalhavam muito para parar a doença, aos líderes que tentavam assegurar que as pessoas tinham os cuidados de que precisavam, às muitas pessoas que eram úteis e bondosas.

Temos estado todos
tão chateados.
Desculpa.

Não podemos
trabalhar, por
isso estamos
preocupados
com o dinheiro.

Não podemos
comprar
algumas coisas
neste momento,
como as tuas
guloseimas
preferidas.

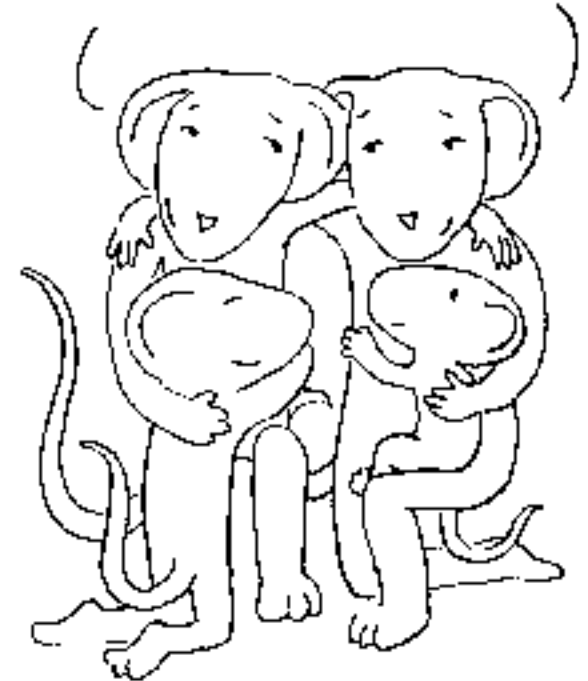


Bem sei que não
gostamos de pedir ajuda,
mas a família do João
quer ajudar-nos.

Acho que tens
razão. Precisamos
de ajuda.

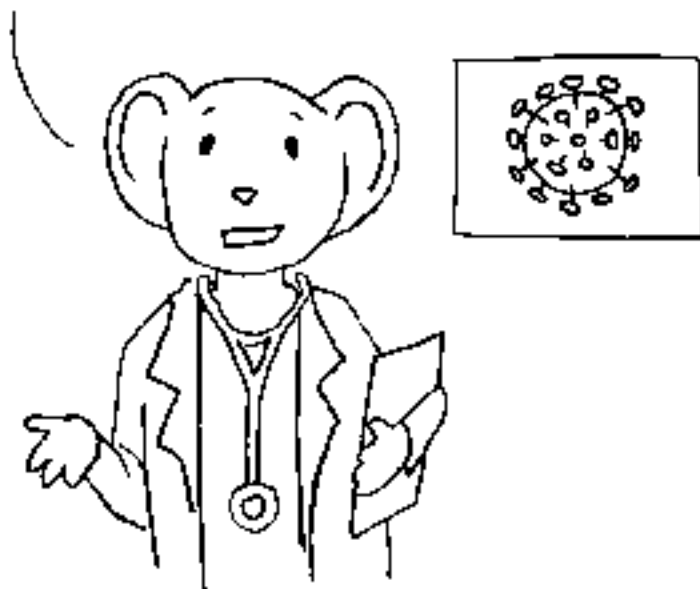


As coisas estão difíceis
neste momento, mas nós
estamos aqui para vocês.
Gostamos tanto de vocês!!



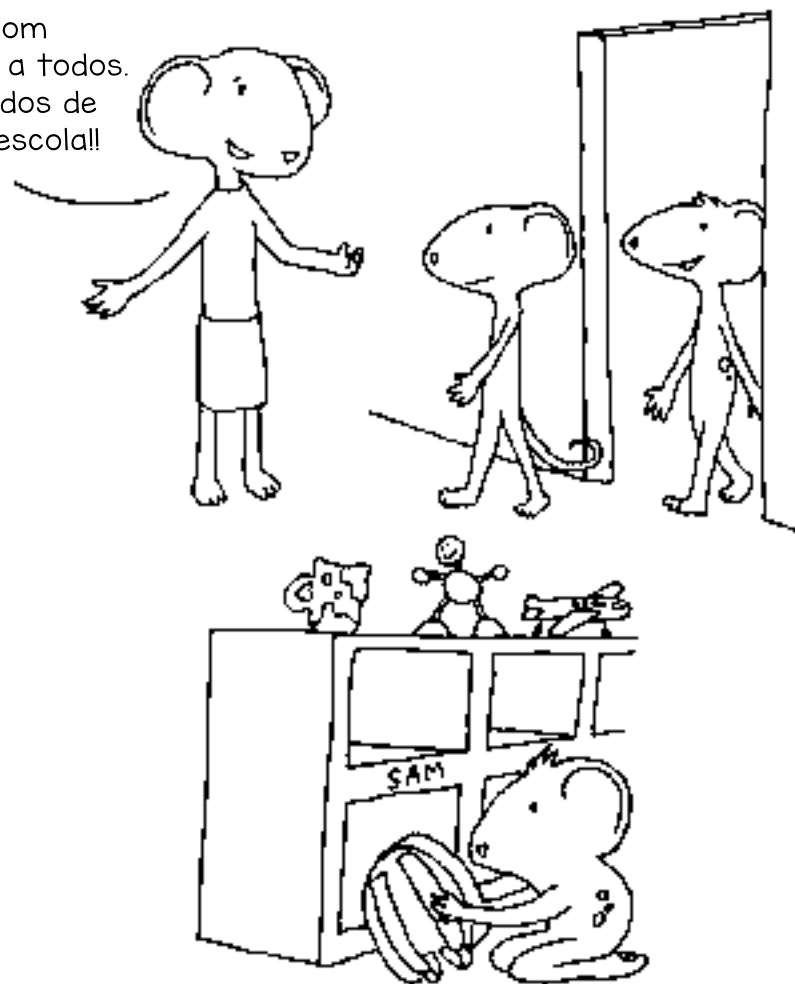
Também estavam gratos às pessoas que ficavam em casa e não podiam trabalhar. A família do Piplo estava preocupada com o emprego e com ter dinheiro suficiente para a renda da casa e para a comida. Mesmo assim, eles ficavam em casa para manter a cidade segura, para garantir que os hospitais não tinham demasiados doentes e que o vírus não se espalhava muito rápido. Eles também eram heróis.

Graças à colaboração de cientistas de todo o mundo, temos feito progressos nos tratamentos para o coronavírus.

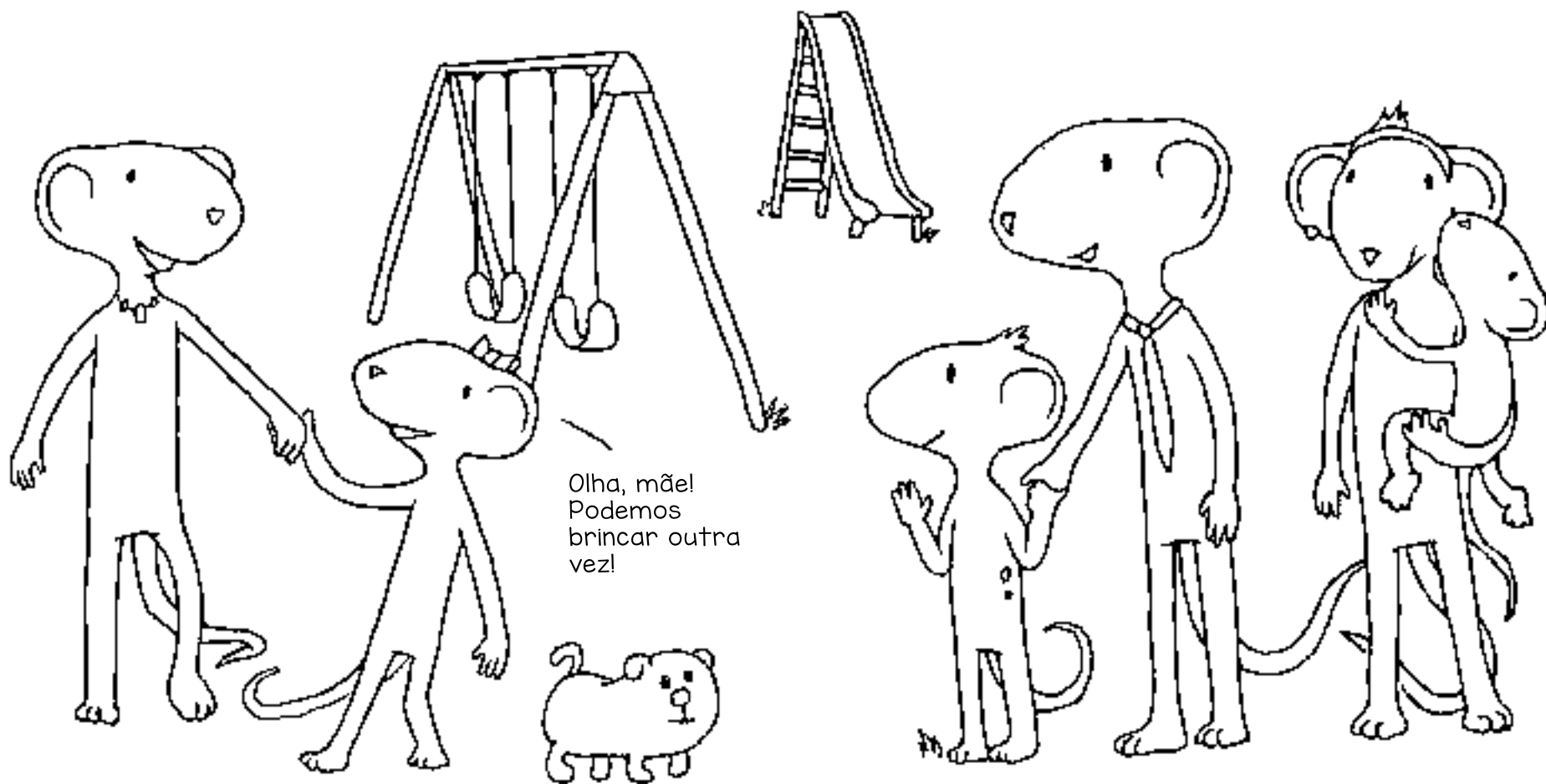


A pouco e pouco as coisas começaram a melhorar. Os cientistas descobriram maneiras de detetar o vírus e de desenvolver tratamentos.

É tão bom ver-vos a todos. Bem-vindos de volta à escola!!

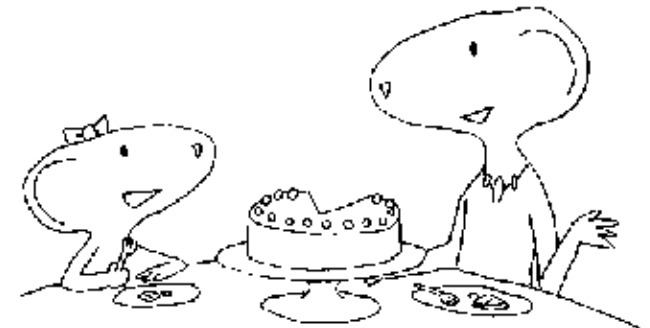


As crianças voltaram à escola. Os pais voltaram ao trabalho. Cumpriam as novas regras para se manterem seguros e trabalhavam juntos para combater o vírus.

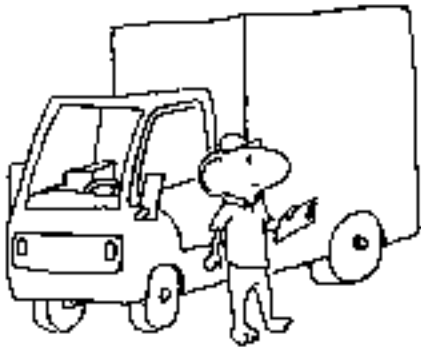


Levaria algum tempo. Haveriam momentos em que teriam de ouvir e cumprir cuidadosamente as regras para manter toda a gente a salvo do vírus. Também existiriam mudanças, mas, eventualmente, poderiam sair para brincar.

Coisas Boas Que A Minha Família Está a Fazer



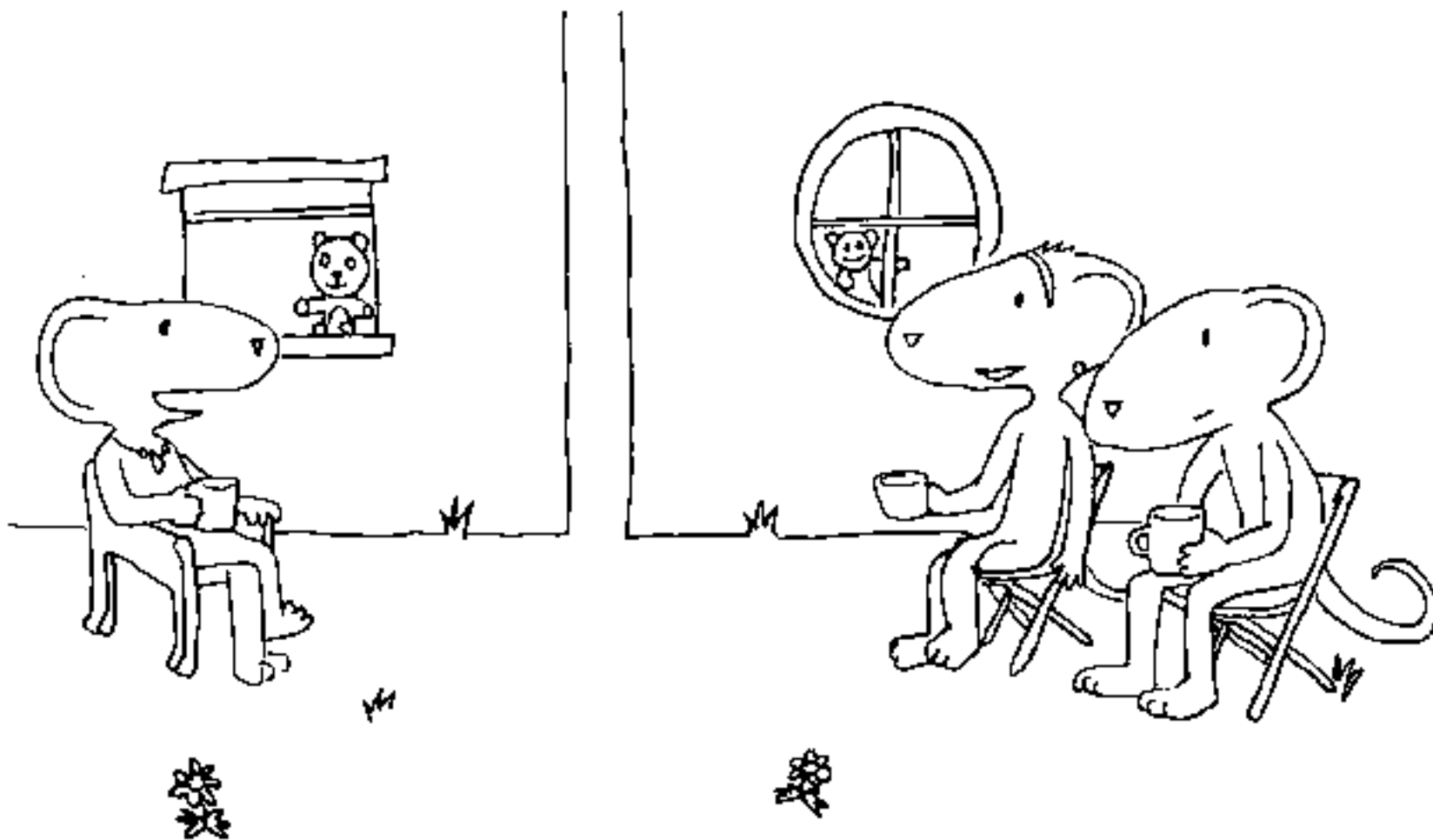
Pessoas Que Ajudam e a Quem Estamos Gratos



No combate ao Grande Vírus

Guia para Pais

Um folheto complementar à história
No Combate ao Grande Vírus:
Trinka, João e a Comunidade trabalham juntos!



Guia para pais

O objetivo da história é ajudar as crianças a lidar com os seus medos e preocupações relacionados com a COVID-19. Como a história mostra, pode ajudar o seu filho(a), fazendo-o sentir que é amado e partilhando o que está a ser feito para manter a família segura e feliz.

Formas para utilizar esta história

1. Conheça e veja o conteúdo do livro
 - Decida se existem páginas que prefere não abordar com o seu filho(a)
 - O livro descreve muitas experiências diferentes relacionadas com a pandemia da COVID-19. Dependendo da idade e etapa de desenvolvimento do seu filho(a), pode optar por limitar a exposição a experiências que ele não conhece.
 - No entanto, incluir todas as páginas pode ajudar o seu filho(a) a ter empatia pelos outros.
2. Consulte o folheto complementar *As perguntas da Trinkka e do João*
 - O folheto inclui perguntas que o seu filho(a) pode ter sobre o vírus ou mudanças que possam ocorrer na sua comunidade.
 - Veja as páginas e decida quais serão usadas com o seu filho(a).
 - Pode ler este folheto como uma história independente ou incluí-lo como parte desta história (páginas 6 e 7).
3. Leia e converse sobre este livro com o seu filho(a).
 - Durante a leitura deixe-se guiar pelo que desperta interesse ao seu filho(a)
 - Algumas crianças podem querer parar e conversar sobre o que está na página. Permita. É assim que elas começarão a partilhar as suas experiências, como se sentem e o que recordam.
 - Algumas crianças podem ficar preocupadas ou assustadas ao ler o livro e precisam de fazer uma pausa. Tudo bem.
4. Use-o como um livro para colorir.
 - Pintar é divertido e relaxante, permite que as crianças avancem ao seu próprio ritmo e dá-lhes algo para fazer.
 - Pode desenhar a máscara de proteção (consulte o folheto para obter instruções).
 - As crianças podem usar cores diferentes para sentimentos diferentes. Por exemplo, quando a Trinkka, o João (ou os seus pais) estão com raiva, eles podem pintar a imagem de vermelho. Quando estão tristes, podem pintar a imagem de azul. Quando estão assustados ou preocupados, podem escolher uma cor para o medo e pintar essas páginas com essa cor. Isto ajudará o seu filho(a) a começar a pensar em sentimentos diferentes.
 - Quando as crianças estão a pintar, geralmente começam a falar sobre o que pensam.
 - Algumas crianças podem querer riscar em determinadas páginas para mostrar o quão zangadas estão ou o quanto não querem que isso aconteça. Esta é uma maneira de manifestar os sentimentos.
 - Elas podem estar zangadas com o vírus e usar uma página do folheto *As perguntas da Trinkka e do João* para mostrar como estão zangadas com o vírus.
 - Elas podem ficar irritadas pelo facto do parque infantil estar fechado ou por pessoas da família estarem zangadas e usarem essas páginas para expressar os seus sentimentos.
5. Use a história para falar sobre as experiências da sua família, durante a pandemia da COVID-19.
 - As coisas boas que está a fazer em família
 - Bons momentos que está a ter em família
 - Alguns dos desafios que está a enfrentar
 - Maneiras de apoiar a sua comunidade
 - Como a sua comunidade a está a apoiar

Pode dizer algo como "É bom fazer uma pausa. Podemos continuar quando quiseres".

6. Histórias são importantes para crianças pequenas. Ajudam-nas a entender o que está a acontecer.
7. As histórias podem abrir portas para conversas difíceis, mas importantes.
 - Quando ler a história ao seu filho(a), ele saberá que não há problema em falar sobre o que está a acontecer e em fazer perguntas.
 - Quando o seu filho(a) faz perguntas, responda com palavras simples.
 - Muitas famílias enfrentam muito stresse relacionado com a COVID-19, incluindo stresse económico, stresse por estar em confinamento e por prestar apoio constante aos filho(a)s, enquanto tentam trabalhar. Se o seu filho(a) perceber que está zangado ou com raiva, fale sobre isso depois de ter tido oportunidade para respirar e sentir-se mais calmo. Não há problema em admitir que estava zangado, assustado ou aborrecido. Ajude o seu filho(a) a ver que está melhor agora, que é forte e que fará tudo o possível para manter a sua família segura. Além disto, lembre-se de fazer pausas durante este período stressante como estratégia de autocuidado.
 - Ao conversar consigo, o seu filho(a) pode partilhar sentimentos difíceis. Quando as crianças podem conversar e não precisam de expressar os seus sentimentos através do comportamento, geralmente o comportamento melhora.
 - Para ajudar o seu filho(a) a conversar, pergunte-lhe o que é que a Trinka e o João estão a passar/sentir ou o que é que lhe lembra e se alguma vez se sentiu da mesma maneira. Partilhe que também se preocupa e esteja aberto para responder a perguntas.
 - Às vezes, quando as crianças não estão confortáveis ou preparadas para falar sobre os seus próprios sentimentos, elas expressam-se, falando sobre como as personagens da história se sentiram ou se comportaram. Se notou semelhanças entre os sentimentos e comportamentos da Trinka e do João com os do seu filho(a), pode direcionar a conversa para essas partes da história. Por exemplo:
 - O João está zangado com o pai porque não entende que não pode voltar para a escola. As crianças pequenas, geralmente, ficam zangadas com os pais quando as rotinas mudam. Elas também podem comportar-se mal, o que as faz sentir mal consigo mesmas. É importante que os seus pais entendam que o João sente falta dos seus amigos e professores e também que o stresse de estar em casa/confinado se acumula no seu corpo. Assim como os pais do João, pode ajudar a identificar estratégias para o seu filho(a) lidar com essa frustração, incluindo identificar e nomear sentimentos, exercitar-se, fazer exercícios respiratórios e ser confortado por si.
 - Durante estes tempos difíceis, a Trinka ficou mais agarrada aos pais. É difícil para as crianças pequenas verem tantas mudanças na rotina de casa e na comunidade. Quando crianças pequenas veem adultos a ficar preocupados, elas também se preocupam. Embora a Trinka seja segura e saudável, ela pode preocupar-se com o que pode acontecer no futuro, principalmente depois de saber que as pessoas da comunidade estão a ficar doentes. A tranquilidade da sua mãe, fornecendo uma rotina que inclui atividades especiais, esclarecendo as regras e tendo paciência extra, ajudou a Trinka a sentir-se melhor.
 - Até o Cal, o irmão mais novo, pode ser afetado pelas mudanças na rotina da família ou pela reação dos membros da família a diferentes situações. Medo e preocupação são contagiantes, mas, felizmente, a calma e o riso também o são.
8. Se os seus filho(a)s parecem preocupados ou tristes, falar sobre os sentimentos do João, da Trinka, do Cal ou mesmo do Juju pode ajudá-los a começar a falar sobre os seus próprios sentimentos.
9. Use a história para iniciar (ou continuar) a conversa com o seu filho(a) sobre o vírus. Lembre-se que o folheto *As Perguntas da Trinka e do João* pode ajudar a orientar esta conversa.

Pontos-chave a lembrar

- Vamos lidar com mudanças nas nossas rotinas e com incertezas por um longo período de tempo. Tente ser paciente consigo e com a sua família.
- Ajude a sua família a criar uma nova rotina, durante a pandemia. Além da hora da refeição e da hora de dormir, a sua rotina pode incluir momentos de aprendizagem e de brincadeiras e atividades familiares. Certifique-se que também inclui um tempo calmo e silencioso para cada membro da família.
- As crianças pequenas, geralmente, não conseguem dizer-nos a sua percepção sobre o que está a acontecer. Elas mostram a sua preocupação através do seu comportamento. A Trinka quer colinho. O João tira o brinquedo ao irmão e bate com a porta. Algumas crianças têm dores de barriga.
- As crianças reagem de formas diferentes. A Trinka está preocupada e fica mais agarrada aos pais. O João está preocupado e acaba por reagir reage.
- Embora as crianças precisem de se separar dos seus amigos por um tempo, ajude-as a encontrar outras formas de manter as ligações. A Trinka fez um cheesecake para o João. O João deixou uma mensagem no passeio para a Trinka.
- As crianças pequenas podem ter um medo extra pela segurança dos pais. O João e o Cal precisavam de se assegurar que a mãe se estava a proteger. O pai precisava de esclarecer perguntas adicionais que eles tinham sobre o motivo da mãe ter de sair de casa.
- Se ocorrerem alterações no seu horário, informe os seus filho(a)s do porquê e como podem manter o contacto consigo. O João e o Cal precisavam saber que a mãe poderia ficar longe de casa, mas eles podiam conversar com ela por videochamada.
- Na história, os pais ficam zangados e frustrados com o comportamento dos filho(a)s, mas tentam entender porque é que se estavam a comportar daquela maneira.
- Os pais também ficaram zangados um com o outro, o que aumentou a preocupação dos filho(a)s. Cuidem do vosso bem estar e encontrem maneiras de dar espaço um ao outro, e, se possível, estratégias para resolver os conflitos sem a presença dos vossos filho(a)s.
- Lembre-se de que as crianças estão sempre a aprender, não apenas o ABC, mas também sobre sentimentos e relacionamentos. Quando ficam irritados ou quando nos veem zangados, estão a aprender sobre a raiva. Que coisas nos irritam? O que fazemos quando estamos com raiva? Como reparamos relacionamentos, após momentos de conflito? Pense no que gostaria que eles aprendessem sobre a raiva. Às vezes, como pais, ajudamos os nossos filho(a)s a aprender coisas diferentes daquilo que aprendemos quando éramos mais jovens.
- Mesmo quando as crianças estão assustadas, com raiva ou tristes, não é aceitável que elas se comportem de forma agressiva - estabelecer limites para seus filho(a)s ajudá-los-á a sentirem-se seguros.
- Crianças pequenas fazem as mesmas perguntas repetidamente. Isto não acontece porque elas esquecem o que lhes disse, mas porque essa é a maneira delas aprenderem e entenderem o que está a acontecer. Elas precisam que responda, repetidamente, as mesmas perguntas da maneira mais paciente e meiga possível.
- As crianças perderão rituais familiares, durante estes períodos de incerteza (por exemplo, festas de finalistas, temporadas desportivas incompletas, festas de aniversário canceladas). Reconheça as frustrações dos seus filho(a)s e tente, mais tarde ou de uma maneira diferente, recuperar a oportunidade perdida. No aniversário da Trinka, a sua família desejou feliz aniversário por vídeo e o João pela janela, mas teve o seu bolo favorito.
- Converse com os seus filho(a)s sobre as diferentes maneiras como a comunidade começa a reabrir. Fale sobre quando as escolas recomeçarem, quando puderem brincar nos parques infantis ou ter brincadeiras novamente. Os seus filho(a)s podem ter perguntas adicionais sobre a segurança, durante cada uma dessas etapas. Certifique-se que os ajuda a entender o porquê dessas atividades, agora, já serem seguras.

- Ajude os seus filho(a)s a conhecer as pessoas que ajudam a comunidade e os seus diferentes papéis. Agradecer a essas pessoas pode inspirar as crianças a querer ajudar outras pessoas no futuro. Agradeça também aos seus filho(a)s pela maneira como ajudaram outras pessoas.

Pensando no seu filho(a)

- O seu filho(a) agiu de maneira diferente desde a pandemia?
- O que preocupa o seu filho(a)?
- Como sabe quando o seu filho(a) está preocupado?
- Como tende o seu filho(a) a comportar-se, quando está stressado ou preocupado?
- O que pode fazer em conjunto com o seu filho(a) para ele se sentir melhor?

Estratégias e sugestões para ajudar o seu filho(a)

- Ajude os seus filho(a)s a conversar consigo sobre o que está a acontecer. Corrija qualquer informação imprecisa ou mal-entendidos que possam existir.
- Ajude os seus filho(a)s a identificar sentimentos que possam estar a sentir e diga-lhes que é aceitável sentirem-se assim. O poster da Trinka e do João pode ajudar. Pode descarregar uma cópia gratuita no site: <https://piploproductions.com>.
- Ajude os seus filho(a)s a sentirem-se seguros. Concentre-se na segurança psicológica (como os seus filho(a)s se sentem) e na segurança física real (quantas pessoas estão doentes na sua comunidade, como evito que a minha família fique doente). Discuta o que a sua família está a fazer, para manter todos bem (por exemplo, lavar as mãos, limpar as compras, usar máscara, ficar em casa).
- As crianças pequenas sentem-se seguras quando as tranquiliza.
- As crianças sentem-se seguras quando têm rotinas previsíveis (refeições regulares, horários e regras consistentes) e sabem o que acontecerá a seguir.
- Limite a exposição dos seus filho(a)s à informação dos media sobre a COVID-19.

- Distraia os seus filho(a)s com atividades diferentes para os manter ocupados, para ajudar a obter energia e para os acalmar.
- Ajude-os a permanecer em contacto com a família, amigos, professores e vizinhos.
- Se puder, ajude-os a fazer algo por alguém em necessidade (por exemplo, enviar um cartão, comprar mantimentos, fazer biscoitos). Ajudar os outros ajuda a que se sintam melhor.

Formas de se cuidar:

- Os adultos lidam com muitos stressores - tentam educar e entreter as crianças, fazendo malabarismos com os seus próprios empregos, preocupando-se com finanças e mantendo todos em segurança. Pode estar com medo e sentir-se triste, zangado ou culpado por tudo o que está a acontecer.
- Faça várias respirações lentas para se acalmar. Inspire silenciosamente e expire lentamente (o dobro do tempo que inspira).
- Certifique-se que, em cada dia, encontra formas para cuidar de si. Pratique um bom descanso/sono, alimentação saudável e exercício. O que o ajuda a sentir-se calmo? O que lhe traz alegria? Encontre uma atividade prática para fazer todos os dias.
- Encontre maneiras de contactar com amigos, familiares e colegas de trabalho. Ajuda a ligar-se a outras pessoas na mesma situação e a aprender formas distintas para lidar com os problemas.
- Permita-se sentir triste e experienciar os diferentes sentimentos que esta pandemia pode trazer como consequências.
- Para grandes preocupações (por exemplo, desemprego), tente considerar pequenos passos para começar a lidar com esse problema. Por exemplo, solicitando o subsídio de desemprego, pesquisando programas comunitários de alimentos, entrando em contacto com a sua entidade empregadora, para determinar a viabilidade de ser recontratado).

- Mantenha-se informado, mas limite a informação da comunicação social sobre a COVID-19.
- Seja paciente e autocompassivo, pois talvez não seja o melhor pai/ mãe no momento, o mais eficiente, ou consiga fazer tudo da sua lista.

Recursos adicionais

- [NCTSN.org](https://www.nctsn.org/): informações sobre crianças, desastres, emergências de saúde pública e trauma.
- [Parent/Caregiver Guide to Helping Families Cope with the Coronavirus Disease \(COVID-19\)](#) (inglês/espanhol).
- [Helping Children with Traumatic Separation or Traumatic Grief related to COVID-19](#)
- [Helping Children with Traumatic Separation or Traumatic Grief related to COVID-19](#)
- [Coping in Hard Times: Fact Sheet for Parents](#)
- [Piploproductions.com](https://www.piploproductions.com/): histórias para ajudar as famílias a recuperarem, incluindo *Uma vez que eu estava com muito medo, você não estava comigo* (para famílias que sofreram separações difíceis) e *Holdin Pott*, para ajudar as famílias a falar sobre sentimentos.
- Rua Sésamo: [Caring for Each Other](#) e [Sesame Street in Communities](#) tem dicas, atividades e outras ferramentas para ajudar toda a família com as incertezas das emergências de saúde (inglês/espanhol).
- Zero a três: [Tips for Families: Coronavirus](#) possui informações para famílias com crianças pequenas.
- [Zero to Thrive](#): recursos e informações da COVID-19 para famílias e profissionais.
- [My COVID-19 Time Capsule](#)- um livro de atividades.
- [PBS Kids](#):: possui atividades divertidas e criativas para as crianças.
- [PBS Kids](#): Faça o download de um aplicativo de bem-estar (por exemplo, Headspace, Calm, Simple Habit).

A nossa Equipa:



Chandra Ghosh Ippen, Ph.D. é autora de livros infantis e diretora associada do [Programa de Pesquisa em Trauma da Criança](#) da Universidade da Califórnia, São Francisco, onde dirige a divulgação e implementação da [Psicoterapia dos Pais e Filhos](#), um tratamento baseado em evidências para crianças pequenas e famílias que sofreram trauma. A Chandra tem uma missão vitalícia: confeccionar 1000 tartes e uma tarte em todos os 50 Estados.



Erich Ippen, M.S. é o artista residente da [Piplo Productions](#). Quando criança, sempre se interessou por desenhos animados e o design de personagens. Na sua carreira profissional, trabalha como artista de efeitos visuais na Lucas Film. É também cantor, compositor, produtor musical e membro fundador da banda de San Francisco, District 8.

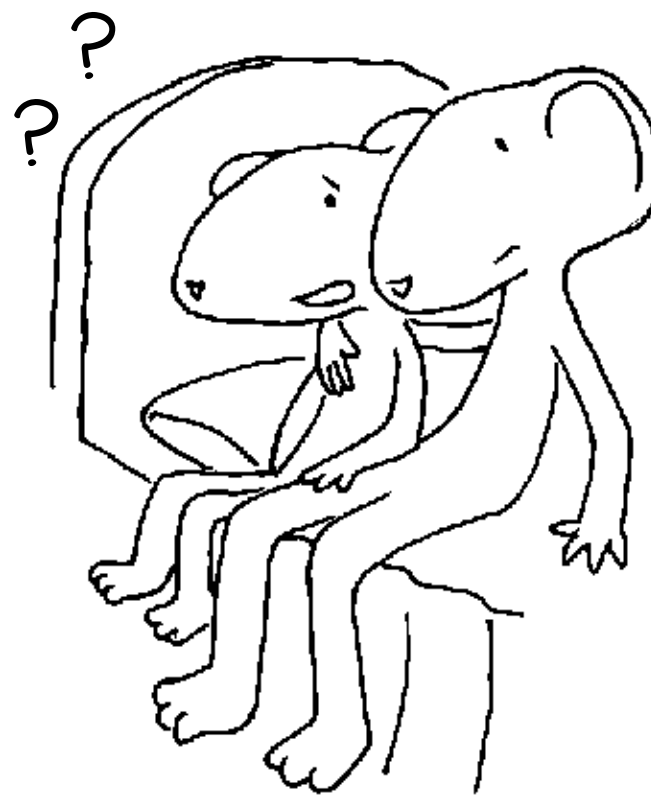
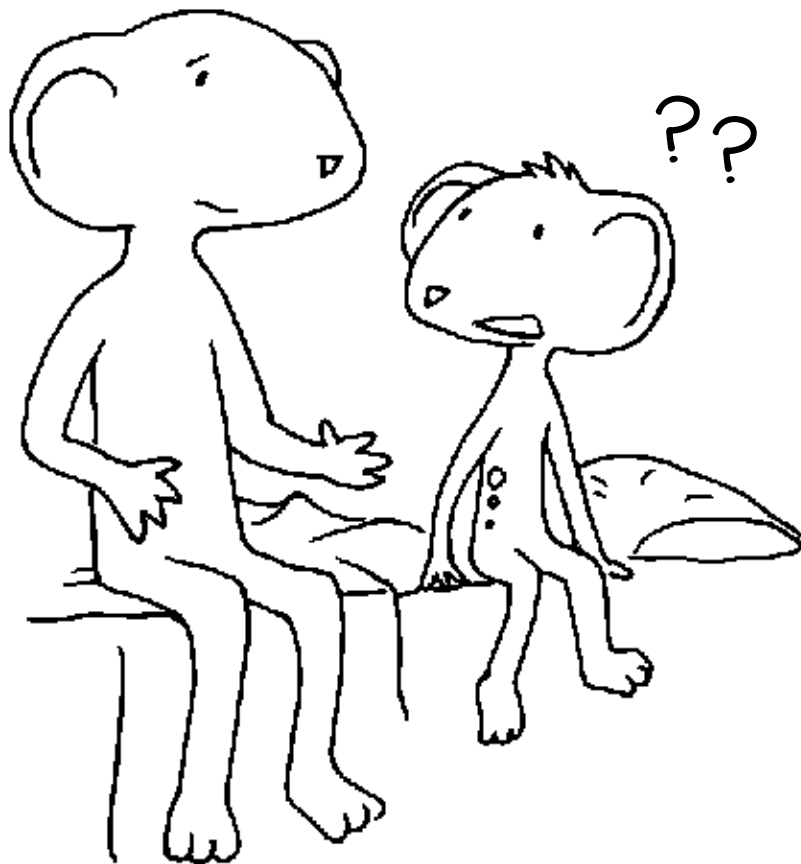


Melissa Brymer, Ph.D., Psy.D. é a diretora do programa de terrorismo e desastres do Centro Nacional de Stress Traumático Infantil da UCLA / Duke University. Apoia crianças, famílias e comunidades afetadas por vários tipos de desastres, incluindo furacões, tornados, terremotos, incêndios florestais e a pandemia da COVID-19. Bentley e Bailey também contribuem com muito apoio e abraços.

No combate ao Grande Vírus

As perguntas da Trinkka e do João

Um folheto complementar à história
No Combate ao Grande Vírus:
Trinka, João e a Comunidade trabalham juntos!

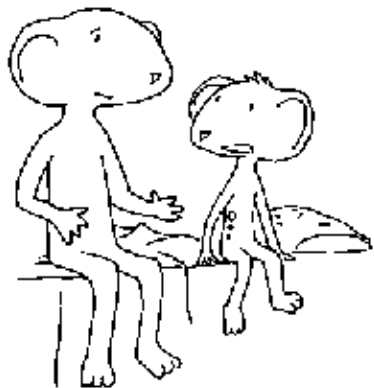


As Perguntas e Preocupações da Trinka e do João

Nota para pais e outros educadores

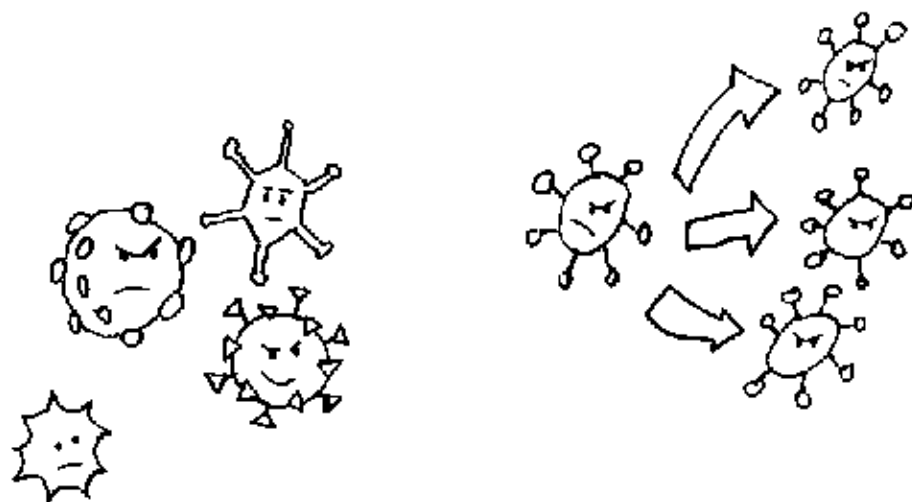
- A Trinka e o João têm muitas perguntas.
- O seu filho também pode ter algumas destas perguntas.
- Neste folheto tentámos incluir perguntas comuns e frequentes a todas as crianças.
- Pode usar as páginas separadamente, usar o folheto como uma história ou incluir páginas do folheto ao ler a história No Combate ao Grande Vírus: Trinka, João e a Comunidade trabalham juntos!
- Veja o livro e escolha que páginas quer abordar com o seu filho.
- Sinta-se à vontade para não abordar algumas páginas, se achar que não serão úteis, devido ao modo como o vírus está a afetar a sua comunidade e família; ou se a sua família já conversou sobre este assunto.





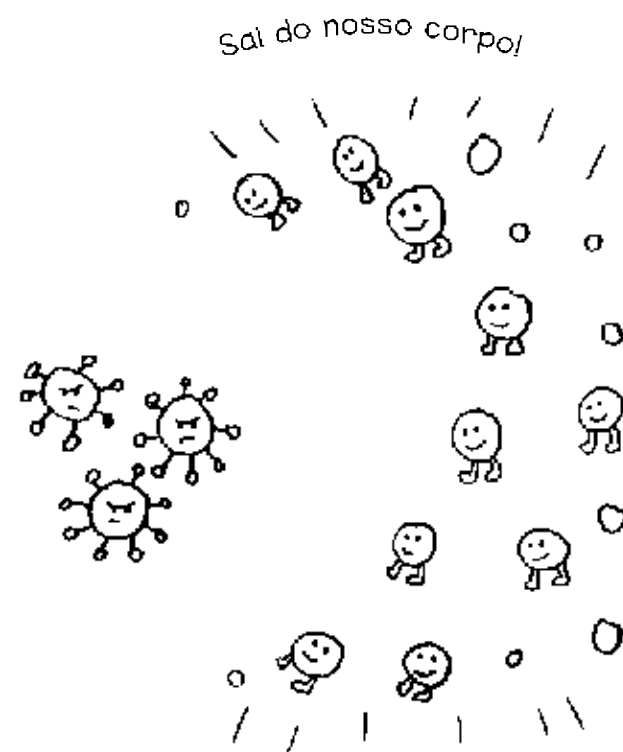
O que é um vírus?

O que faz?



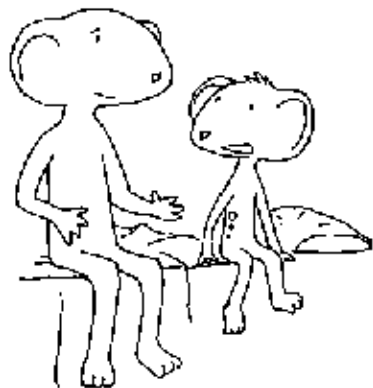
Existem diferentes tipos de vírus no mundo. Nem todos os vírus nos deixam doentes, mas alguns podem adoecer-nos.

A missão número 1 do vírus é espalhar-se.



Os nossos corpos têm guerreiros que combatem os vírus. Às vezes, eles vencem o vírus imediatamente. Outras vezes, podemos ter febre ou nariz entupido. Podemos tossir, espirrar ou ficar cansados. São sinais de que o nosso corpo está a esforçar-se para combater o vírus. Ajudamos o nosso corpo a lutar, se descansarmos bastante e se bebermos líquidos.





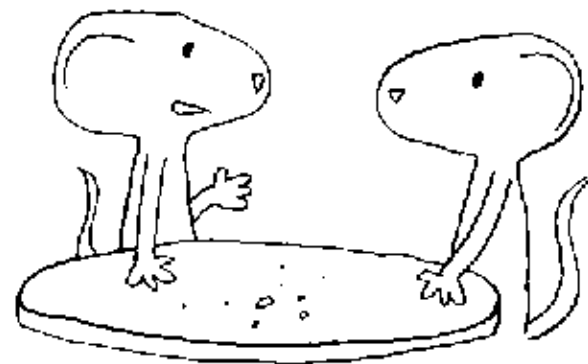
Como se espalham os vírus?



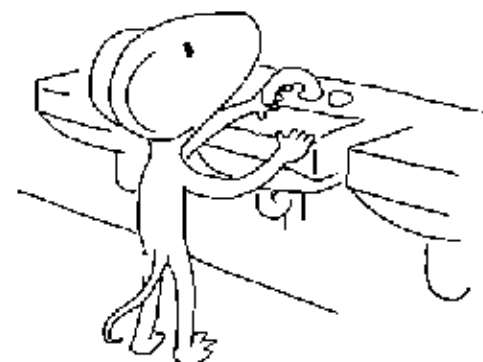
Os vírus viajam de pessoa para pessoa, através de pequenas gotas que escapam dos nossos corpos, quando estamos doentes e tossimos ou espirramos.



É por isso que devemos tossir e espirrar para o antebraço. Quando fazemos isso, o vírus não pode viajar para outras pessoas.



Os vírus podem pousar e sobreviver em superfícies durante algum tempo. Se tocarmos nessas superfícies, enquanto o vírus ainda está ativo e de seguida tocarmos na nossa cara, podemos ficar doentes.



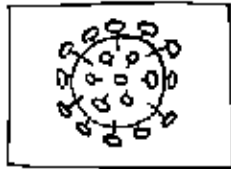
É por isso que lavamos muito bem as mãos, quando tocamos em coisas que podem ter vírus ou outros germes.





O que é o coronavírus?

O coronavírus é um vírus novo. Ainda estamos a aprender a lidar com ele.

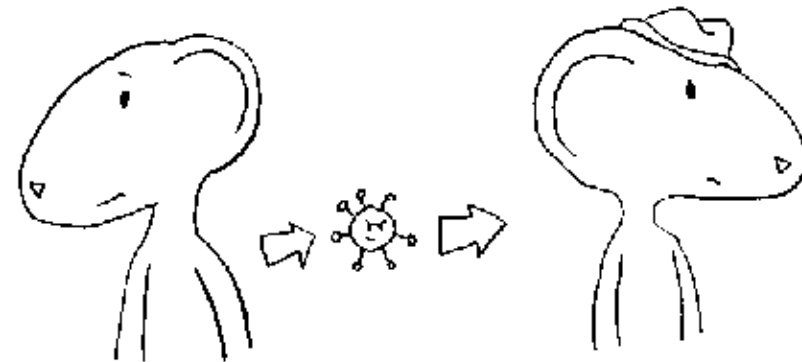


Os cientistas descobriram que algumas pessoas que têm coronavírus podem não parecer doentes. Elas podem não espirrar e tossir mas, ainda assim, podem espalhar o vírus.

É muito importante ter informações corretas dos médicos e cientistas sobre este novo vírus. Se eu aprender algo novo, digo-te, para que possamos fazer tudo o que estiver ao nosso alcance, para manter a nossa segurança e também a dos outros.

As pessoas chamam o vírus por nomes diferentes, Corona, Coronavírus, Rona. Só para que saibas, é o mesmo vírus.

As pessoas também chamam de COVID-19. É o nome da doença causada pelo coronavírus.



Este novo coronavírus é muito bom a viajar e a espalhar-se. No momento, não há uma vacina para este vírus. A vacina protegerá as pessoas de contrair o vírus. Os cientistas estão a trabalhar na produção de uma vacina mas, até a descobrirem, todos precisamos ter muito cuidado.





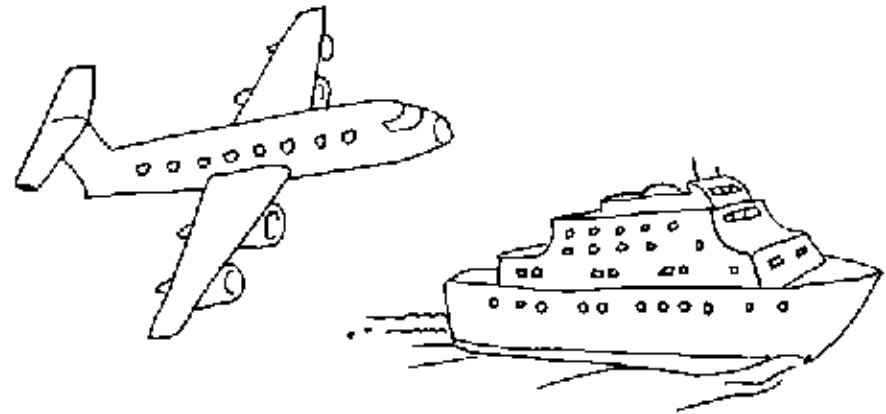
Como apareceu o novo coronavírus?

Ninguém sabe ao certo, mas é isto que os cientistas e médicos estão a aprender.

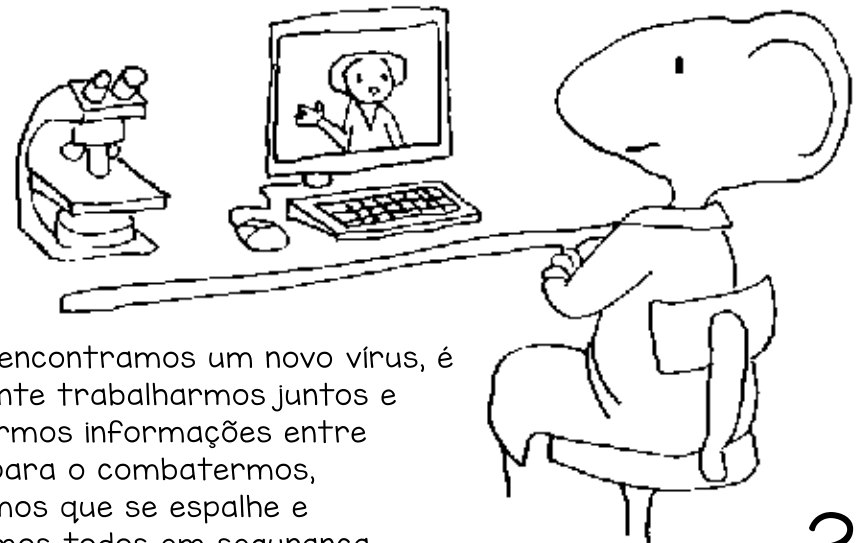
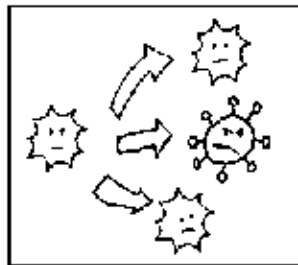
Lembra-te de que os vírus querem espalhar-se e, por isso, fazem cópias de si próprios. Quando fazem isso, às vezes, ficam diferentes e tornam-se num vírus novo.

A maioria dos novos vírus não prejudica as pessoas. Mas, às vezes, um vírus que não afeta as pessoas pode transformar-se noutra que nos deixa doentes.

Isto pode acontecer em qualquer parte do mundo.



Queremos saber onde um vírus começou, para que possamos entender a rapidez com que se está a espalhar. Os vírus viajam com pessoas e, quando as pessoas viajam, o vírus pode acompanhá-las e é assim que chega a novos lugares. Este vírus parecia ter começado na Vila Limiano, mas pode ter começado em qualquer lugar e com qualquer pessoa.



Quando encontramos um novo vírus, é importante trabalharmos juntos e partilharmos informações entre países, para o combatermos, impedirmos que se espalhe e mantermos todos em segurança.

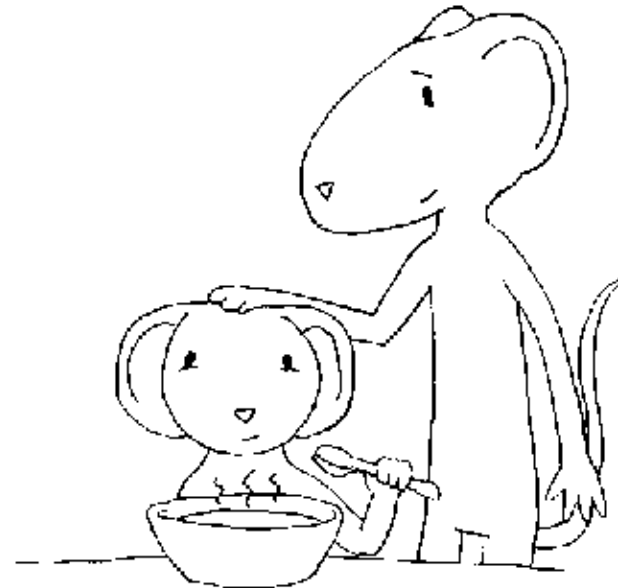
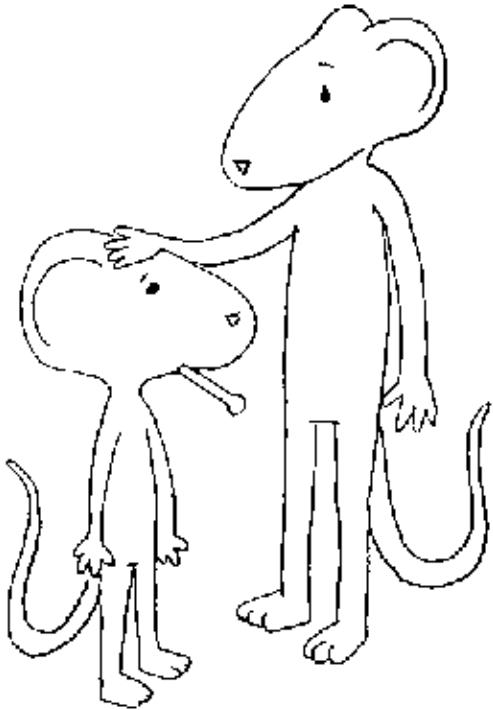




Posso ser infetado?

O que acontecerá se ficar doente?

Se ficar infetado, posso infetar outras pessoas?



Não achamos que estejas infetado com coronavírus. A nossa família e comunidade têm feito muitas coisas para impedir que o vírus se espalhe.

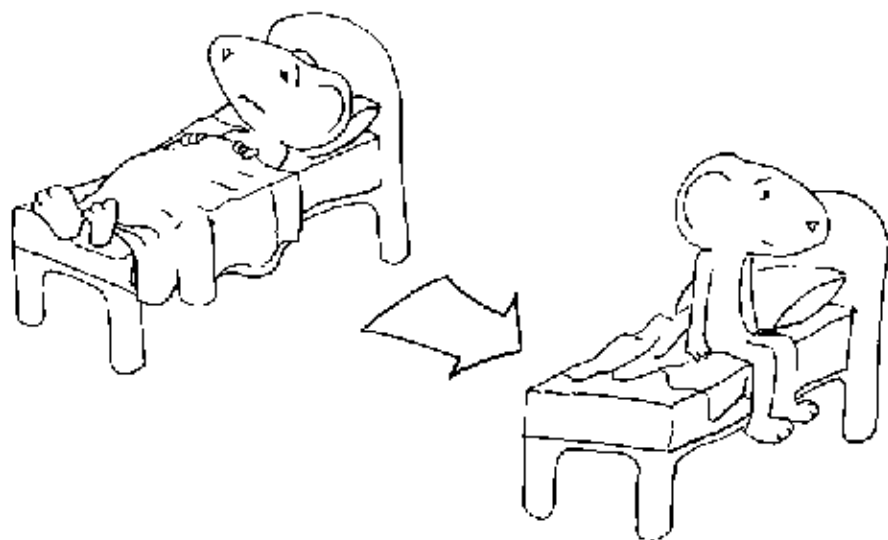
Se ficares doente, nós vamos cuidar bem de ti. Vamos medir a tua temperatura, para ver se está tudo bem e vamos preparar uma sopa deliciosa. Também vamos pensar no que pode ser feito para impedir que o vírus se espalhe na nossa família.

Às vezes, quando as pessoas estão doentes, os outros elementos da família também ficam doentes, mas a culpa não é delas. A culpa é do vírus.



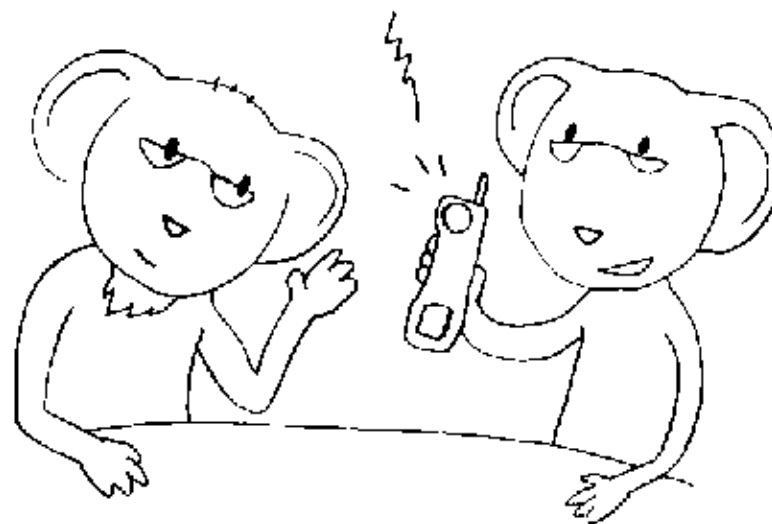


O que acontece com as pessoas que estão infectadas por coronavírus?



Bem, a maioria das pessoas fica doente por algum tempo. Elas podem tossir ou ficar com febre. Também podem sentir-se cansadas e com dores no corpo, mas geralmente melhoram, assim como acontece quando têm gripe ou constipação.

"Desculpa, não podemos visitar."



Mas há pessoas que ficam muito doentes. Os médicos descobriram que as pessoas mais velhas, como a avó e o avô, e as pessoas que já tinham doenças graves, parecem ficar mais doentes. Foi por isso que ligamos para os avós, para os avisar que não poderíamos visitá-los por algum tempo. Estamos a fazer isto para os manter em segurança.



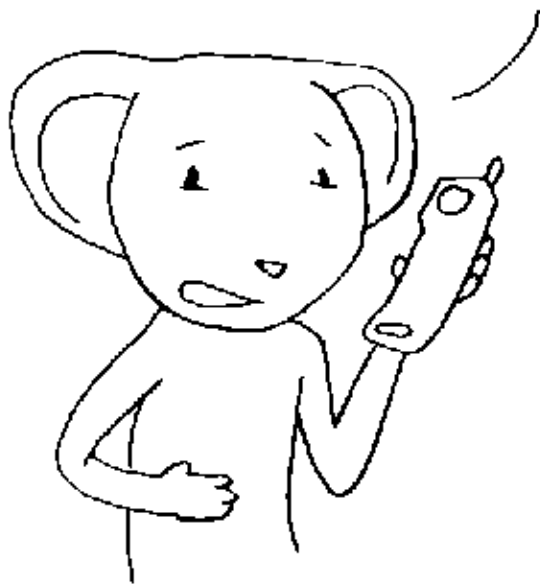


O que é que podem fazer as pessoas, quando se sentem doentes?

Bem, se alguém se sentir doente, é importante que fique em casa e tente, na medida do possível, não contagiar outras pessoas.

Eles têm que ficar sozinhos. Podemos deixar comida e bebida à porta, enviar mensagens e dizer o quanto os amamos.

Desculpa, não posso ir trabalhar. Sinto-me doente.



Desculpa querido. Não me estou a sentir bem e não quero contagiar-te, logo precisas de ficar no outro quarto e manter alguma distância de mim.

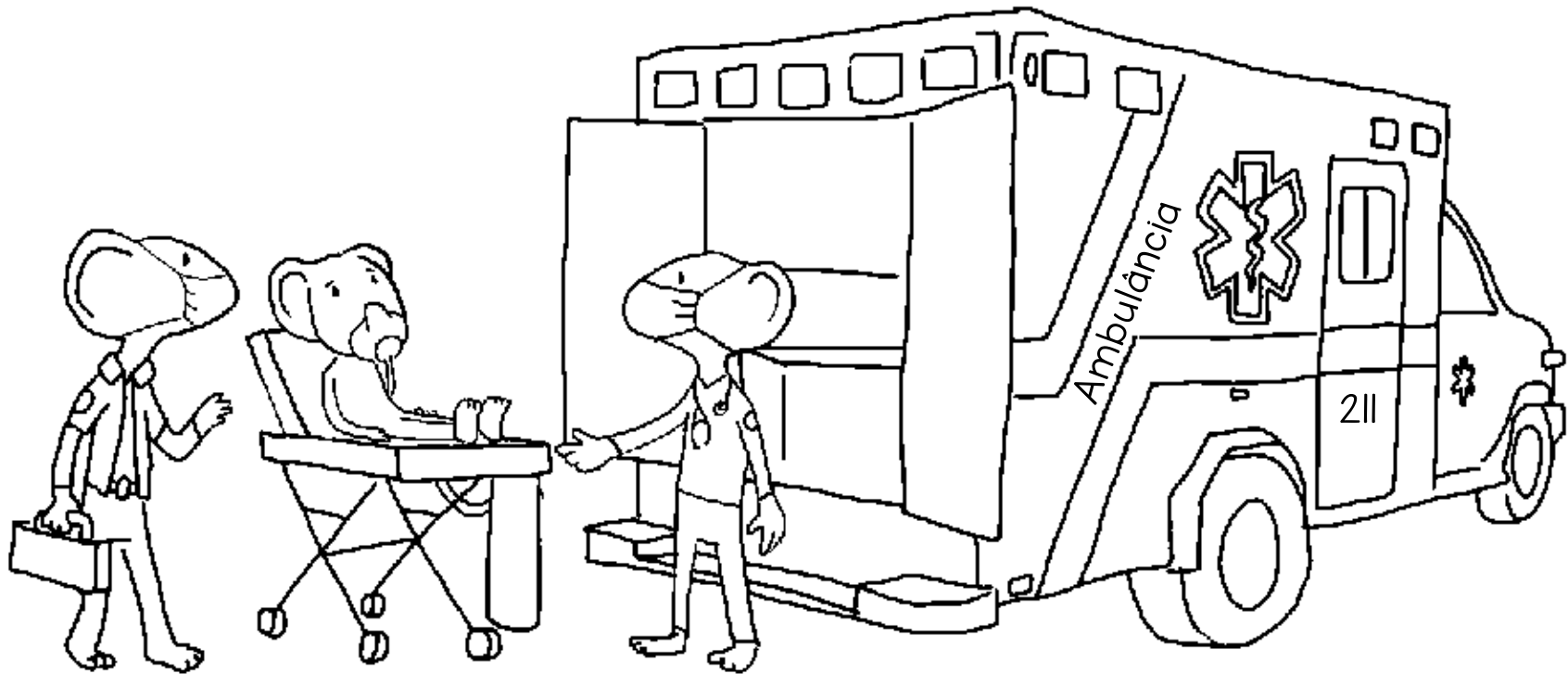
Eu amo-te.

Eu também te amo!!

?



O que acontece às pessoas que ficam muito doentes?



Os enfermeiros e os médicos conversam com eles, por telefone, ou vão às suas casas para ver como estão. Se precisarem de outro tipo de ajuda, os médicos e enfermeiros podem dizer para irem ao hospital.

Às vezes, quando as pessoas estão muito doentes, as ambulâncias vêm ajudá-las. Podem dar oxigênio para ajudá-los a respirar melhor e a decidirem se é necessário ir ao hospital.





A sua saúde está muito melhor. Em breve, poderá voltar para casa.

O que acontece com as pessoas que vão ao hospital?

Obrigado por me ajudar. Sinto-me muito melhor agora. Obrigado a todos!!



No hospital, existem muitas pessoas incríveis e gentis. Podem parecer estranhos, porque estão a usar máscara e outras coisas para mantê-los protegidos do vírus, mas têm olhos muito meigos e grandes corações. Eles trabalham muito para ajudar as pessoas. E dão remédios, ajudam a respirar e descobrem maneiras de ajudar quem precisa.

Muitas pessoas que vão para o hospital melhoram e depois voltam para casa.

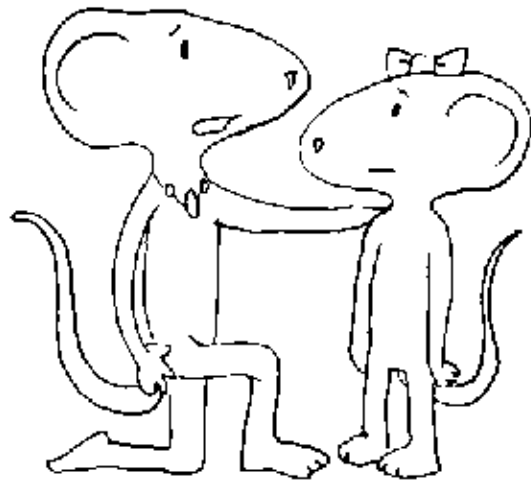




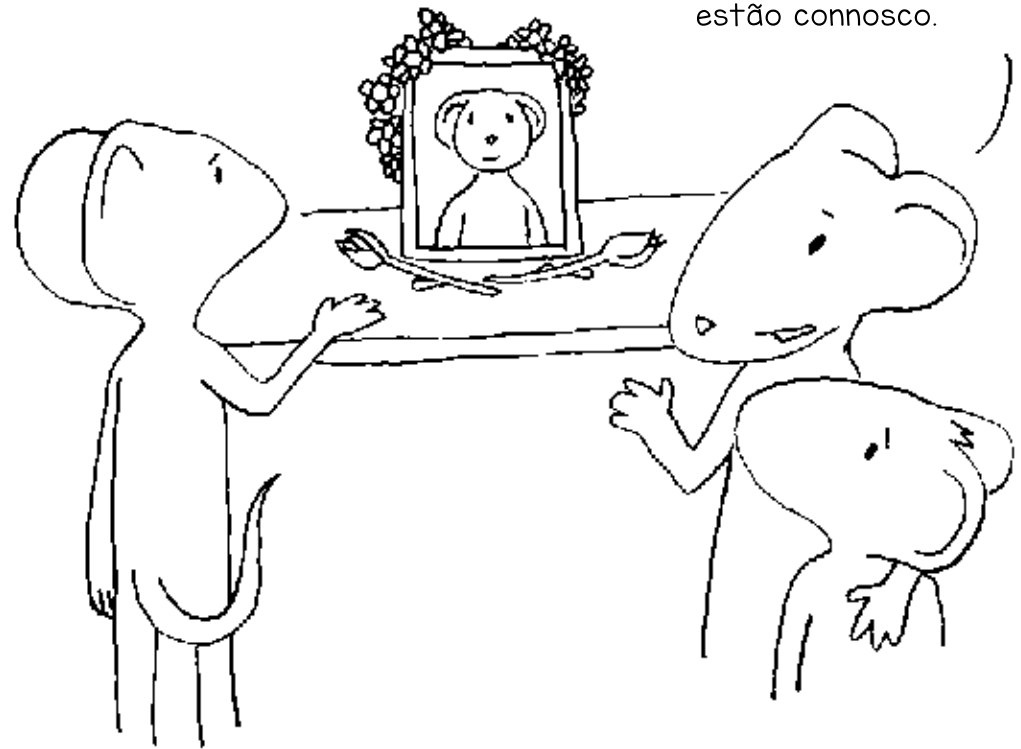
As pessoas podem morrer?

Gostaria de saber o que ouviste sobre isso?

A maioria das pessoas melhora, mas, infelizmente, algumas pessoas ficaram tão doentes que os médicos e enfermeiras não puderam ajudá-las. Eles tentaram muito, mas as pessoas estavam muito doentes. Os seus órgãos pararam de funcionar e eles morreram. As famílias estão muito tristes e os médicos, enfermeiros e todas as pessoas que se preocupam com eles também ficaram.



Estaremos sempre unidos através dos nossos corações e memórias, mas estamos muito tristes, porque eles morreram e não estão connosco.



Eu pergunto-me como te sentes ao saber isto.

Eu fico feliz que possas falar comigo sobre isto.

Há coisas muito tristes e difíceis a acontecer agora.

?



O que podemos fazer para não ficar doentes?

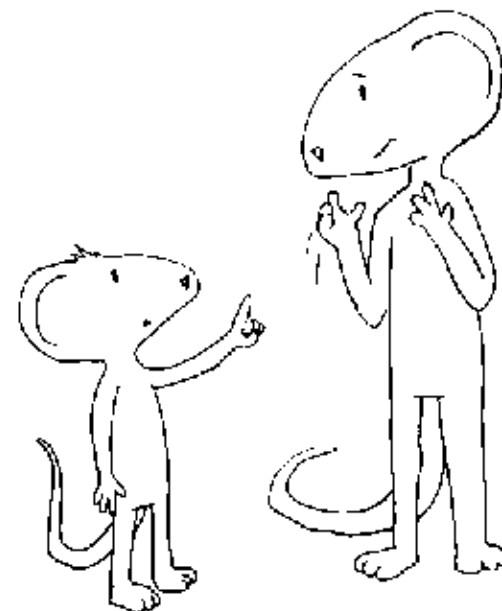
Há muitas coisas que podemos fazer para nos mantermos a nós e aos outros, em segurança.



Podemos lavar as mãos enquanto cantamos uma música. Os vírus odeiam sabão, logo podemos lavar as mãos, frequentemente, durante 20 segundos (o tempo que demora, por exemplo, a cantar o "Parabéns") e sermos "caçadores de vírus".



Lembra-te, podemos tossir e espirrar para o antebraço e depois lavar as mãos, para que o vírus não se espalhe.



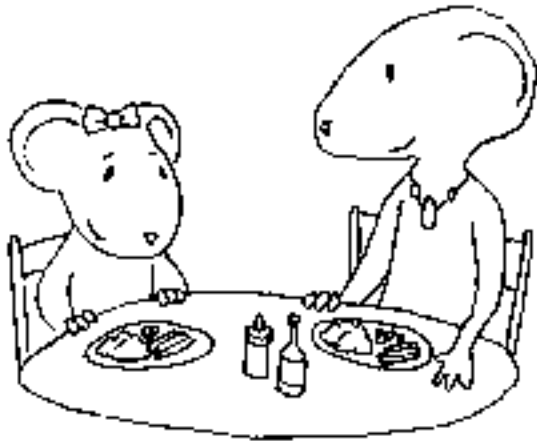
Também podemos tentar não tocar na cara, especialmente no nariz, nos olhos e na boca. Isto pode impedir que o vírus entre no nosso corpo. Se precisarmos de tocar na cara, devemos lavar as mãos antes e depois.



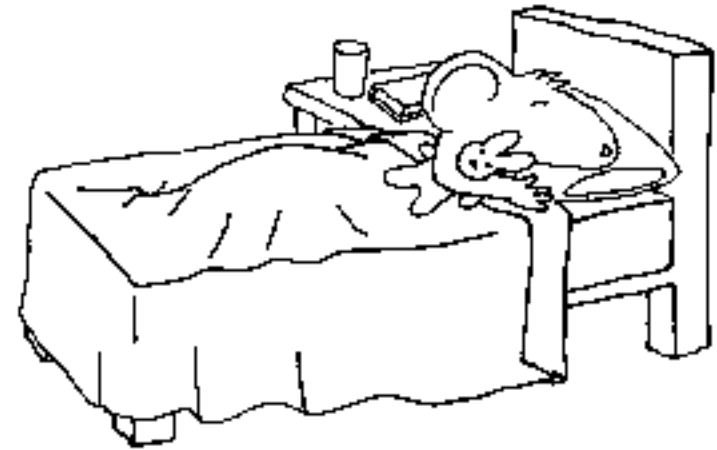


O que mais podemos fazer, para não ficarmos doentes?

Também podemos fazer coisas para manter o nosso corpo saudável.



Podemos comer bem.



Podemos dormir bem.

E podemos fazer coisas que são boas para o nosso corpo, como mexer e fazer exercício.



Os mimos também são bons para a nossa saúde. E não estou a brincar! É verdade.

?



Há mais alguma coisa que possamos fazer?



Podemos impedir que o vírus se espalhe, ficando em casa com as pessoas com quem moramos.

Quando saímos, podemos manter a distância das outras pessoas. Desta forma, o vírus não passa de uma pessoa para outra. Isto mantém-nos seguros.





Por que é que algumas pessoas usam máscara?

As pessoas usam máscara por diferentes motivos.



Algumas pessoas usam máscara porque não se sentem bem e não querem espalhar o vírus que possam ter. Estão a tentar que todos fiquemos bem e em segurança.

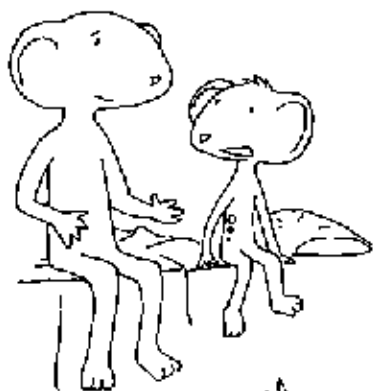


Algumas pessoas usam máscara e até óculos de sol, para impedir que toquem na boca, no nariz e nos olhos enquanto estão na rua. Todas estas coisas podem impedir que o vírus entre no corpo.

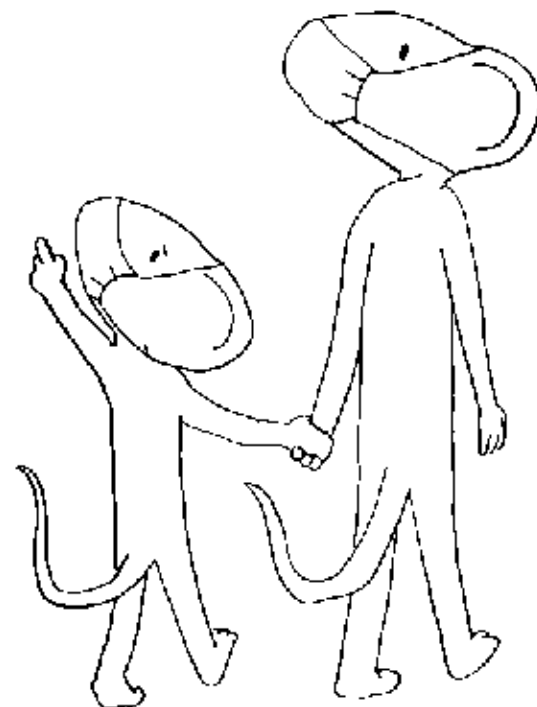


Em alguns lugares, pede-se às pessoas que usem máscara. Todos estão a seguir as regras que nos ajudam a ficar em segurança.





Nós vamos usar máscara?



Dizem-nos que é uma boa ideia usarmos máscara sempre que sairmos de casa. A máscara ajuda muito, mas não é infalível. É por isso que ainda estamos a manter a distância das pessoas que não moram na nossa casa.

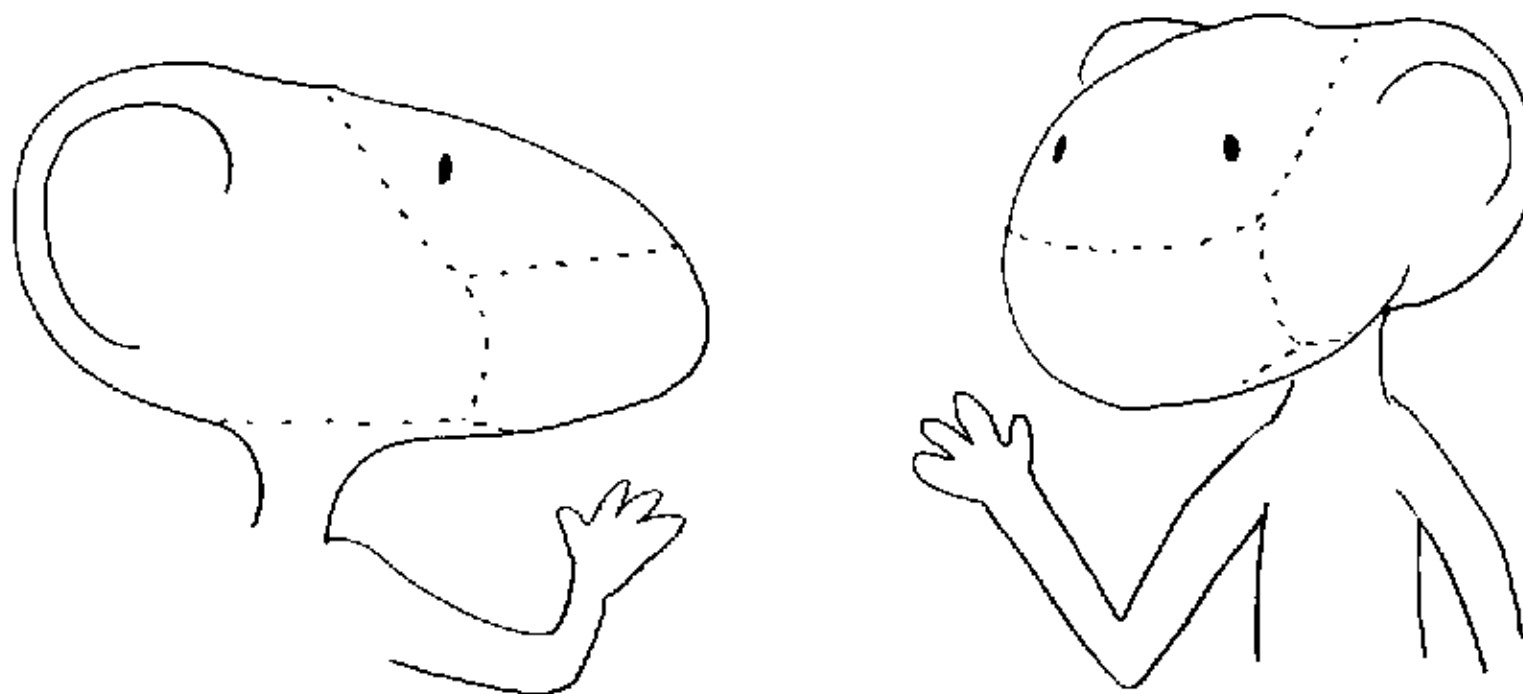
O Cal não usa máscara porque é bebé. Os médicos dizem que crianças com menos de 2 anos não devem usar máscara, porque pode dificultar a respiração.

Muitas pessoas estão a fazer máscaras para se manterem a si e aos outros seguros. Podemos ver algumas engraçadas, quando sairmos de casa. Podemos fazer máscaras engraçadas para a nossa família?



Os ratos precisam de máscara?

Se as pessoas da tua comunidade estiverem a usar máscara, tu podes desenhar máscaras nos ratos da história quando saírem de casa. Vê aqui como se faz.

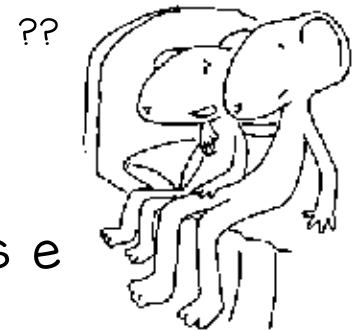


Se quiseres, também podes recortar máscaras de papel e colá-las nas caras quando saírem de casa.

As tuas Perguntas e Preocupações



A Trinka e o João tinham muitas perguntas e preocupações. Quais são as tuas?



**ANEXO III - MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS
“EMOCIONAIS” PARA PAIS E FILHOS**

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS

RUTE AGULHAS



PARA PAIS E FILHOS

IDEIAS COM HISTÓRIA®

ESTE **MANUAL**
 PARA QUE **SERVE**
 DE **PRIMEIROS** **SOCORROS?**



Estamos a viver uma situação desconhecida que é sentida como uma ameaça ao bem-estar de cada um de nós, gerando um aumento muito significativo de stress nos adultos e nas crianças. Temos muitos pais/cuidadores e crianças sozinhos em casa, confinados a um espaço fechado que é propício a muitas coisas boas, que a correria do dia-a-dia nem sempre permite fazer.

Mas se, numa fase inicial, o tempo é ocupado com brincadeiras e arrumações, bolos e jogos que agora se reinventam, à medida que o tempo passa... o stress aumenta. Muitos pais e filhos dão já sinais claros de aborrecimento e frustração, a par de tristeza, zanga, medo e ansiedade. Os mais novos evidenciam também alterações de comportamento, com as quais os pais nem sempre conseguem lidar da melhor forma.

DEVO IGNORAR? RALHAR? CASTIGAR?

Perguntas para as quais não existem respostas simples e que exigem alguma reflexão.

Este «Manual de primeiros socorros para pais e filhos» é um livro simples e objetivo, que apresenta um conjunto de sugestões muito práticas que pretendem ajudar os pais/cuidadores a lidarem de forma mais adequada com algumas problemáticas dos seus filhos, construindo uma caixa de primeiros socorros.

De uma forma divertida e descontraída, os pais/cuidadores são desafiados a identificarem alguns materiais caseiros e a construir a sua própria caixa de primeiros socorros (por exemplo, fita adesiva para embrulhar o medo, um balão para relaxar, termómetro para medir as emoções, nariz de palhaço para lutar contra a tristeza) que pretendem ajudar o processo de regulação emocional e comportamental, numa perspetiva da promoção de uma parentalidade mais positiva.

A QUEM SE DESTINA?

Este livro destina-se a todos os pais/cuidadores que estão à beira de um ataque de nervos, sozinhos em casa com os filhos, nesta fase de crise que exige maior distanciamento e isolamento social.

Aos pais/cuidadores que precisam de sobreviver com (e às) crianças, mantendo a saúde mental!



COMO ESTÁ ORGANIZADO?

Este manual está organizado em cinco partes:

PARTE 1
SOMOS TODOS HERÓIS NA LUTA CONTRA O VÍRUS!

PARTE 2
RECEITA PARA A MINHA SAÚDE MENTAL

PARTE 3
COMO SOBREVIVER A ESTA CRISE COM CRIANÇAS?

PARTE 4
VOU CONSTRUIR A MINHA CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS PARA PAIS E FILHOS

PARTE 5
COMO USAR A CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS?

PARTE 1



Estamos todos a lutar contra um novo vírus, o SARS-CoV-2, que pertence à família dos coronavírus, e que pode provocar a doença designada por COVID-19. Este é um vírus novo que afeta seres humanos de todas as nacionalidades e idades, embora pareça ter uma maior letalidade em pessoas mais velhas ou com antecedentes clínicos mais complexos (por exemplo, certas doenças crónicas).

Ainda não existe uma vacina para este novo coronavírus. No entanto, sabe-se já que a sua transmissão ocorre por gotículas projetadas pela fala, tosse ou espirros ou, ainda, pelo contacto com objetos contaminados. Por isso, é muito importante lavarmos as mãos muitas vezes ao dia e seguir todos os procedimentos que a Direção-Geral da Saúde aconselha. Ao mesmo tempo, manter sempre uma distância mínima de cerca de dois metros de outras pessoas, para evitar o contágio.

As pessoas que tenham regressado de um país infetado ou estado em contacto com doentes devem permanecer em quarentena, pois o tempo entre a exposição ao vírus e o aparecimento dos primeiros sintomas pode variar entre 2 a 14 dias. Estas pessoas, bem como todas as outras que tenham alguns sintomas e suspeitem estar infetadas, devem contactar o SNS24 (808 24 24 24) e usar sempre uma máscara protetora para não contaminarem outras pessoas.

Ficar em casa e manter o distanciamento social são medidas preventivas muito importantes, pois são formas de impedir a cadeia de contágio. Isto significa que se deixa de participar em muitas atividades sociais ou em grupo, e que também não se pode participar em atividades de lazer ou entretenimento, como ir ao cinema, a concertos, etc.

Neste contexto, Portugal declarou o estado de emergência, o que significa manter em funcionamento apenas os serviços essenciais. Os pais que o podem fazer trabalham a partir de casa, numa realidade de teletrabalho que exige uma enorme capacidade de adaptação.

Ao mesmo tempo, todos os equipamentos de infância estão encerrados, pelo que as crianças estão também em casa. As mais novas ocupam o seu tempo a brincar, enquanto as mais velhas tentam estudar através das plataformas digitais criadas para o efeito, muitas delas tentando encontrar formas de dividirem o computador ou o *tablet* com os pais ou irmãos, que também necessitam deles. A todos se pede uma enorme capacidade de ajustamento, pois todos estão agora a ser confrontados com novos desafios.

Este livro é dedicado a todos os pais/cuidadores que estão em casa com os filhos. Pais em regime de teletrabalho que têm ainda de gerir os cuidados às crianças, ajudá-las nas tarefas escolares (estudar primeiro a matéria para depois poderem ensinar, pois «no nosso tempo não era assim!»), ir às compras (algo semelhante a uma caçada em plena savana africana), cozinhar (e ainda estou para descobrir onde metem os miúdos tanta comida), organizar a casa e as roupas (mas quantas pessoas vivem cá em casa? 15?), desinfetar tudo e todos 300 vezes ao dia, apoiar os mais velhos que, teimosos, nem sempre cumprem as regras básicas de segurança... e mais umas quantas coisas das quais não me recordo agora.

Os verdadeiros heróis desta guerra são todos os profissionais, de saúde e não só, que diariamente combatem este maldito vírus sem dó nem piedade. Mas estes pais/cuidadores fechados em casa com os seus filhos também são uns heróis que merecem todo o nosso respeito. E ajuda.

Para ajudar estes heróis mais invisíveis, decidimos criar este «Manual de primeiros socorros para pais e filhos», desafiando os pais/cuidadores a construírem a sua própria caixa de primeiros socorros!

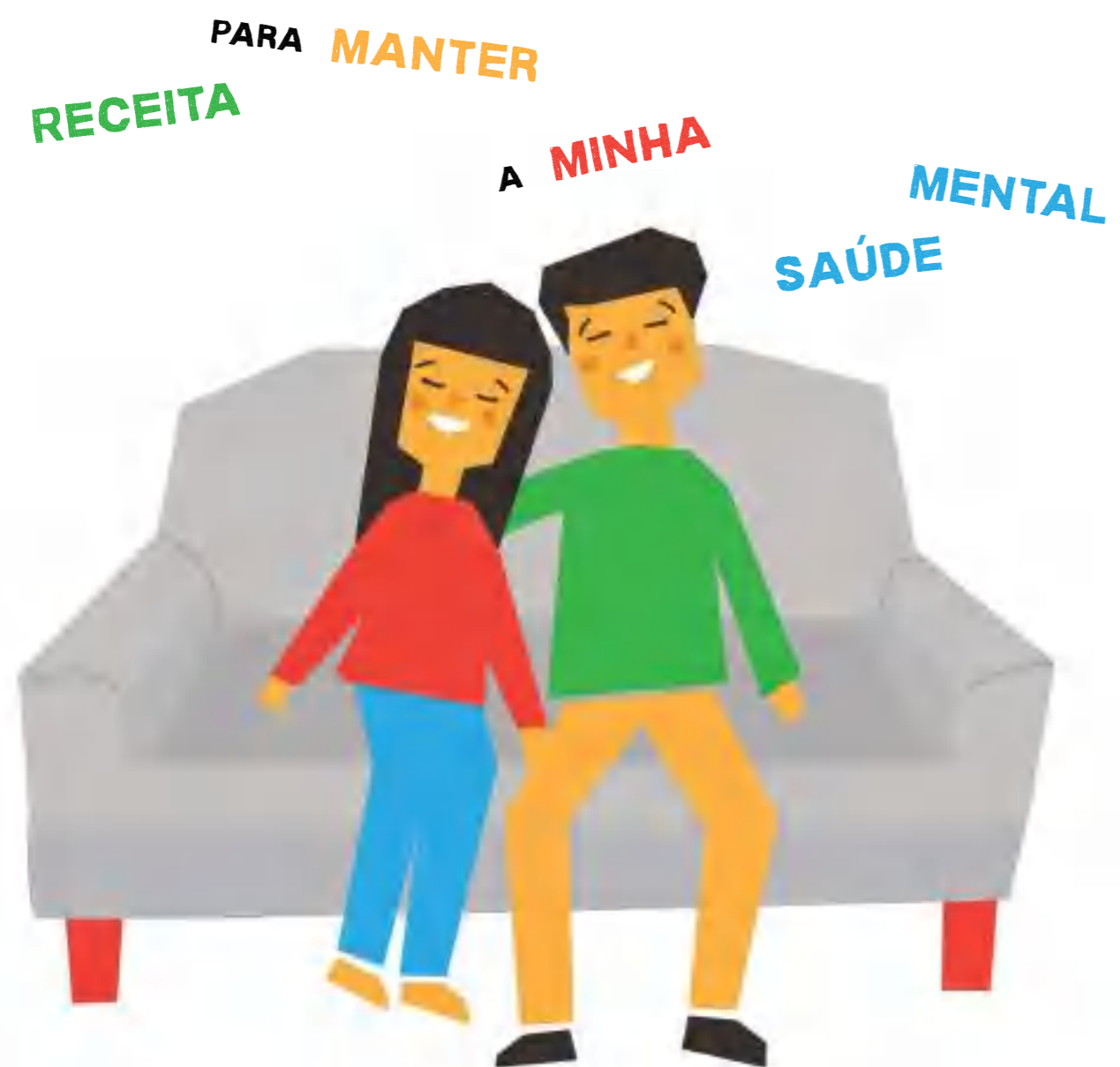
Não tem álcool (se tivesse, rapidamente desaparecia...) nem água oxigenada, nem todas as outras coisas que estamos habituados a ver numa caixa desta natureza. Não. É feita de objetos caseiros, que todos temos nas nossas casas, e que irão ajudar a lidar com as principais alterações de humor e de comportamento das crianças.



MAS ANTES DE INICIARMOS A CONSTRUÇÃO DA CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS, VAMOS CUIDAR PRIMEIRO DA NOSSA SAÚDE MENTAL !



PARTE 2



A crise que estamos a viver é uma situação nova e desconhecida e, por isso mesmo, geradora de mais ansiedade e stress. É natural que possamos sentir angústia, aborrecimento, ansiedade, frustração, zanga, medo... emoções todas elas válidas e que devemos aceitar.

É natural também que nos apeteça mandar os miúdos pela janela fora, esganá-los ou fechá-los dentro da despensa. Tudo estratégias muito negativas e que são proibidas! Mas que às vezes temos vontade, isso temos...



Para que possamos gerir esta crise da melhor forma, retirando dela aprendizagem e crescimento, é importante ativarmos todos os nossos recursos. Falamos de autoestima, resiliência e capacidade para lidar com a adversidade. Falamos também em lutar contra os pensamentos negativos, que nesta altura são mais expectáveis, e contrariá-los, tentando pensar de uma forma mais positiva.

SÃO PROPOSTOS ALGUNS EXERCÍCIOS.



EXERCÍCIO

1

Arranje um tempo só para si (nem que seja entre as três e as quatro da manhã, quando os miúdos já dormem... esperamos nós!) e olhe-se ao espelho. Não interessa se o cabelo está feito num oito e as rugas de exaustão estão ao rubro. Olhe para dentro de si e elogie-se. Isso mesmo. Faça cinco elogios a si mesmo. Algo em que é competente. Qualidades que tenha. E repita esses elogios as vezes que forem necessárias para que sejam interiorizados.

Escreva esses elogios num papel e coloque-o num local bem visível da casa. Penso que um local onde vamos muitas vezes ao dia é... o frigorífico! Coloque lá o papel dos elogios!

Sugestão: Incentive as crianças a experimentarem também este exercício!

TENHO BOM SENTIDO DE HUMOR

SOU ORGANIZADO

SOU CARINHOSO COM A FAMÍLIA

SOU UM ÁS EM PALAVRAS CRUZADAS

TENHO JEITO PARA A COZINHA

ESTOU EM BOA FORMA FÍSICA

EXERCÍCIO

2

Em momentos de crise é expectável que surjam alguns pensamentos mais negativos que nem sempre conseguimos controlar.

Tente identificar os principais pensamentos negativos que tem. Escreva-os num papel para que fiquem mais claros.

Agora, para cada um desses pensamentos, tente olhar para a situação de outra forma. Tente confrontar esses pensamentos.

- PORQUE PENSO ASSIM?
- ONDE É QUE ISSO ESTÁ ESCRITO?
- DE QUE OUTRA FORMA POSSO OLHAR PARA ESTA SITUAÇÃO?
- QUE PROVAS TENHO QUE APOIEM ESTE PENSAMENTO?
- QUAIS AS EVIDÊNCIAS CONTRA ESTE PENSAMENTO?

Pensar de uma forma mais positiva ajuda-nos a sentir emoções mais agradáveis e a agir de uma forma mais adequada.

Recorde outras situações da sua vida em que já tenha lidado com situações de crise e foque-se na capacidade que teve para as superar.

EXERCÍCIO**3**

Ao estarmos confinados a um único espaço (a nossa casa que, de repente, parece ter o tamanho de uma casca de noz) podemos dar por nós a lamentarmo-nos de que não fizemos nada de especial, de que perdemos a noção do tempo, de que nada interessante aconteceu. E, sem querer, acabamos por não valorizar as pequenas/grandes coisas do dia-a-dia, pelas quais devemos estar gratos.

Já experimentou praticar a gratidão?

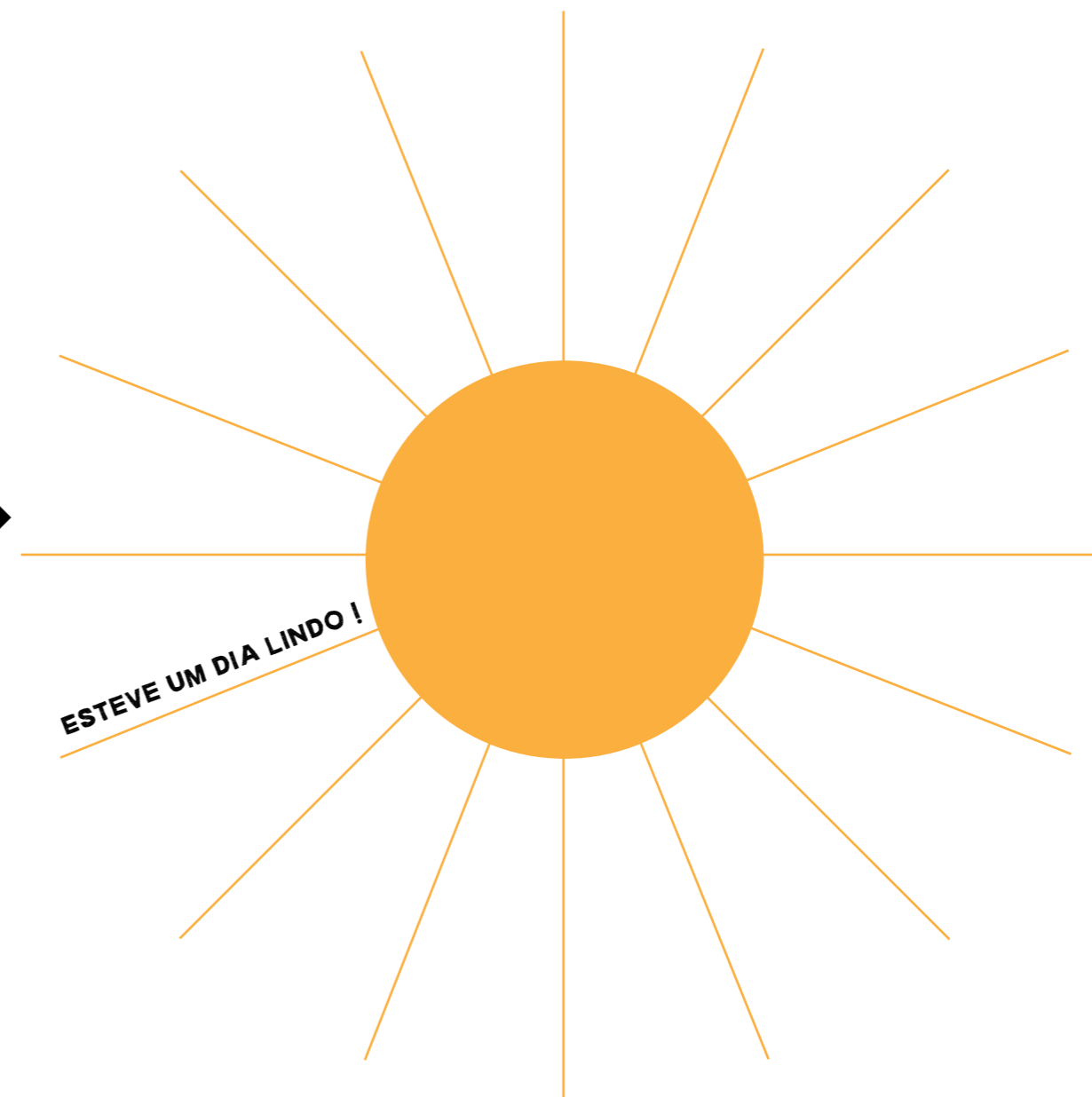
Cada raio de sol corresponde a um dia. ----->

Desafie-se a olhar para cada um destes dias de isolamento, que parecem todos iguais, e permita-se encontrar algo pelo qual se sinta grato. E acredite que há muitas coisas a agradecer nesta época.

Evite repetir os agradecimentos e tente encontrar sempre algo de positivo no seu dia.

Sugestão: Pode escrever no seu raio de sol diariamente às dez da noite, da sua janela, quando batemos palmas a todos os profissionais que nos têm ajudado ou vamos simplesmente contemplar o céu e as estrelas.

E que tal se cada criança desenhar também o seu próprio sol e fizerem este exercício em conjunto?



VAMOS FAZER MAIS UM EXERCÍCIO?



EXERCÍCIO**4**

É igualmente importante ativar, mais do que nunca, a nossa rede de suporte social. Os familiares, os amigos, os vizinhos, e também todas as outras pessoas que fazem parte do nosso mundo, ainda que de uma maneira mais formal. Saber pedir ajuda, quando precisamos. Para podermos falar, desabafar, pedir algum tipo de orientação. Ainda que seja à distância. Ou simplesmente ajudar a passar o tempo e conviver.

Manter estes laços afetivos é muito importante. Ajuda-nos a sentir menos sós. Podemos até estar sozinhos na nossa casa, mas não nos sentimos tão sós.

Escreva num papel todas as pessoas que fazem parte da sua rede de suporte e a quem poderá pedir ajuda em caso de necessidade. E lembre-se, mais importante do que a quantidade é a qualidade!

Se forem muitas pessoas e a folha de papel não chegar... escreva num rolo de papel higiênico!

MÃE E PAI

TIA LURDES

PRIMO ANDRÉ

ANTÓNIO E ANA

VIZINHOS DA FRENTE

...

Cuidar de nós e preservar a nossa saúde mental implica também manter algumas rotinas, na medida do possível. E relaxar, dedicando algum tempo a atividades que nos gerem prazer e nos façam sentir bem.

Ao mesmo tempo, é importante manter uma alimentação saudável, fazer algum exercício físico e adotar uma boa higiene do sono, moderando o consumo de café, álcool ou tabaco.



RECEITA PARA MANTER A MINHA SAÚDE MENTAL:

MANTER ALGUMAS ROTINAS

MEXER-ME !

**CONVIVER (À DISTÂNCIA)
COM AS PESSOAS
DE QUEM GOSTO**

BEBER MUITA ÁGUA

RIR MUITO

COMER DE FORMA SAUDÁVEL

**ACEITAR AS MINHAS EMOÇÕES
E FALAR SOBRE ELAS**

SER OTIMISTA

**MODERAR O CONSUMO
DE CAFÉ, TABACO
E BEBIDAS ALCOÓLICAS**

**RESERVAR UM TEMPO
E UM ESPAÇO APENAS
PARA MIM PRÓPRIO**

RELAXAR



**DORMIR AS HORAS
NECESSÁRIAS**

**PEDIR AJUDA SEMPRE
QUE PRECISAR**

Ligar para o SNS24 e seguir as recomendações dadas. E lembre-se! Esta linha dispõe também de um serviço de aconselhamento psicológico a que pode recorrer.



PARTE 3

COMO SOBREVIVER
A ESTA CRISE
COM CRIANÇAS?

Atravessar esta crise mantendo níveis mínimos de saúde mental e, ao mesmo tempo, ter de cuidar dos filhos, é um desafio do tamanho do mundo. Não estou a exagerar. É mesmo do tamanho do mundo.

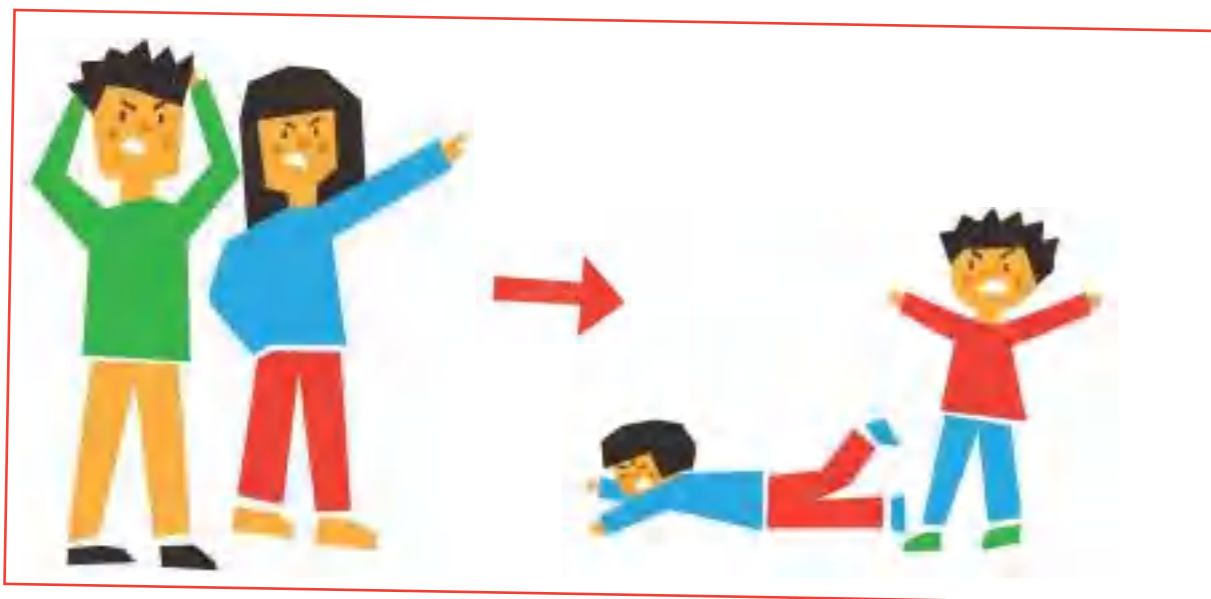
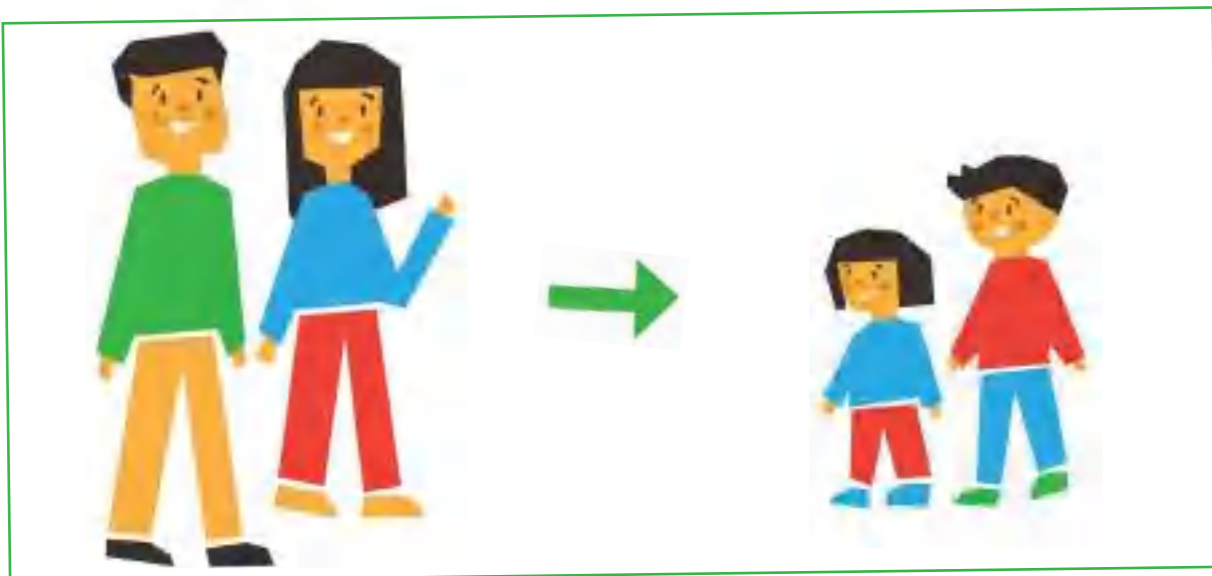
No atual contexto de crise, as crianças estão em casa, confinadas a um espaço fechado. umas sem atividades letivas ou extracurriculares, outras com um exagero de trabalhos como se fossem fazer três meses de aulas numa semana. Longe dos professores e dos amigos, dos avós e de outros familiares, começam a dar sinais de alterações de humor e de comportamento.

Sentem-se aborrecidas, frustradas, zangadas, com medo, ansiosas... fazem mais birras, choram sem motivo aparente e andam mais agressivas. Outras isolam-se, não querem dormir ou acordam a meio da noite com pesadelos, comem menos ou então comem desalmadamente, como se não houvesse amanhã.

Diferentes crianças dão diferentes sinais de mal-estar dependendo, também, da sua idade e nível de desenvolvimento, do seu temperamento e da relação afetiva que mantêm com os pais e irmãos, entre outros fatores.

Mas há seguramente um fator que é determinante na estabilidade e bem-estar das crianças — a calma e a capacidade de ajustamento dos pais.

OU SEJA,



Se conseguirmos cuidar da nossa saúde mental, será mais fácil ajudar as crianças a lidarem com esta situação.

Ora, do que precisam então os pais para conseguirem ajudar as crianças a sobreviverem a esta crise?

LISTA DE COMPRAS

58 ROLOS DE PAPEL HIGIÉNICO	→	40 KG DE PACIÊNCIA
28 LATAS DE ATUM	→	30 DOSES DE RELAXAMENTO
45 LATAS DE SALSICHAS	→	12 LITROS DE IMAGINAÇÃO
26 LATAS DE GRÃO COZIDO	→	1 SACO GIGANTE DE HUMOR
10 GRADES DE CERVEJA	→	15 EMBALAGENS DE COMPRIMIDOS «ZEN»
34 PACOTES DE ARROZ	→	25 KG DE AUTOCONTROLO

Se já adquiriu estes bens de primeira necessidade, pode então passar ao nível seguinte: começar a construir a sua caixa de primeiros socorros para pais e filhos.

PARTE 4

VOU **CONSTRUIR**

A MINHA **CAIXA**

DE **PRIMEIROS**
SOCORROS

PARA **PAIS**

E **FILHOS**



Para construir a sua caixa de primeiros socorros precisa, em primeiro lugar, de uma caixa. Pode ser uma caixa de sapatos, por exemplo. Algo leve e portátil, porque é muito provável que tenha de andar com ela de um lado para o outro (leia-se, da cozinha para o quarto, ou da sala para a casa de banho).

Já tem a sua caixa? Ótimo! Agora é hora de a decorar.

Pode pedir ajuda aos seus filhos e deixe-os decorarem a caixa como quiserem (sempre é um tempinho em que estão entretidos e gritam menos). Se lhe pedirem para colar missangas aproveite a oportunidade. Já viu quanto tempo vão estar entretidos a fazê-lo? Podem também desenhar ou pintar, o que entenderem.



Vamos agora encher a caixa com todos os objetos que são necessários para prestar os primeiros socorros.

LISTA DE OBJETOS PARA COLOCAR NA CAIXA

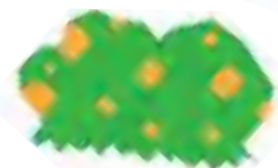


Termômetro de brincar
(os verdadeiros estão esgotados)

Lápis de cor
ou canetas de feltro



Pensos rápidos



Touca de banho



Aguarelas



Fita adesiva

Bola anti-stress



Algodão



Nariz
de palhaço



Papel
(de preferência
reciclado)



Tesoura de pontas redondas



Esponja de banho



Pincel



Balão



Rolo de papel
higiênico (basta 1!)



Frasco da esperança
e do otimismo
(frasco pequeno com água)

VALE 1 ABRAÇO

Cupões que valem abraços,
massagens e beijinhos mágicos

Faltam-lhe alguns objetos? Se sim, pode construí-los.

Como construir um nariz de palhaço?

Recorte uma esponja de banho em formato de esfera, faça-lhe um corte pequeno para caber no nariz e com as canetas de feltro pinte de vermelho. Já está!

Como construir uma bola anti-stress?

Se não tiver em casa uma bola pequena e mole, que caiba numa mão fechada, pode arranjar um balão e enchê-lo com pasta de dentes. Ate muito bem e terá uma bola anti-stress improvisada!

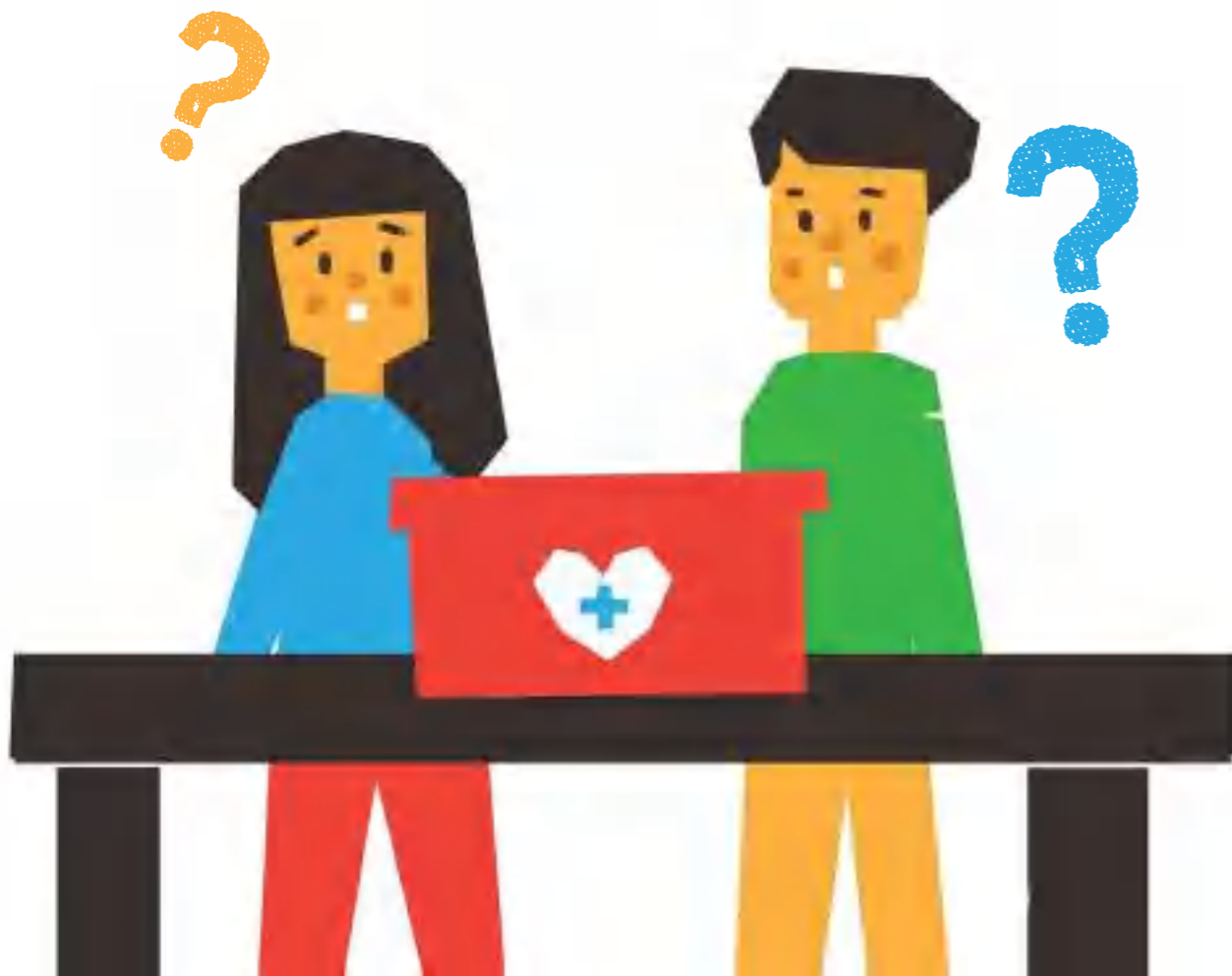
Como construir os cupões que valem abraços, massagens e beijinhos mágicos?

Recorte pequenos retângulos em papel e agrafe-os de um lado, fazendo um pequeno livro. Em cada papel escreva «vale 1 abraço». Sempre que for preciso, destaque um desses cupões e use-o com o seu filho. Faça depois outro livro semelhante, com «vale 1 beijinho mágico». Pode ainda fazer outros tipos de cupões como, por exemplo, «vale 1 massagem» ou «vale 1 elogio». O que importa é que seja algo positivo, que reforce a criança.

Agora que a caixa está completa, vamos começar a usá-la!

PARTE 5

COMO **USAR**
A **CAIXA**
DE **PRIMEIROS**
SOCORROS?



Usar esta caixa é muito simples. Para cada problema ou dificuldade da criança, seguem-se as instruções sobre o que usar e como usar.

Mas lembre-se, as instruções são apenas sugestões! Dê asas à sua imaginação e use os diversos objetos de uma forma nova e igualmente divertida! Ou descubra novos objetos para colocar na sua caixa!

EXISTEM ALGUMAS RECEITAS BÁSICAS PARA
QUE ESTA CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS FUNCIONE.



OS PAIS DEVEM...

1
Conhecer as reações mais comuns face a uma crise, não esquecendo que a reação de cada criança é única e especial.

3
Ensinar à criança alguns exercícios de relaxamento.

5
Criar sentimentos de segurança.

2
Manter algumas rotinas (sem horários irrealistas!).

4
Estar preparados para lidar com medos, preocupações ou alterações de comportamento.

6
Dedicar tempo para escutar a criança.

7
Limitar a exposição da criança às notícias, auxiliando-a sempre a processar aquilo que ouve.

9
Dedicar tempo para brincar.

11
Incentivar a solidariedade e o espírito de entreatajuda. O que podem fazer para ajudar os outros?

13
Ser modelos, ou seja, mostrarem como se lida de forma adequada com uma crise.

8
Encorajar a criança a desenhar ou escrever sobre aquilo que pensa ou sente.

10
Estimular a prática de exercício físico.

12
Estimular o contacto à distância com familiares e amigos, fazendo um bom uso das tecnologias.

AGORA QUE JÁ CONHECE AS RECEITAS BÁSICAS, VAMOS ENTÃO VER ALGUNS PROBLEMAS DE FORMA MAIS DETALHADA.

O MEU FILHO... NÃO PERCEBE PORQUE TEM DE FICAR FECHADO EM CASA

Pense primeiro naquilo que quer dizer. Se for mais fácil, pratique em frente a um espelho ou com outro adulto. Escolha um momento tranquilo para essa conversa.

Seja honesto e diga a verdade sobre o que está a acontecer, com uma linguagem acessível à idade da criança. Isto aumenta a sua sensação de controlo.

Os mais novos podem sentir-se culpados e pensar que tudo isto está a acontecer porque se portaram mal. É importante clarificar isto, dizer-lhes claramente que não têm culpa e que as medidas de proteção que estamos a adotar são uma forma de sermos super-heróis e de nos protegermos a todos!

Os mais velhos podem querer desobedecer e sair de casa para estarem com os seus amigos. Diga «não», seja firme e incentive-os a conviverem à distância, respeitando a sua privacidade para que possam falar a sós com o(s) seu(s) amigo(s). Afinal de contas, não adoram eles as redes sociais? Incentive o seu uso de uma forma regrada e com horários previamente definidos.

Expresse aquilo que sente. Lembre-se que as emoções mais desagradáveis também são válidas e expectáveis nesta fase.

Dê espaço para a criança expressar o que pensa e o que sente e valide as emoções da criança. Não há problema em sentir medo, tristeza, em ficar assustado ou nervoso. Assegure a criança de que continua sempre a gostar dela, independentemente dos seus comportamentos.

Deixe a criança colocar dúvidas e questões.

Expresse emoções positivas que ajudem a criança a sentir-se mais tranquila.

Transmita uma mensagem de otimismo e esperança e saliente o espírito de missão. Estamos todos unidos num esforço conjunto.



MATERIAIS

Frasco da esperança e otimismo, bola anti-stress, papel higiénico, vales de abraços.



PSOLOGIA

Dar duas colheres de chá de água da esperança e do otimismo, que ajuda a pensar de uma forma mais positiva. Para os mais velhos, destacar uma folha de papel higiénico e escrever: «Vale 30 minutos *online* com o amigo que quiseres».

Em casos mais graves, a criança deve apertar a bola anti-stress e respirar muito devagar. Pode ainda usar um vale de abraço ou dois destaques do rolo de papel higiénico que lhe dão tempo extra para uma atividade à sua escolha.

O MEU FILHO... TEM MEDO

O medo é uma emoção expectável em contextos de ameaça e ajuda a ativar os recursos para reagir e enfrentar o perigo. No entanto, se for muito intenso, pode bloquear e impedir a criança de funcionar de uma forma adequada.

O medo deixa o corpo da criança muito ativado e pode reagir de formas diversas. O coração pode bater mais depressa, a respiração ficar ofegante, suar, ficar maldisposta, ter vontade em vomitar ou sentir um nó na garganta.

Os pais devem validar a emoção da criança e mostrarem que a compreendem. Devem ainda transmitir a ideia de que o medo está a tentar apoderar-se da criança e, todos juntos, vão lutar contra o medo e derrotá-lo!



MATERIAIS

Papel, lápis de cor ou canetas de feltro, fita adesiva, tesoura, vales de beijinhos mágicos, algodão.



POSOLOGIA

A criança deve falar sobre o seu medo, desenhá-lo numa folha de papel e dar-lhe um nome. Depois essa folha deve ser amachucada numa bola, com fita adesiva (cortar com a tesoura) à sua volta. O medo está preso e pode ser deitado para o lixo! A criança ganhou a luta contra o medo e tem direito a um vale de beijinhos mágicos!

Em casos mais graves, a criança deve fechar os olhos e deitar-se num local confortável. Esfregue devagarinho uma bola de algodão na sua face, pescoço e barriga. Algumas crianças também gostam de sentir o algodão nas mãos, braços e pernas.

Enquanto relaxa, a criança deve ser incentivada a fechar os olhos e a imaginar uma cena tranquila e que lhe transmita calma. Enquanto relaxa, deve tentar dizer para si mesma (com a ajuda do adulto) pensamentos positivos de luta contra o medo, como, por exemplo, «eu sou mais forte do que o medo», «eu não estou sozinho a lutar contra o medo», «eu vou desobedecer ao medo».

Desobedecer ao medo (ou seja, fazer o contrário do que ele «manda»), relaxar e pensar de forma positiva são os melhores truques para o derrotar!

O MEU FILHO... NÃO PARA QUIETO

A irrequietude pode ser mais frequente em crianças que estão fechadas em casa, sem poderem correr livremente, saltar à corda, andar de bicicleta, jogar à bola ou fazer outras atividades. Olhe à sua volta e, com a ajuda da criança, identifiquem o cantinho do relaxamento, um local da casa que seja privado, tranquilo e que transmita paz.



MATERIAIS

Pincel, rolo de papel higiénico, bola anti-stress.



POSOLOGIA

Sentar ou deitar a criança no cantinho do relaxamento, colocar uma música suave e, devagarinho, começar a pincelá-la. Isso mesmo, pincelar a criança como se estivesse a pintar um quadro. O toque do pincel tem um poder calmante e, associado à bola anti-stress que a criança pode ter nas suas mãos, faz verdadeiros milagres.

Em casos mais graves, podemos brincar às múmias! Ora, como se faz uma múmia? Enrola-se com papel higiénico, da cabeça aos pés! Parece uma bela ideia para mais tarde, quando chegar o *Halloween* ou o Carnaval!

Ajudar a criança a focar a sua atenção em atividades que exijam alguma atenção e concentração e que sejam do seu agrado é também uma boa ideia!

O MEU FILHO... ESTÁ MAIS AGRESSIVO

A agressividade é muitas vezes a forma que a criança encontra de exteriorizar as suas emoções mais desagradáveis, como o aborrecimento, a frustração, a zanga, a irritação ou a tristeza. Os pais devem validar estas emoções, mostrando que as compreendem. O que é diferente de aceitar comportamentos agressivos (por exemplo, «eu compreendo que estejas irritado, mas não aceito que batas no teu irmão»).



MATERIAIS

Bola anti-stress, papel e canetas.



POSOLOGIA

A criança deve aprender a técnica da tartaruga. Encolher-se no chão, como se fosse uma tartaruga, enquanto respira fundo e muito devagar.



Ao mesmo tempo, aperta a bola anti-stress, em movimentos de contração e descontração, enquanto diz para si mesma algo que a ajude a acalmar (pensamentos positivos). Deve permanecer assim alguns minutos. Quando estiver mais calma, deve escrever ou desenhar num papel um pedido de desculpas.

«Desculpa por...» e entregar esse papel a quem agrediu ou magoou de alguma forma.

Em casos mais graves, deve ser pensada uma forma da criança compensar a pessoa que foi magoada. Por exemplo, se bateu no irmão, deve ficar responsável por arrumar os brinquedos do irmão durante dois dias.

O MEU FILHO... NÃO QUER TOMAR BANHO

Muitas crianças evitam tomar banho diariamente sob variadíssimos pretextos. Alegam que não saíram à rua e, por isso, não se sujaram, ou que passaram o dia todo de pijama ou fato de treino, etc., etc... o banho não é apenas uma forma de manter a higiene e a saúde física, é também muito importante para cuidarmos da nossa saúde mental.

Nesta fase podemos ser um pouco mais tolerantes e permitirmos que tomem banho dia sim, dia não, mantendo sempre a higiene íntima. Mas há limites!



MATERIAIS

Touca de banho, gel de banho, pincel, aguarelas, esponja de banho.



POSOLOGIA

Vamos à pesca? Prepare um banho de imersão com muita espuma, como aqueles que vemos nos filmes! No fundo da banheira esconda cinco pequenos brinquedos que a criança deverá tentar encontrar de olhos fechados. Para ter a certeza de que não há batota, ate um lenço à volta da cabeça da criança e coloque a touca de banho por cima. Se a criança conseguir encontrar os cinco brinquedos tem direito a escolher uma brincadeira especial com os pais (reforço positivo).

Em casos mais graves, precisamos de medidas drásticas! Com as aguarelas e o pincel a criança vai pintar um quadro... e a tela é o seu corpo! Depois tem mesmo de tomar banho para poder sair da banheira! Usem a esponja para ficar bem limpinha! Já repararam que o toque suave da esponja também acalma e relaxa o corpo e a mente?

O MEU FILHO... NÃO QUER COMER

As alterações a nível da alimentação são muitas vezes um sinal de que algo não está bem com a criança. Agora que temos mais tempo, podemos também dar asas à imaginação e inventar novas formas de cozinhar os mesmos ingredientes. Ou mudar apenas a forma como os apresentamos! Evite a monotonia alimentar e inove!

E lembre-se, manter uma alimentação saudável é meio caminho andado para que a criança se sintam bem.



MATERIAIS

Nariz de palhaço, vales de abraços.



POSOLOGIA

Colocar o nariz de palhaço (pode construir um a partir da esponja do banho) e inventar uma forma divertida de apresentar a comida. Por exemplo, uma torrada cortada aos cubos dentro de um copo alto. Ou beber a sopa numa chávena de chá. Ou ainda desenhar olhos, nariz e boca com os diversos vegetais. Vamos associar a alimentação a algo divertido e que nos faz sentir emoções agradáveis!

Em casos mais graves, tirar fotografias ou filmar estes alimentos inovadores e enviar aos familiares e amigos. Será que eles adivinham qual é o alimento? Por cada alimento adivinhado, a criança recebe um vale de abraço!

Lembre-se! Não troque carinho e atenção pela comida — é proibido dizer, por exemplo, «só gosto de ti se comeres tudo». A comida também não deve ser utilizada como um reforço por algo de positivo que a criança tenha feito.

O MEU FILHO... **ESTÁ SEMPRE A COMER**

Muitas crianças acabam por encontrar na comida uma forma de controlarem a sua ansiedade ou outras emoções desagradáveis. Com mais tempo livre, podem também acabar por comer a toda a hora, muitas vezes alimentos que de saudáveis têm muito pouco... lembre-se ainda de que os adultos são os principais modelos. Ou seja, é importante que mostrem como podem comer de forma saudável.



MATERIAIS

Papel e canetas, vales de elogios, papel higiénico.



PSICOLOGIA

Com a ajuda da criança, elabore um plano alimentar, com a identificação clara dos horários em que deve comer e o que pode comer. Definam também os limites dos alimentos menos saudáveis. Por exemplo, quantas bolachas pode comer por dia?

Seja firme e assertivo. Ao final de cada dia, a criança deve receber um vale de elogio ou outro à sua escolha, como recompensa. Se não cumpriu o plano, tem de haver uma consequência... por exemplo, ajudar a lavar a louça do jantar? Ficar com menos tempo para um jogo *online*?

Em casos mais graves, mas não só, este plano alimentar deve ser combinado com exercício físico. Os 300 rolos de papel higiénico que estão na despensa podem ser um bom começo para levantar pesos!

O MEU FILHO... **USA E ABUSA DAS TECNOLOGIAS**

Este é um dos grandes problemas atualmente. Porque se, por um lado, incentivamos o uso das tecnologias como forma de comunicação com quem está fisicamente longe, por outro lado corremos o risco de poder tornar-se claramente abusivo. A fronteira entre o uso saudável e o abuso patológico é muito ténue...



MATERIAIS

Papel, lápis de cor ou canetas de feltro, tesoura.



PSICOLOGIA

Estabelecer, de forma firme e assertiva, um horário com a criança para o uso das tecnologias. Por cada horário cumprido, a criança recebe um *smile* (construído com papel, tesoura e canetas). Quando tiver conseguido acumular 10 *smiles* tem direito a um horário extra!



Esteja também atento e vigilante aos conteúdos a que a criança tem acesso *online*. A supervisão parental é fundamental para prevenir possíveis de situações de perigo!

Em casos mais graves, o seu filho precisa de uma desintoxicação de tecnologias... Seja firme e invente mil e uma atividades para que passe um dia (ou pelo menos umas horas) sem jogar. Terá um impacto maior se os pais fizerem o mesmo. Será que os pais conseguem? Podem sempre fechar os telefones ou os *tablets* dentro da caixa de primeiros socorros durante algum tempo enquanto se ocupam com outras atividades divertidas!

O MEU FILHO... GRITA E ESTÁ IRRITADO

Por vezes, as emoções desagradáveis começam por ser menos intensas e depois, umas vezes mais devagar, outras vezes mais depressa, começam a subir de intensidade e podemos ter «febre de irritação». Normalmente surge associada a mau-humor, gritos, baixa tolerância à frustração e comportamentos mais agressivos.



MATERIAIS

Termómetro, balão cheio de ar, papel, canetas de feltro.



POSOLOGIA

Coloque o termómetro na axila da criança durante cerca de dois minutos para verificar a temperatura da febre. Durante esse tempo, ajude a criança a respirar fuuuuundo... muito devagar... (se for necessário recorra também à bola anti-stress).

Quando estiver mais calma, construam juntos o semáforo da regulação emocional. Coloquem-no na porta do frigorífico (onde vamos frequentemente) e treinem as vezes que forem necessárias.

Dica: Este semáforo é também muito útil para os pais!

Em casos mais graves, deite a criança no cantinho do relaxamento e massage-lhe o corpo com o balão cheio de ar. É uma sensação tão boa...

Pode também incentivar a criança a encher e a esvaziar o balão. É uma forma de controlar a respiração (e enquanto sopra não consegue gritar!).



O MEU FILHO... TEM PESADELOS

A maior parte das crianças tem pesadelos e muitos deles são considerados normativos, na medida em que são frequentes em determinadas idades. A criança pode gritar, assustada e angustiada, e no dia seguinte tem memória de ter tido um «sonho mau». Os pesadelos podem estar relacionados com diversas coisas na vida da criança, entre elas alterações nas suas rotinas ou exposição a fatores de stress. Se forem muito recorrentes, são claramente um sinal de alerta de que algo não está bem.



MATERIAIS

Papel, lápis de cor ou canetas de feltro, vales de beijinhos mágicos, algodão.



POSOLOGIA

Antes de ir para a cama, os pais devem conversar com a criança sobre os acontecimentos que têm ocorrido na sua vida, transmitindo a ideia de que é possível que possa ter um sonho acerca disso. Transmita emoções positivas e deixe dois vales de beijinhos mágicos extra debaixo da almofada. Alguns exercícios de relaxamento e uma massagem com uma bola de algodão também irão facilitar o processo de adormecimento.

Em casos mais graves, no dia seguinte, a criança deve desenhar ou até dramatizar o seu pesadelo. O desenho deve traduzir a sua «luta contra o pesadelo», em que ela própria, a criança, ganha essa mesma luta. Pode também arranjar aliados, como os pais, os irmãos, o cão ou o gato! Se quiserem, façam uma pequena peça de teatro com esta história!

O MEU FILHO... FAZ BIRRAS

As birras são muito frequentes em crianças mais novas e acabam por ser uma forma de contestar os limites e as regras impostas pelos pais. As birras manifestam-se por uma descarga explosiva de tensão e a criança pode gritar, chorar, dar pontapés, agitar os braços, deitar-se no chão ou atirar objetos pelo ar. De uma forma geral, as birras são saudáveis e inevitáveis e fazem parte do desenvolvimento da criança. Mas conseguem tirar os pais do sério...

Desde que a birra não coloque a criança ou terceiros em risco (por exemplo, bater com a cabeça na parede ou agredir alguém), deve ser ignorada. Pode parecer difícil numa primeira fase, mas ao fazê-lo os pais estão a ensinar à criança que a birra não será a forma de ela receber atenção. A atenção deve ser dada apenas quando a birra cessar.



MATERIAIS

Algodão, bola anti-stress, pensos rápidos, papel, canetas.



POSOLOGIA

Quando a birra começa, geralmente associada a uma situação de frustração, os pais devem afastar-se e colocar uma pequena bolinha de algodão nos seus ouvidos. Sim, é isso mesmo. Nos ouvidos dos pais. Ao mesmo tempo, colocar um penso rápido na sua boca — na boca dos pais. Só desta forma ficam impedidos de ralhar, gritar, criticar ou dizer algo que apenas contribua para dar atenção à criança.

Em casos mais graves, os pais devem também apertar a bola anti-stress. Após a birra passar e quando a criança estiver mais calma, então devem todos conversar sobre

o que se passou. Se for pertinente, a criança deve escrever ou desenhar um pedido de desculpas aos pais e, eventualmente, sofrer uma consequência pelo seu comportamento (por exemplo, ter de ajudar numa tarefa doméstica ou ficar alguns minutos privada de um brinquedo do qual goste muito).

O MEU FILHO... ESTÁ TRISTE

Com a suspensão das atividades escolares e extracurriculares e num estado de verdadeira «prisão domiciliária» não é fácil manter os miúdos entretidos e alegres. As mudanças bruscas nas suas rotinas, as saudades dos familiares e dos amigos e esta sensação nova de ausência de liberdade podem ativar diversas emoções, entre elas a tristeza.

Dê espaço para que a criança fale sobre aquilo que está a sentir. É normal sentir-se assim e os adultos também o sentem. Todos juntos, vamos encontrar estratégias para superar esta tristeza. Devemos focar-nos em aspetos positivos (o sol da gratidão ajuda muito neste processo), ser otimistas e ter esperança.



MATERIAIS

Papel, lápis de cor ou canetas de feltro, pincel, aguarelas, cinco copos de iogurte vazios (não estão dentro da caixa de primeiros socorros, mas são seguramente uma boa desculpa para ir ao frigorífico!).





POSOLOGIA

Em cada copo de iogurte a criança escreve ou desenha uma emoção. Ficamos com o copo da tristeza, da zanga, da alegria, do medo e da ansiedade. Se a criança quiser acrescentar outras emoções (por exemplo, saudades, vergonha, culpa, orgulho), basta arranjar mais copos vazios. Sempre que sentir alguma destas emoções, deve desenhá-las ou escrever num papel o que sente, porque o sente e quais os truques para sentir-se melhor. Cada papelinho deve depois ser dobrado várias vezes e guardado no copo respetivo.

Em casos mais graves, cada situação pode ser dramatizada, ou seja, ser feita uma pequena história com fantoches ou outros bonecos. Outra ideia é desenhar carinhas nos dedos das mãos e fazer a história dessa forma!

Aceitar as emoções e falar sobre elas é sempre o melhor caminho!





CAROS PAIS E CUIDADORES,

Espero que este livro vos tenha ajudado de alguma forma. Também sou mãe e estou em casa com os meus dois filhos e sei, por experiência própria, que não é fácil gerir tudo isto com um sorriso nos lábios.

Aceitar as nossas limitações e pedir ajuda é o passo mais importante que podemos dar. Em situações mais graves não hesitem em pedir ajuda a um psicólogo.

Abordei aqui apenas algumas de muitas situações ou problemas que podem ocorrer, dependendo também da idade e das características específicas de cada criança.

Conto com a vossa criatividade para melhorarem esta caixa de primeiros socorros e personalizarem-na, de acordo com as vossas necessidades. Acrescentem objetos e reinventem o uso que lhes podem dar.

E lembrem-se, o humor e a boa disposição são sempre os melhores remédios!

Muitos vales de abraços e de beijinhos mágicos,

Rute Agulhas



Título: Manual de primeiros socorros para pais e filhos

Autoria: Rute Agulhas

Coordenação editorial: Miguel Correia

Direção de arte e ilustração: Joana M. Gomes

ISBN: 978-989-8937-15-5

Edição: Ideias com História — 2020

IDEIAS COM HISTÓRIA®

Um agradecimento especial às colegas psicólogas Madalena Campos Ferreira,
Filipa Pancada Fonseca e Alexandra Anciães e à educadora de infância Aldina Cabrol.

O «Manual de primeiros socorros para pais e filhos» é um livro descontraído e com exercícios muito práticos dedicado aos pais/cuidadores e às crianças que vivem agora uma realidade nova e desafiante.

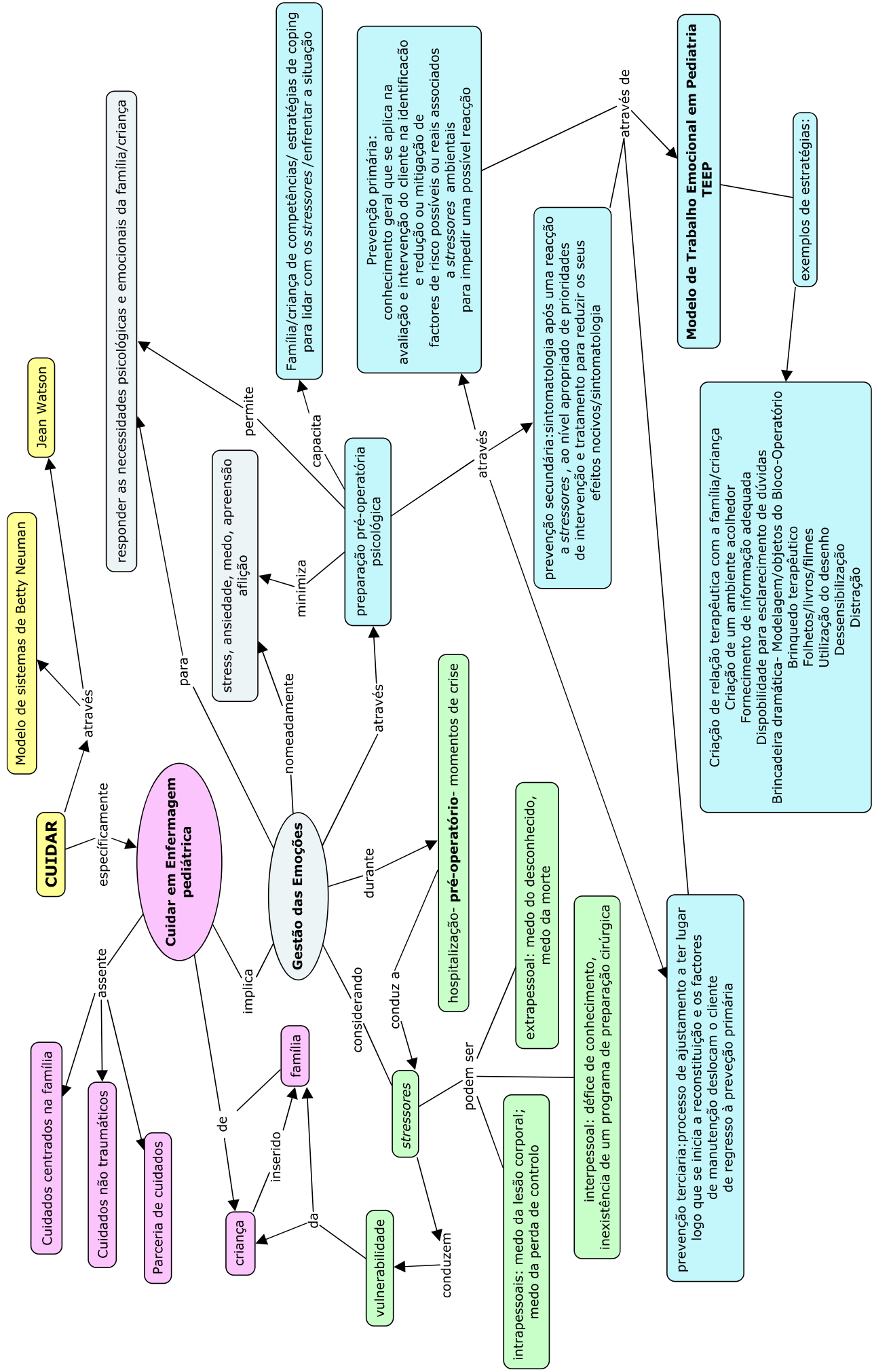
Com a ajuda do humor, tentamos manter a saúde mental dos pais e ajudar as crianças a lidar com algumas alterações emocionais ou de comportamento.



IDEIAS COM HISTÓRIA®

APÊNDICES

APÊNDICE I - MAPA CONCEPTUAL



APÊNDICE II - CRONOGRAMA

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



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

Guia Orientador das atividades de estágio

PROJETO

**PROJETO: Cuidar em Enfermagem Pediátrica: gestão das emoções da
criança e família no período pré-operatório**

Nélia Alexandra Serafim Gonçalves nº. 898



Lisboa 2020



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

UNIDADE CURRICULAR:

Estágio com Relatório

Guia Orientador das atividades de estágio

PROJETO

Cuidar em Enfermagem Pediátrica: gestão das emoções da criança e
familiar período pré-operatório



Docente orientador: Professora Doutora Paula Diogo
Nélia Alexandra Serafim Gonçalves n.º 898

Lisboa2020

INTRODUÇÃO

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar (criança e cuidadores familiares) depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015; Pylóá, Peixoto & Bueno, 2015; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016) que podem comprometer o desenvolvimento infantil (Neutzling et al., 2017).

A vivência de um processo de doença/hospitalização "... implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das atividades sociais..." (Diogo, 2015, p. 2) para um local desconhecido. (Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011; Santos, 2014; Andrade et al., 2015; Callefi et al., 2016; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Assim, os processos de saúde-doença vividos por crianças e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa pelo que constituem um enorme desafio emocional para os enfermeiros (Diogo, 2015, 2019).

Neste sentido, surge a necessidade da Enfermagem estudar as emoções, uma vez que, como já foi referido, estas exercem um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). É essencial para a enfermagem aprender a perceber emoções/sentimentos da pessoa cuidada (Watson citado por Tomey, 2014, p. 169) e para uma abordagem holística no cuidar, é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais das pessoas cuidadas (Benner, 2001 citado por Diogo, 2017). O Cuidar em Pediatria tem inúmeras especificidades relacionadas com a população alvo dos cuidados: o binómio criança/família (regulamento dos Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2015).

Perante o processo de hospitalização/cirurgia, a criança encontra-se num estado de vulnerabilidade acrescido, pois está ainda a desenvolver mecanismos de defesa (Sanders, 2014), nomeadamente, devido ao seu desenvolvimento imaturo, que leva a que a mesma tenha um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os stressores, e por isso necessita por vezes de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Cuidar da criança doente/hospitalizada exige da família uma reorganização dos papéis diante das necessidades da criança, trazendo significativas repercussões para a dinâmica e para a vida das pessoas que convivem com a criança (Salvador et

al., 2015; Callefi et al., 2016), que requerem que a família tenha suporte emocional para que se perceba capaz e motivada a continuar cuidando da criança (Callefi et al., 2016).

Se a hospitalização já constitui um fator de enorme stress causando ansiedade e medo para a criança e família, a necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos como as cirurgias, por exemplo, potencia estas reações (medo, ansiedade...) (Oliveira et al., 2005; Broering & Crepaldi, 2008; OE, 2011), o que pode conduzir a uma experiência traumática e ter repercussões emocionais no período do pós-operatório (Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017) e que podem persistir (Salvador et al., 2015).

A vivência emocional associada à experiência de cirurgia/hospitalização é diferente para cada criança e família (Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011). Os principais stressores associados à hospitalização relacionam-se com o medo do desconhecido, a separação, a perda de controlo, lesão corporal e dor, limitação física/lesão corporal; medo da morte, da doença e da piora desta, o que pode influenciar negativamente o seu crescimento e o desenvolvimento harmonioso. O medo que está inerente à hospitalização e à cirurgia é um stressor que irá potenciar os restantes stressores como a dor, separação e a perda de controlo (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017).

Assim torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011). É essencial refletir sobre esta problemática e encontrar estratégias, baseadas em evidência científica e reflexão sobre a prática, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança que necessita de hospitalização/cirurgia e possibilitar o desenvolvimento da prática clínica (Santos, 2014).

Autores como Biehl et al. (1992) afirmam que o impacto da hospitalização na família e na criança pode ser minimizado através de um trabalho integrado com a equipe de saúde, visando o atendimento das necessidades da criança (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000), tendo em conta não só as suas necessidades físicas, mas também as suas necessidades emocionais e sociais (Andrade et al., 2015; Cardoso, Prado, Souza & Figueiredo, 2017). É fundamental uma intervenção adequada e individualizada ajudando o sistema a compreender e a gerir as suas emoções (Boles, 2016).

O EEESIP tem um papel primordial na gestão das emoções. O enfermeiro contribui através do trabalho emocional (nomeadamente das intervenções de enfermagem explicitadas no modelo TEEP: Promover um ambiente seguro e afetuoso; Nutrir os cuidados com afeto: - Facilitar a gestão das emoções dos clientes; Construir a estabilidade na relação; Regular a disposição emocional para cuidar) (Diogo, 2019) para alterar as emoções negativas do cliente, e consequentemente atitudes e comportamentos para estados de tranquilidade e bem-estar contribuindo para o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e para uma adaptação positiva a toda a situação.

A OE (2011) refere que os enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, se encontram numa “posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia” (p.18) e os enfermeiros com intervenção em cuidados pediátricos têm presente que a implementação de uma boa prática na preparação da criança e família para a cirurgia contribui para a qualidade nos cuidados de enfermagem (OE, 2011; Santos, 2014; Carvalho, Silva, Machado & Rosa 2016).

A preparação para a cirurgia minimiza os efeitos traumáticos associados à hospitalização e ao processo cirúrgico e conduz a uma redução do desconhecido, resultando na minimização do medo face ao mesmo e apresenta efeitos benéficos na redução de perturbações do comportamento no período pós-operatório e após a alta (OE, 2011; Sanders, 2014; Carvalho, Machado & Rosa 2016), facilita a adaptação comportamental a este contexto, a ajuda no desenvolvimento de estratégias de *coping* (Brown, 2014; Carvalho, Machado & Rosa 2016) e facilita a interação da criança com os profissionais de saúde o que leva a que a criança colabore nos cuidados no período perioperatório e a sua recuperação pós-operatória se torne mais rápida e eficaz (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000; Broering & Crepaldi, 2011; Santos, 2014), levando à redução do tempo de hospitalização e complicações pós-cirúrgicas (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000). Os programas de preparação pré-operatória devem incluir fornecimento de informação e técnicas diversas como: o brincar (Callefi et al., 2016), técnicas de distração, imaginação, modelação, visita hospitalar, vídeos informativos (Broering & Crepaldi, 2008); presença dos familiares; atenção afetiva por parte da equipe de saúde; e interação interpessoal (Andrade et al., 2015).

O tema do projeto é Cuidar da criança e família no período pré-operatório e com a realização do mesmo pretendo, não só desenvolver competências de EEESIP, mas também aprofundar conhecimentos acerca do impacto emocional do processo

cirúrgico, no sistema criança/família. Assim, o objeto de estudo deste relatório é as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório, tendo em conta as vivências emocionais do cliente pediátrico e família.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família

Objetivo específico: Conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos;

Competências:

B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos de cada contexto;- Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos existentes no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil;- Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência dos contextos clínicos e a caracterização da sua população;- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação;- Observação direta da dinâmica dos serviços e reuniões com a enfermeira tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação.	Transversal a todos os contextos de ensino clínico	23/11/2020 A 16/04/2021	Materiais: <ul style="list-style-type: none">- computador- Legislação, manuais de normas e procedimentos do serviço/instituição. Humanos: <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro orientador do contexto clínico- Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Relatório acerca da caracterização dos vários contextos clínicos

Critérios de Avaliação:

B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.

B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.

B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família

Objetivo específico: Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família.

Competências:

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança;

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none">- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança e família;- Observação de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança e família;- Implementação das técnicas e estratégias de comunicação na minha relação com a criança e família, adequadas à situação e ao estágio de desenvolvimento;- Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	Transversal a todos os contextos de ensino clínico	23/11/2020 A 16/04/2021	Materiais: <ul style="list-style-type: none">- Computador;- Bases de dados;- literatura científica Humanos: <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro orientador do contexto clínico-Equipa de Enfermagem	- reflexão crítica acerca da comunicação com a criança e família, adequada à situação e estágio de desenvolvimento

Crítérios de Avaliação:

E1.1.2. Comunica com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde.

E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família.

E3.3.2. Relaciona-se com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família

Objetivo específico: Promover a vinculação e transição para a parentalidade;

Competências:

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança;

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

Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os cuidados ao RN e família; -Observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP ao RN e família em contexto de UCIN; -Identificação de estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da vinculação do recém-nascido; -Identificação de práticas e estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com o recém-nascido e família, promotoras da vinculação da díade	Consulta de Desenvolvimento Infantil Neonatologia	04/01/2021 a 17/01/2021 18/01/2021 a 14/02/2021	Materiais: - Computador; - Bases de dados; - Normas e protocolos do serviço - literatura científica Humanos: -Enfermeiro orientador do contexto clínico -Equipa de Enfermagem	- Reflexão Critica acerca da Vinculação e dos fatores que interferem no estabelecimento da mesma -Análise da prática de cuidados na UCIN à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2015, 2019); - Elaboração de um diário do recém-nascido onde os pais possam expressar os seus medos;

Crítérios de Avaliação: E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista; E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória

Objetivo específico: Identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes ao processo de hospitalização associado à necessidade de uma intervenção cirúrgica;

Competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none">- Revisão bibliográfica sobre os principais stressores da criança e família de acordo com cada estágio do desenvolvimento;- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre os principais medos verbalizados pelas crianças e família	<p>Urgência Pediátrica</p> <p>Cardiologia Pediátrica- Serviço de Internamento Pediatria</p>	<p>15/02/2021</p> <p>a</p> <p>14/03/2021</p> <p>15/03/2021</p> <p>a</p> <p>16/04/2021</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Computador;- Bases de dados;- Normas e protocolos do serviço- literatura científica <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro orientador do contexto clínico-Equipa de Enfermagem	<p>- Registo reflexivo acerca das necessidades emocionais da criança e família no período pré-operatório</p>

Crítérios de Avaliação: E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória				
Objetivo específico: Identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório;				
Competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.				
Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none"> - Revisão bibliográfica sobre os fatores que interferem com a gestão dos stressores da criança e família de acordo com cada estágio do desenvolvimento; - Entrevista ao enfermeiro orientador sobre essa temática 	<p style="text-align: center;">Urgência Pediátrica</p> <p style="text-align: center;">Cardiologia Pediátrica- Serviço de Internamento Pediatria</p>	<p style="text-align: center;">15/02/2021</p> <p style="text-align: center;">a</p> <p style="text-align: center;">14/03/2021</p> <p style="text-align: center;">15/03/2021</p> <p style="text-align: center;">a</p> <p style="text-align: center;">16/04/2021</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados; - Normas e protocolos do serviço - literatura científica <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeiro orientador do contexto clínico -Equipa de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Registo reflexivo acerca das condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório
Critérios de Avaliação:				
E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;				
E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico;				
E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.				

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória

Objetivo específico: Prestar Cuidados à criança, que necessita de uma cirurgia, e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade associada a este período.

Competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none">- Observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP à criança/família que requeira cirurgia, no serviço de urgência e em contexto de internamento;- Observação das técnicas utilizadas pelo enfermeiro orientador na gestão emocional da criança e família em contexto de urgência e internamento;- Utilização das estratégias identificadas na gestão dos medos nas crianças e família na preparação para a cirurgia	<ul style="list-style-type: none">Urgência PediátricaCardiologiaPediátrica- Serviço de InternamentoPediatria	<ul style="list-style-type: none">15/02/2021a14/03/202115/03/2021a16/04/2021	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Computador;- Bases de dados;- literatura científica- sala para realização da formação <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">-Enfermeiro orientador do contexto clínico-Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Reflexão sobre a intervenção do EEESIP na gestão dos medos da criança e dos pais em contexto pré-cirúrgico;- Realização de uma ação de formação sobre os principais medos das crianças e sua família e quais as estratégias adequadas a cada estágio de desenvolvimento;- Desenvolvimento de um livro para colorir com a história “Uma aventura no bloco- operatório”

Critérios de Avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem -estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória				
Objetivo específico: Identificar, desenvolver conhecimentos e implementar técnicas e estratégias utilizadas na preparação para a cirurgia;				
Competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.				
Atividades	Contexto	Duração	Recursos	Indicadores de Resultado
<ul style="list-style-type: none"> - Revisão bibliográfica sobre as estratégias de gestão dos medos da criança/família em contexto pré-cirúrgico; - Observação participada da prestação de cuidados de preparação para a cirurgia da criança e família. - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na preparação da criança e família para a cirurgia - Implementação de estratégias de preparação pré-operatória - Fornecimento de folhetos sobre o acolhimento no serviço e a cirurgia cardíaca às crianças e família; 	<p>Cardiologia</p> <p>Pediátrica-</p> <p>Serviço de</p> <p>Internamento</p> <p>Pediatria</p>	<p>15/03/2021</p> <p>a</p> <p>16/04/2021</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados; - literatura científica - livro “Uma aventura no bloco- operatório”; - Material Hospitalar; - Material para preparação pré-operatório: Legos, livros, jogos.... <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeiro orientador do contexto clínico -Equipa de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação do livro para colorir com a história “Uma aventura no bloco- operatório”; -Criação do Carrinho “preparação pré-operatória”, em que cada gaveta contenha material utilizado na preparação pré-operatória de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança
<p>Critérios de Avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem -estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p>				

**APÊNDICE IV - REFLEXÃO ACERCA DAS NECESSIDADES
EMOCIONAIS DAS CRIANÇAS E FAMÍLIA NO PERÍODO
PRÉ-OPERATÓRIO**

REGISTO REFLEXIVO ACERCA DAS NECESSIDADES EMOCIONAIS DA CRIANÇA/FAMÍLIA

A vivência de um processo de doença/hospitalização “implica que o indivíduo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetuoso, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das atividades sociais” (Diogo, 2015, p. 2), as crianças são retiradas do seu cotidiano, das suas rotinas diárias, separadas das pessoas de referência/ambiente familiar para um local desconhecido (Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011; Santos, 2014; Andrade et al., 2015; Callefi et al., 2016; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Assim, os processos de saúde-doença vividos por crianças, jovens e suas famílias, estão frequentemente associados a uma emocionalidade intensa, pelo que constituem um enorme desafio emocional para os enfermeiros (Diogo, 2015, 2019). Neste sentido, surge a necessidade da Enfermagem estudar as emoções, uma vez que, como já foi referido, estas e a sua gestão estão inerentes ao Cuidar (Collière, 2003; Diogo, 2019).

Perante o processo de hospitalização/cirurgia, a criança encontra-se num estado de vulnerabilidade acrescido, pois está ainda a desenvolver mecanismos de defesa (Sanders, 2014), nomeadamente devido ao seu desenvolvimento imaturo, que leva a que a mesma tenha um número limitado de mecanismos de coping para lidar com os stressores, e por isso necessita por vezes de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Cuidar da criança doente/hospitalizada exige da família uma reorganização dos papéis diante das necessidades da criança, trazendo significativas repercussões para a dinâmica e para a vida das pessoas que convivem com a mesma (Salvador et al., 2015; Callefi et al., 2016), que requerem que a família tenha suporte emocional para que se perceba capaz e motivada a continuar cuidando da criança. (Callefi et al., 2016).

Se a hospitalização já constitui um fator de enorme stress causando ansiedade e medo para a criança e família, a necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos como as cirurgias, por exemplo, potencia estas reações (medo, ansiedade...) (Oliveira et al., 2005; Broering & Crepaldi, 2008; OE, 2011), o que pode conduzir a uma experiência traumática.

A experiência da cirurgia pode ser stressante e potencialmente ameaçadora para a criança e família, podendo ter repercussões emocionais no período do pós-operatório (Al-Sagarat, Al-Oran & Hamlan, 2017). A cirurgia pode, assim,

conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança, que podem persistir para além do período pós-operatório (Salvador et al., 2015). Assim, torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções, e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011).

A vivência emocional associada à experiência de cirurgia/hospitalização é diferente para cada criança e família (Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011). As respostas das crianças a estas experiências são influenciadas pelo seu estágio de desenvolvimento, as suas experiências prévias com a doença, separação ou hospitalização, a sua capacidade de confronto inata e adquirida, mecanismos de coping, e nível de conhecimento e compreensão da criança e da família sobre a sua condição médica e sobre o procedimento a ser realizado, a gravidade do diagnóstico, o tempo de permanência no hospital e o sistema de apoio disponível. (Baldini & Krebs, 1999; Magalhães, Gusmam & Grecca, 2010; Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011; Moro & Módolo, 2004 citados por Carnier, Rodrigues & Padovani, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo et al., 2015; Salvador et al., 2015).

Posto tudo o que foi referido, podemos afirmar que a hospitalização tem impacto sobre o comportamento da criança, levando à manifestação de reações adversas como o estresse, ansiedade e medo (Broering & Crepaldi, 2008).

Os principais stressores associados à hospitalização relacionam-se com a separação, a perda de controlo, o medo da lesão corporal e dor (Marçal, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). O medo que está inerente à hospitalização e à cirurgia é um stressor que irá potenciar os restantes stressores como a dor, separação e a perda de controlo (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017).

A **ansiedade da separação** manifesta-se de diferentes formas de acordo com a faixa etária, sendo muito evidente em crianças entre os 6 meses de idade e a idade pré-escolar. Quando deixam de ver os pais choram, e como forma de protesto gritam pelos pais, e procuram os mesmos com o olhar não aceitando a atenção de mais ninguém. Em idade escolar, as crianças têm mais facilidade em lidar com a ausência dos pais, no entanto constata-se que, por ser uma situação desconhecida, que implica também “separação” das suas rotinas diárias e dos seus pares, o que os deixa inseguros, muitas vezes apresentam sinais de regressão de comportamento, e precisam da figura parental para lhes transmitir segurança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nesta medida, e como forma de diminuir o impacto da ansiedade da separação na criança, a equipa do serviço onde me encontro a estagiar tenta promover e proporcionar a presença dos pais em todos os momentos. Em relação à separação inevitável dos pais no momento da ida ao bloco (BO), existem estratégias para minimizá-la, nomeadamente é administrada pré-medicação, de acordo com a indicação do médico anestesista, e é permitida a ida dos pais com a criança até à entrada do BO onde são recebidos pelo anestesista e enfermeiro do BO que conheceram no dia anterior, e muitas vezes, em crianças mais ansiosas, é feito um reforço da pré-medicação nesse momento e na presença dos pais, para que a criança entre para o BO já a dormir. Em situações previamente avaliadas e planeadas, é dada a possibilidade, mediante manifestação de vontade por parte dos pais, de, devidamente equipados, um dos progenitores acompanhar a criança até à sala do BO para ficar com ela até ao momento da mesma estar devidamente anestesiada.

Em relação à **perda de controlo**, é importante referir que a perceção de capacidade de controlo que as crianças sentem em relação ao ambiente hospitalar, influencia o seu nível de stress e a reação ao mesmo, a falta de controlo aumenta a sensação de ameaça, e afeta o desenvolvimento dos mecanismos de coping (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para minimizar a sensação de perda de controlo, é fundamental controlar as questões que dizem respeito ao ambiente, pois um dos fatores que causa essa sensação de perda de controlo é o fato de ser um ambiente desconhecido. Assim, deve tornar-se o ambiente o mais familiar, acolhedor e alusivo ao ambiente infantil possível. Para isso o serviço onde me encontro a estagiar é colorido, tem bonecos na parede, e uma sala da brincadeira; além disso outros aspetos fundamentais são: a promoção da presença e envolvimento dos pais; manter o mais possível as suas rotinas e o modo como estão habituados a fazê-las (fundamental na idade escolar); permitir e incentivar que a criança possa ter alguns dos seus brinquedos mais significativos; manter a rede de contactos habituais; transmitir segurança e proporcionar afetos/cuidados afetuosos; reduzir ao mínimo e indispensável a restrição/contenção física (por exemplo na colocação do acesso periférico tentar conter apenas o membro a puncionar e permitir liberdade de movimentos no restante corpo); esclarecer à criança que os procedimentos nunca são uma punição, explicar o porquê de serem realizados (especialmente na idade pré-escolar com facilidade fantasiam os motivos do procedimento); assegurar a privacidade; inclui-los nas

decisões sempre que for possível (especialmente a partir da idade escolar); e incentivar a independência (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao **medo da lesão corporal e dor**, há que ter em consideração que, especialmente após os 6 meses, a reação da criança à dor é muito influenciada pela reação dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nos Toddler, a memória da restrição física, a presença ou ausência dos pais, a reação emocional dos outros, e a preparação que é feita para o procedimento são fatores determinantes para a reação emocional e comportamental da criança à dor. Nos Pré-escolares é necessário especial atenção à linguagem utilizada para explicar o procedimento; na idade escolar é preciso especial atenção à explicação sobre os procedimentos, e por terem muito medo da incapacidade é essencial explicar as consequências benéficas ou potencialmente prejudiciais dos procedimentos. É também importante: respeitar os tempos e a privacidade das crianças; controlar a dor; proporcionar atividades adequadas ao desenvolvimento, estratégias de distração (brincadeiras lúdicas/terapêuticas/expressivas- jogo terapêutico, expressão criativa, jogo dramáticos); incentivar os familiares a trazer brinquedos e coisas de casa para proporcionarem familiaridade e segurança à criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

No serviço onde me encontro a estagiar, a equipa tem especial atenção em explicar os procedimentos, utilizando a estratégia mais adequada (exemplo: através da brincadeira), não expor material agressivo, permitir a manipulação do material, utiliza estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor (Buzzy®; EMLA®); utiliza estratégias de distração; procura fazer os procedimentos o mais rápido possível e sempre na presença dos pais (respeitando os princípios dos cuidados não traumáticos- evitar a separação da criança e da família; promover a sensação de controlo; minimizar as intervenções invasivas e dor (Hockenberry & Wilson, 2014)); deixa que as crianças participem sempre que possível (por exemplo, na realização de pensos cirúrgicos, por vezes as crianças preferem ser elas ou os pais a descolar o penso operatório, e isso é respeitado e permitido); e os pais são incentivados a trazer para o internamento objetos e brinquedos significativos para a criança, fotografias e até personalizar a unidade sempre que possível.

Em relação à família, os pais sentem medo, ansiedade e frustração pela doença e necessidade de hospitalização do seu filho.

A ansiedade e o medo estão muito relacionados com a gravidade da doença, e com os procedimentos aos quais os seus filhos vão ser submetidos, nomeadamente, ao nível de dor que vão causar. A frustração está muito associada à falta de

informação/informação contraditória (nomeadamente sobre a doença, os procedimentos, os regulamentos e funcionamento do serviço), e com as situações em que sentem fraca relação, ou difícil comunicação com a equipa e medo de fazer perguntas (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, é fundamental que a equipa se mostre disponível e escute os pais, prepare-os para o que podem esperar e o que é esperado deles incentivando-os a participar nos cuidados, e integrando-os nos mesmos, respeitando as suas necessidades (CCF e parceria de cuidados); é também importante que a equipa esteja alerta para os sinais de exaustão física e psicológica, para que possa ajudar os pais a encontrar estratégias para ultrapassar essa situação, e incentive o descanso dos mesmos e que tirem momentos para si, não se culpabilizando por isso; incentive a que mantenham o relacionamento com os outros filhos (incentivá-los a fazer perguntas, escutá-los, explicar-lhes tudo, e se sentirem que eles compreendem, incentivar a sua visita ao irmão); a equipa deve também estar desperta para apoiar os pais nos efeitos que a alteração dos papéis familiares podem vir a causar e como podem lidar com isso (Hockenberry & Wilson, 2014).

É importante nunca esquecer que melhorar as estratégias de coping dos pais, melhora o controlo emocional da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H. & Hamlan, A. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*. 40(2).99-107
- Andrade, K.C.S., Freitas, F. F. Q., Marques, D. K. A., Lucena, A. L. R., Costa, K. N. F. M., Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista enfermagem UFPE on line*, 9(11), 9784-9792
- Baldini, S. M., Krebs, V. L. J. (1999). A criança hospitalizada. *Pediatria*, 21(3), 182-190
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23

- Callefi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J.C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B., Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R., Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica, *Estudos de Psicologia*, 29(3), 315-325
- Carvalho, M., Silva, J., Machado, M. S., Rosa, A. (2016). Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 19-26
- Collière, M-F. (2003). Cuidar... A primeira arte da vida. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.ª versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: Novembro de 2020
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma b revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em

ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

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

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

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

Hockenberry, M. (2014). Cuidados Centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 1025-1060. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Magalhães, F. M., Gusmam, D. P. P., Grecca, K. R. R. (2010). Preparo Psicológico em Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Pediátrica. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 6(2), 144-166

Oliveira, A., Ladeiras, A.; Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53 (4). 202-205

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II. Ordem dos Enfermeiros

Santos, T. S. P. (2014). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade préoperatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. 3 , 149-155

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

Vasques, R. C. Y., Bousso, R. S., Mendes-Castillo, A. M. C. (2011). A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(1), 122-129

**APÊNDICE V - DIÁRIO DE CAMPO CONTENDO A
OBSERVAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A
CRIANÇA E FAMÍLIA, ADEQUADA À SITUAÇÃO E ESTÁDIO DE
DESENVOLVIMENTO**

DIÁRIO DE CAMPO CONTENDO A OBSERVAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA E FAMÍLIA, ADEQUADA À SITUAÇÃO E ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

Crianças:

Estratégias utilizadas na comunicação com a criança	Descrição da situação
Proporcionar tempo	Dia 24 de Novembro- turno da manhã- um menino com 7 anos tinha acabado de acordar, e referiu que queria ver um pouco de desenhos animados, antes de podermos conversar sobre a programação das rotinas do turno, e esse tempo foi respeitado
Falar inicialmente com os pais se a criança se apresenta envergonhada	Dia 3 de Dezembro- turno da tarde- deu entrada no serviço uma menina de 5 anos, na companhia da sua mãe, perguntávamos coisas às quais ela não nos respondia, e começámos então por iniciar conversa com a mãe, e posteriormente ela ia interrompendo a conversa para começar a comunicação com a equipa
Comunicar através de um objeto de transição	Dia 7 de Dezembro- turno da manhã- um menino com 4 anos não queria fazer levante, e então a equipa utilizou um boneco que lhe é muito significativo, e começou a falar com o boneco, “não tens dores de costas de estares há tanto tempo na cama?” e a simular que o boneco referia que queria ir para a sala ver televisão
Dar oportunidade de falarem sem a presença dos pais	Dia 12 de Dezembro- turno da manhã- um menino de 7 anos que estava bastante revoltado com a mãe, e a equipa aproveitou o momento em que a mãe foi almoçar para falar com ele sobre isso, e ele verbalizou que estava assim, porque a mãe o tentava convencer a fazer as coisas sempre a prometer que iam para casa, e que isso nunca acontecia. Esta informação foi preciosa para podermos abordar com a mãe, a gestão das expetativas do seu filho que tem já um longo internamento
Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança	A equipa muitas vezes senta-se nos bancos para as crianças, e se inclina, de forma a ficar no seu nível de visão
Falar com tom de voz tranquilo, transmitindo confiança	29 de Novembro- turno da manhã- um menino de 7 anos precisa ir fazer Raio-X, e como está saturado do internamento, começa aos gritos a referir que não quer, a equipa sentou-se junto dele, e claramente explicou-lhe o que era o Raio-X, que não ia doer, e que a mãe ia com ele. E ele acalmou e aceitou ir
Falar de modo claro e com palavras simples e frases curtas	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- um menino de 7 anos ao qual foi necessário retirar o dreno, foi explicado o procedimento, e recriámos uma conversa entre ele e o seu boneco significativo para que se distraísse e o procedimento decorresse de forma calma. Foi explicado calmamente, e pormenorizadamente, que aquele “tubinho” que retirava o líquido do pulmão, tinha deixado de funcionar, e que o íamos tirar, que ia ser o médico, íamos dar uma medicação para não doer, e colocar o spray dos medos

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

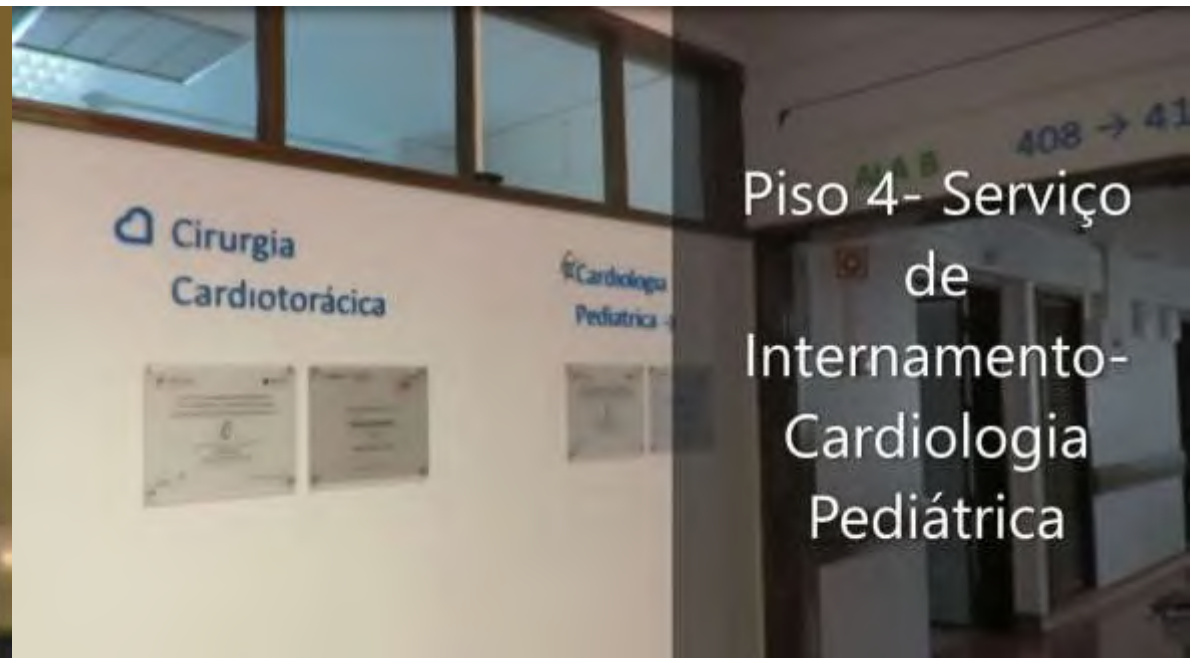
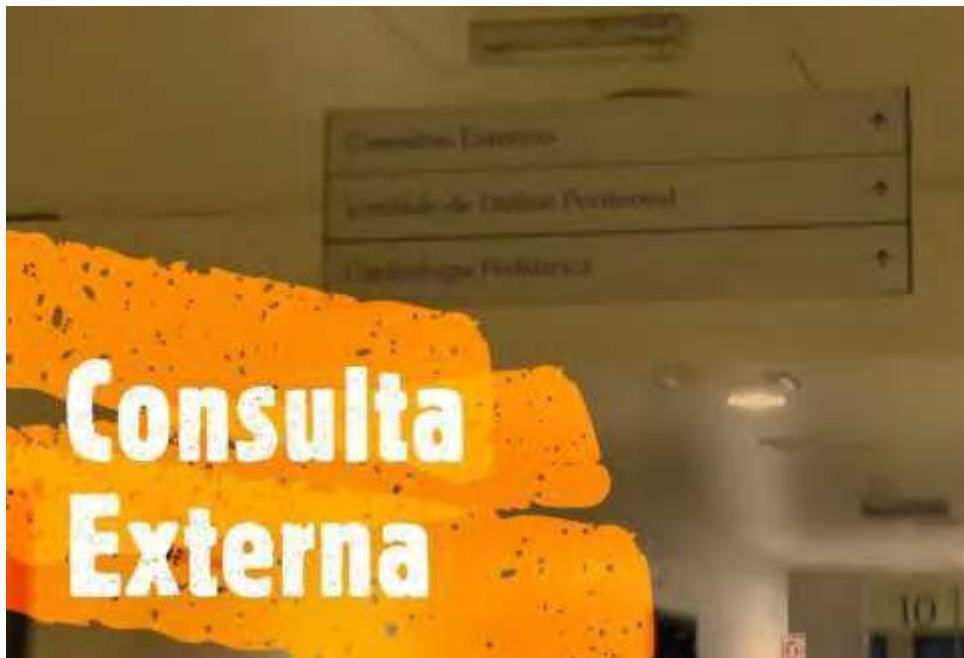
	(spray para ser mais fácil descolar o penso), o médico ia retirar, e depois voltávamos a colocar um penso
Oferecer possibilidade de escolha quando ela existe	Dia 24 Novembro- turno da manhã- um menino com 7 anos tinha acabado de acordar, e referiu que queria ver um pouco de desenhos animados, antes de podermos conversar sobre a programação das rotinas do turno, e esse tempo foi respeitado, e foi-lhe permitido escolher quando queria tomar banho e realizar os pensos
Ser honesto	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- um menino de 7 anos ao qual foi necessário retirar o dreno, foi explicado o procedimento, e no decorrer da explicação ele perguntou se ia doer, e foi explicado que doía um pouco, mas que se iriam utilizar muitas estratégias (farmacológicas e não farmacológicas) para ele sentir o mínimo a dor, e quais seriam, e que se ele sentisse dor podia dizer-nos e fazer intervalos no procedimento
Facilitar a expressão dos seus medos	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- um menino de 7 anos ao qual foi necessário retirar o dreno, foi explicado o procedimento, e enquanto explicávamos percebemos que ele estava com vontade de chorar, mas olhava constantemente para a menina que estava na cama ao lado com 4 anos, e parecia ter vergonha de admitir junto dela que estava com medo, e fazer perguntas. Então pedimos à mãe da menina para virem um pouco brincar para a sala da brincadeira. E após a menina sair, ele começou a chorar, e a dizer que tinha medo da dor, se ia ficar com um buraco... Esclarecemos todas as suas dúvidas
Utilizar várias técnicas de comunicação (verbais e não verbais) de acordo com a criança e com o contexto	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- um menino de 7 anos com um internamento longo e complicado, com muitos procedimentos invasivos, está muito revoltado com a situação, e com toda a equipa e até com a mãe. Estivemos um pouco a brincar com uns bonecos que ele tem, e que são os seus favoritos, e então ele disse que a sua vaquinha também está internada como ele. Pedimos-lhe então, que nos contasse a história da vaquinha internada, e enquanto contava percebemos que estava a projetar a sua história e a enviar-nos mensagens
Reforçar aspetos positivos	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- um menino de 7 anos ao qual foi necessário retirar o dreno, foi explicado o procedimento, e recriámos uma conversa entre ele e o seu boneco significativo para que se distraísse, e o procedimento decorresse de forma calma. No final, todos batemos palmas, e ele recebeu um chupa-chupa e uma medalha pela sua coragem
Evitar julgamentos ou críticas	Dia 28 de Novembro- turno da tarde- uma menina de 4 anos precisou ser puncionada, e chorou, e deu pontapés à equipa durante o procedimento, e a mãe disse “estás a portar-te muito mal... és uma maricas...”, e a equipa disse “não, não, mãe, ela é muito corajosa mas está com muito medo..., nós às vezes também temos medo, mas ela está a tentar parar de chorar”

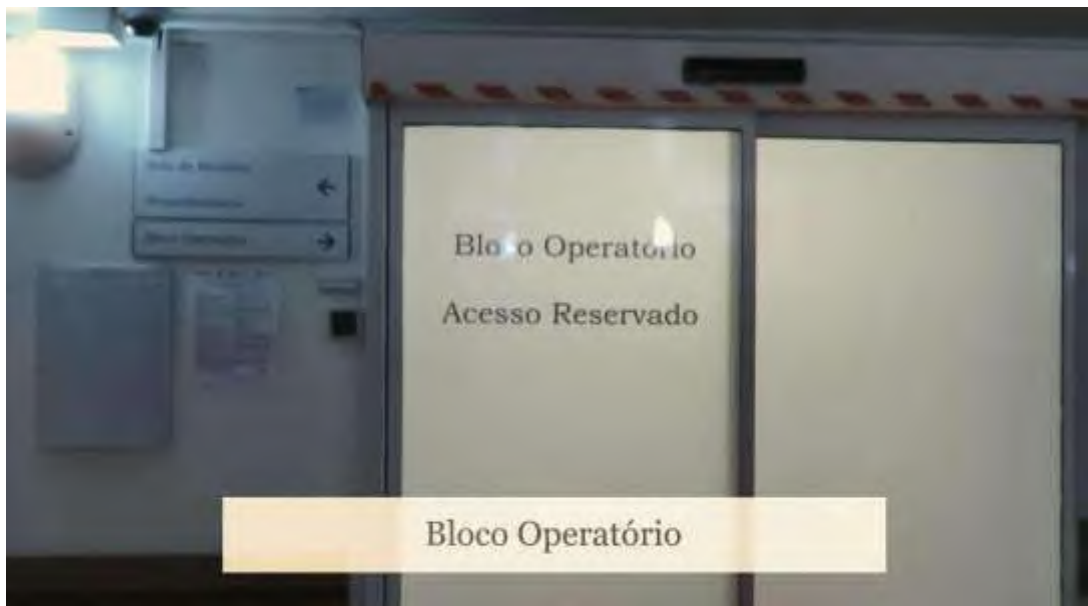
Pais:

Estratégias utilizadas na comunicação com a família	Descrição da situação
Encorajar a falar	26 de Novembro- a mãe de um menino de 7 anos andava impaciente, gritava com o menino à mínima coisa, e reparámos que se andava a dar pouca atenção aquela mãe. Então, enquanto um elemento da equipa brincava com o menino, levámos a mãe para um dos quartos vazios e perguntámos se queria falar, e então a senhora desabafou sobre as consequências que o internamento estava a ter para a sua família no geral, e falou sobre situações que estavam a acontecer das quais nem fazíamos ideia
Escuta e perceção cultural	26 de Novembro- a mãe de um menino de 7 anos andava impaciente, gritava com o menino à mínima coisa, e reparámos que se andava a dar pouca atenção aquela mãe. Então, enquanto um elemento da equipa brincava com o menino, levámos a mãe para um dos quartos vazios e perguntámos se queria falar, e então a senhora desabafou sobre as consequências que o internamento estava a ter para a sua família no geral, e falou sobre situações que estavam a acontecer das quais nem fazíamos ideia. Verbalizou-nos que teve que mandar o seu filho mais novo para a China, e houve alguma estranheza inicial da parte da equipa, mas depois a senhora explicou que os homens na china não cuidavam de bebés, e não sabiam fazer nada, tinha a ver com uma questão cultural, então na sua família o normal foi a bebé ir para a avó que se encontrava na china
Usar o silêncio	26 de Novembro- a mãe de um menino de 7 anos andava impaciente, gritava com o menino à mínima coisa, e reparámos que se andava a dar pouca atenção aquela mãe. Então, enquanto um elemento da equipa brincava com o menino, levámos a mãe para um dos quartos vazios e perguntámos se queria falar. Após a conversa, a senhora começou a chorar, e ficámos em silêncio no quarto, só mesmo a prestar apoio, e a senhora ficou mais tranquila e quis continuar a conversar
Ser empático	26 de Novembro- a mãe de um menino de 7 anos andava impaciente, gritava com o menino à mínima coisa, e reparámos que se andava a dar pouca atenção aquela mãe. Então, enquanto um elemento da equipa brincava com o menino, levámos a mãe para um dos quartos vazios e perguntámos se queria falar. Ela verbalizou que nós a devíamos achar uma péssima mãe porque estava sempre a gritar com o filho. E nós expressámos que a compreendíamos, e que colocando-nos no seu lugar, percebíamos que devia estar exausta

<p>Fornecer orientação antecipada</p>	<p>25 Novembro- uma criança de 1 ano que foi para cirurgia, e foi explicado à mãe o que iria acontecer no pós-operatório, e quais são normalmente as reações da criança naquela idade. No pós-operatório a criança parecia zangada com a mãe, e a recusar o contacto visual com ela, e a mãe verbalizou que tinha sido fundamental lhe termos explicado que isso iria acontecer, e que era comum e temporário, pois referiu que não fazia ideia que isso acontecia, e iria ficar muito nervosa se não lhe tivessem explicado</p>
<p>Evitar bloqueios à comunicação</p>	<p>Dia 24 de Novembro- entrou uma mãe, cujo filho tinha dado entrada no serviço para cirurgia, e ao receber os folhetos e toda a informação, percebeu-se que já não estava a conseguir assimilar nada, e ficou apática e pouco comunicativa, nem sequer conseguia formular as suas dúvidas</p>
<p>Comunicar através de um intérprete</p>	<p>29 Novembro- um menino de 2 anos que ia para cirurgia no dia seguinte, e a mãe só falava crioulo mas dizia que sim a tudo, pelo que a equipa médica achava que ela tinha percebido, e na realidade não. Quando percebemos que ela não tinha percebido, isto no turno da tarde, a linha do tradutor já tinha encerrado, e não estávamos a conseguir comunicar com ela. Tentámos o Google tradutor, com pouco sucesso, então ligámos para um serviço onde estava uma senhora que falava crioulo, e então a senhora veio ao serviço para nos ajudar a comunicar com a mãe, o que decorreu com muito sucesso</p>

**APÊNDICE VI - VÍDEO INFORMATIVO ACERCA DO CIRCUITO
HOSPITALAR**







Estamos cá para si... conte connosco

Equipa multidisciplinar Cardiologia

Pediátrica



**APÊNDICE VII - DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DAS
CONDIÇÕES PARA ELABORAR VÍDEOCHAMADAS**

Assunto: Autorização para realizar colheita de imagens e filmagem dentro das instalações do

Boa Tarde,

Sou a Nélia Gonçalves, enfermeira:

Estou a fazer mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL.

Neste momento encontro-me a fazer estágio e o meu Projeto tem como tema: Cuidar da criança e família no período pré-operatório sendo o objeto de estudo: as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório.

No âmbito da realização deste projeto e após reflexão com a Professora, enfermeira orientadora, chefia e diretor clínico, considerou-se pertinente a elaboração de um vídeo que mostre o circuito do utente desde da entrada no hospital até à alta para que, nomeadamente os pais que não conseguem acompanhar de imediato os seus filhos possam conhecer um pouco das instalações para onde o seu filho foi transferido e o que será o seu percurso. Este vídeo seria divulgado no site da Associação

Assim, pretendia obter imagens: videos e fotografias na receção, UCI, entrada do BO, hemodinâmica, consulta externa e serviço de internamento de. Não serão captadas quaisquer imagens de utentes e caso apareça algum profissional será solicitada a sua autorização.

Muito obrigada
Cumprimentos
Nélia Gonçalves



CUIDAR DE SI É CUIDAR DE TODOS.

do
Diretor do Serviço
de Cardiologia
Pediatria com
a informação que
é Autorizado se de
acordo com o Diretor.

04.12.2020



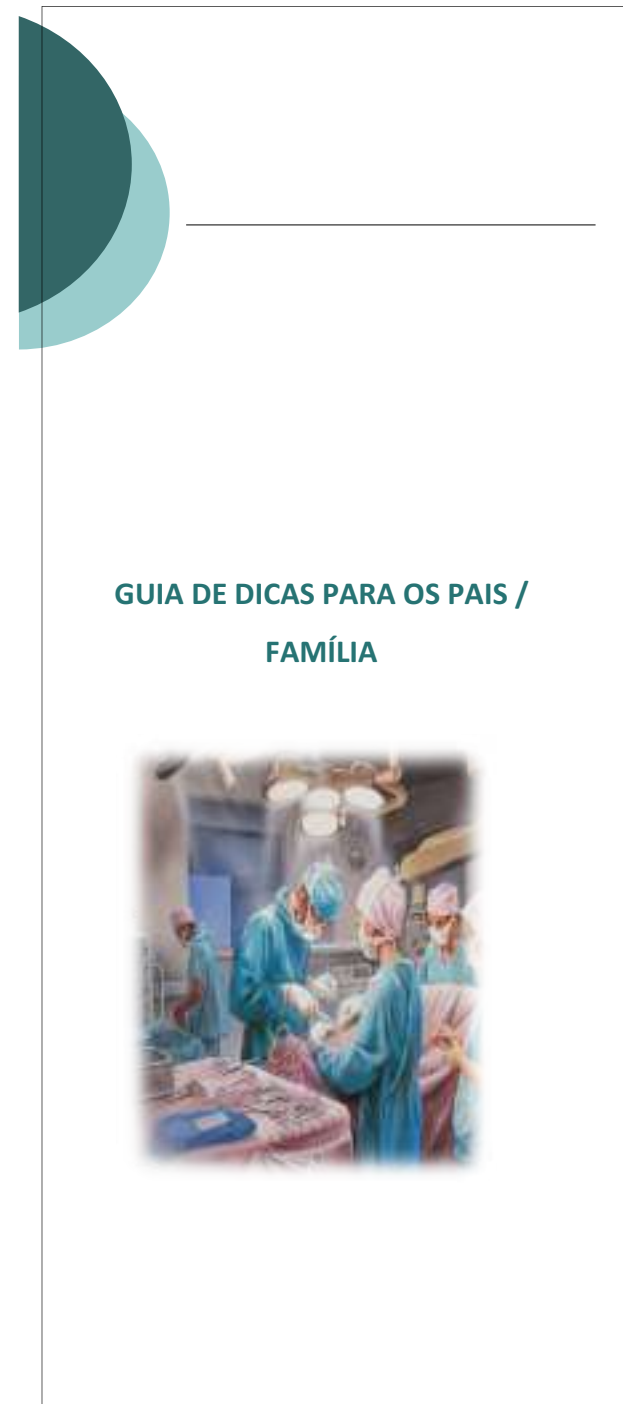
Concordo
5.12.2020

**APÊNDICE VIII -
“GUIA DE DICAS PARA PAIS”**

- ◆ Quando o internamento ocorre antes e se se prolonga para além do dia de realização da cirurgia:
 - ◆ Personalize o espaço do quarto com algumas fotografias;
 - ◆ Mantenha as rotinas tanto quanto possível; Brinque com ele;
 - ◆ Peça ajuda ao médico e enfermeiro e faça com o seu filho um calendário com as datas mais importantes do tratamento: a operação, o último penso, etc. Vá riscando as etapas ultrapassadas;
 - ◆ Planeie as visitas com os amigos e família para não aparecerem todos ao mesmo tempo e cada um poder passar mais tempo com a criança;
- ◆ Tire tempo para si. Mesmo estando a tempo inteiro no hospital, os pais devem guardar alguns momentos para si próprios. Sair e tomar um café ou comer uma refeição fora ajuda a manter o bem-estar.
- ◆ Dê informações aos irmãos ou outras crianças da família. Os irmãos e as outras crianças da família também podem ter dúvidas. Use uma linguagem simples e honesta para que possam compreender o que lhes explica sobre a cirurgia, nomeadamente sobre o tempo que a criança estará no hospital e sobre as visitas.

Adaptado a partir do: Guia de Dicas para Pais e família presente no Ordem dos Enfermeiros (2011), Guia Orientador de boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, 1(3)

Idade	Estratégias
Antes dos 2 anos	As crianças ainda não percebem o que está a acontecer, mas sentem a ansiedade dos pais, pelo que se devem preparar psicologicamente para se manterem calmos. Os objetos familiares e as pessoas são importantes para o bem-estar da criança.
Entre os 2 e os 3 anos	Apesar das habilidades verbais serem limitadas, entendem mais do que são capazes de dizer. Dê explicações simples e concretas. Converse com a criança sobre a operação e o hospital um dia antes ou mesmo na véspera do internamento. Explique que no dia seguinte, de manhã depois de acordar, vão ao hospital. Assegure-lhe que vai estar com ela, que ela vai dormir um soninho, que pode levar o seu brinquedo preferido. Prepare com a criança a mochila (como se fosse para o infantário) e peça-lhe que escolha uma roupa de dormir e um brinquedo para levar para o hospital.
Dos 3 aos 6 anos	Apesar do vocabulário da criança se estar a desenvolver rapidamente, as explicações devem ser simples, usando frases curtas para lhe explicar que vai ser operado. Converse com a criança cerca de 3 dias antes da cirurgia. A criança com cinco anos está apta a ter essa conversa 4 ou 5 dias antes da cirurgia. Fale sobre o hospital. Seja honesto, dando explicações simples. Utilize palavras neutras para o informar dos acontecimentos: maca «cama com rodas»; anestesia «cheirinho que faz sono»; sala de indução «sala do soninho especial»; sala de recuperação «sala onde acorda». Como a criança aprende brincando, brincar com ela «aos médicos e ao hospital» é muito útil. Reforce que a cirurgia é uma maneira de resolver o problema e não um castigo pelo seu comportamento. Seja honesto, especialmente sobre a separação e a dor potencial. Leve para o hospital um brinquedo significativo ou uma fotografia e brinque com o seu filho.
Entre os 7 e os 11 anos	Deve informá-la da operação: 1 semana antes, para que esta possa planear o internamento. Dê-lhe oportunidade de fazer perguntas e falar sobre as suas preocupações. Seja honesto. Explique-lhe o que vai ver no corpo dela depois do procedimento (pontos ou pensos). Incentive-a a colocar questões ao médico ou enfermeiro. Colabore na dramatização da cirurgia e dos procedimentos que causam medo, construindo o teatro cirúrgico, com recurso ao uso de fantoches ou marionetes. Leve para o hospital os seus objetos pessoais (higiene, roupas e chinelos) e material para distração e estudo.
Mais de 12 anos	Devem acompanhar as decisões médicas desde o início. A maioria está em plena luta pela independência e vai querer mostrar-se forte, apesar de ainda precisar da presença dos pais. Os adolescentes preocupam-se com a imagem corporal, a privacidade e as relações com os amigos. Fale-lhe sobre o que vai acontecer. Seja honesto. Incentive o adolescente a esclarecer as dúvidas e preocupações. Respeite a necessidade de privacidade do seu filho. Leve os seus objetos de higiene, roupas e chinelos e outros objetos significativos



GUIA DE DICAS PARA OS PAIS / FAMÍLIA



O meu filho vai ser operado e agora?

Para a criança, a cirurgia significa medo de procedimentos invasivos que podem provocar dor.

É natural que as crianças sintam alguns medos. Estes são absolutamente normais e são fruto do próprio desenvolvimento da criança. A criança é diariamente confrontada com novos desafios. Os medos acabam por acompanhar a própria aprendizagem da criança.

É importante que a criança aprenda a ultrapassar os medos, primeiro conhecendo-os e tomando consciência deles, e de seguida arranjando estratégias para os dominar.

Muitos dos medos que as crianças têm prendem-se com questões relacionadas com a dor física: medo de levar «picas», de ir ao médico, medo de ser operada.



Algumas ideias daquilo que poderá fazer para ajudar o seu filho a superar o medo da cirurgia:

- Em casa

- ◆ Oiça atentamente e respeite aquilo que a criança diz;
- ◆ Deixar que a criança exprima os seus medos, vai ajuda-la a enfrenta-los melhor, a controla-los e a libertar-se deles. É a criança que vai descobrir a forma ou formas de ultrapassar os medos. É ela que vai construir as próprias estratégias e defesas, mas o diálogo com o adulto vai ajuda-la. A criança vai sentir que não está sozinha e que tem alguém para a ajudar e escutar. Deve garantir-lhe que vai estar com ela e que pode levar para o hospital os seus objectos mais importantes. O importante é ouvir e, ao mesmo tempo, respeitar os medos e receios da criança, mas tendo o cuidado de não mostrar preocupação e agindo sempre naturalmente.
- ◆ Explique à criança que é normal ter medo, que é um sentimento normal e que todas as pessoas sentem ou já sentiram medo.
- ◆ Fale com a criança sobre os atos médicos e os tratamentos. Se ela já tem idade para falar e exprimir os receios, encoraje-a a colocar as dúvidas aos profissionais de saúde. Poderá falar-lhe dos medos que vivenciou quando tinha a idade dela e da forma como os ultrapassou.
- ◆ Ajude a criança a compreender as razões que a levam a ter medo. Se já teve experiências anteriores em hospitais e se há traumas, deixe-a verbalizar e comunique aos profissionais

Valorize a criança por ser capaz de dominar os próprios medos. Quando a criança ultrapassar determinado medo e for capaz de se referir a ele – «Eu dantes tinha medo daquilo, mas agora já não tenho» –, valorize-a. A valorização das conquistas da criança vai fazer com que ela sinta satisfação e orgulho em si própria. A criança vai lembrar-se de como se sentiu satisfeita por dominar o medo e com certeza vai tentar consegui-lo novamente.

- ◆ Dê informações à criança adequadas à idade da mesma (tabela no verso)

– **No internamento**

- ◆ Não altere as regras de comportamento e educação. O que não é permitido em casa deve manter-se no hospital;
- ◆ Cuide do seu filho, com a ajuda do enfermeiro;
- ◆ Ajude o enfermeiro nos cuidados de Enfermagem ao seu filho, segundo a orientação do mesmo;
- ◆ Sempre que possível, deixe o seu filho tomar decisões.

APÊNDICE IX - MATERIAL LÚDICO-DIDÁTICO ADQUIRIDO

✓ Camila fica doente de Aline de Pétigny, edição 2006, recomendado pela OE para crianças entre os 3-6 anos;



✓ Pôr o medo a fugir: as Aventuras da Joana contra o medo de Miguel Gonçalves, edição 2012, recomendado pela OE para crianças entre os 5-12 anos;



✓ As Emoções do Gastão: Estou com Medo (2ª Edição) de Aurélie Chien Chow Chine, edição de 2020, recomendado para crianças de 3 anos, e no qual consta um exercício de respiração para ajudar a controlar o medo.



Além da aquisição deste material, procedi também à aquisição de um boneco que se chama “Mon bébé malade”, que vem acompanhada de um esfigmomanómetro, um estetoscópio, um copo de medicação e uma seringa de fantasia, e que imite luz e sons, sendo um deles o do batimento cardíaco quando se encosta o estetoscópio.



APÊNDICE X - KIT COM MATERIAL TERAPÊUTICO

Procedi também à construção de um KIT, de acordo com as recomendações da OE, com material hospitalar para que as crianças possam manipular, do qual consta o seguinte material: máscara, touca, luvas, bata, compressas, adesivos, ligadura, cateter venoso sem mandril, torneira e vias, garrote, frasco de soro, seringas, eléctrodos cardio-respiratório, penso e máscara anestésica.

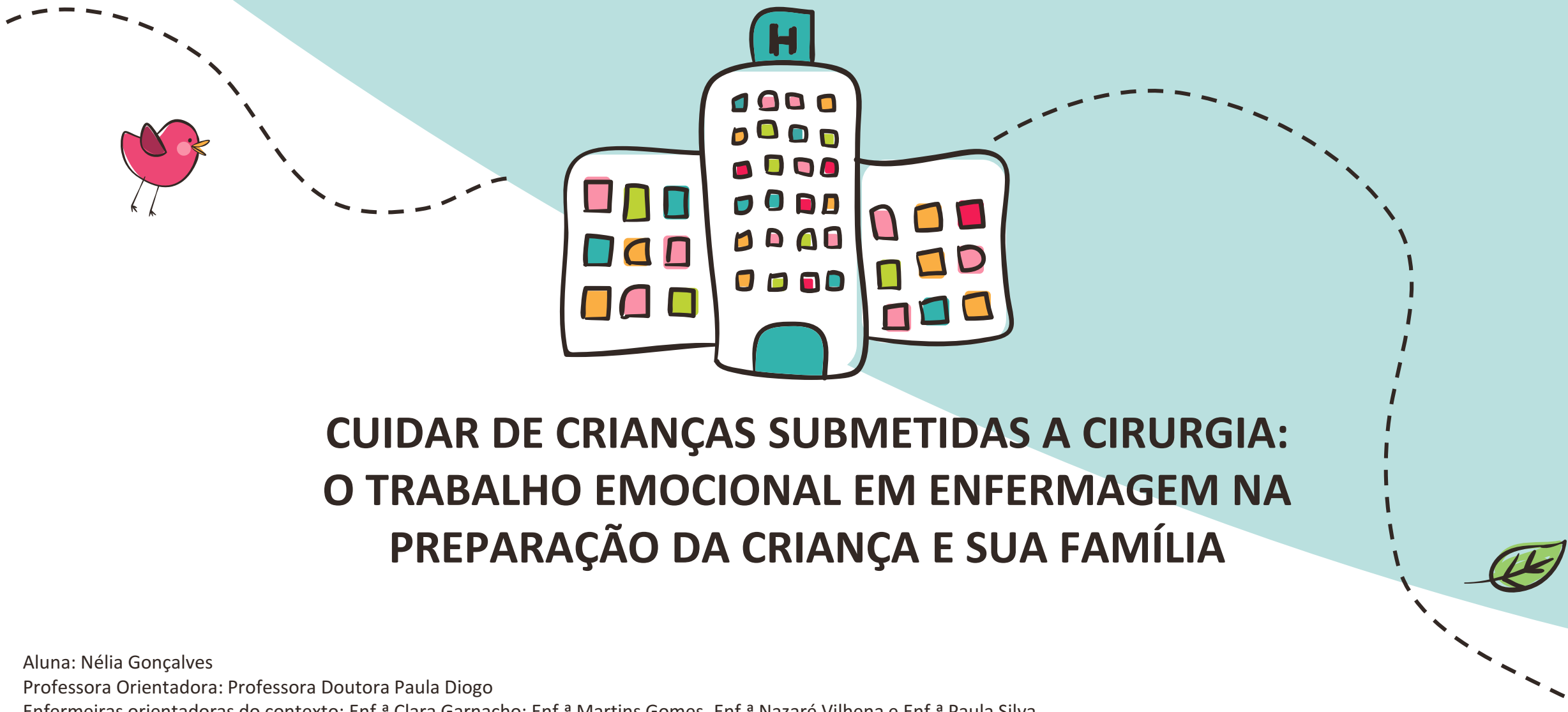


Neste KIT irá constar uma lista do material que o mesmo contém para que possa ir sendo repostado, e o KIT será guardado na sala de trabalho e manipulado na presença de um profissional.

Foi também efetuado um pedido de autorização à chefe do BO, para que o Playmobil® que recria o ambiente hospitalar (mas que se encontra no BO) passasse a estar no serviço de internamento, podendo assim, ser utilizado quer pelas enfermeiras a prestar serviço no mesmo, quer pelas enfermeiras do bloco operatório durante a visita pré-operatória.



**APÊNDICE XI - FORMAÇÃO À EQUIPA COM O TEMA “CUIDAR
DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA: O TRABALHO
EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA
CRIANÇA E SUA FAMÍLIA”**

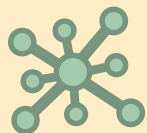


CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA: O TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Aluna: Nélia Gonçalves

Professora Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeiras orientadoras do contexto: Enf.ª Clara Garnacho; Enf.ª Martins Gomes, Enf.ª Nazaré Vilhena e Enf.ª Paula Silva



Analisar

A importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) no processo de Cuidar a criança e família em período pré-operatório



Sensibilizar

Os principais Medos da criança Hospitalizada de acordo com o estágio de desenvolvimento



Refletir

Estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança e família em período pré-operatório



Baseado “em valores humanos e na preocupação pelo bem estar dos outros...”
(Watson citado por Tomey, 2014, p.169).

o cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas
pressupondo uma partilha de emoções

(Watson, 2002, Diogo, 2019)

Requer um contexto relacional com
tonalidade afetiva, provido de afeto.”

(Watson citado por Diogo, 2017, p.2)

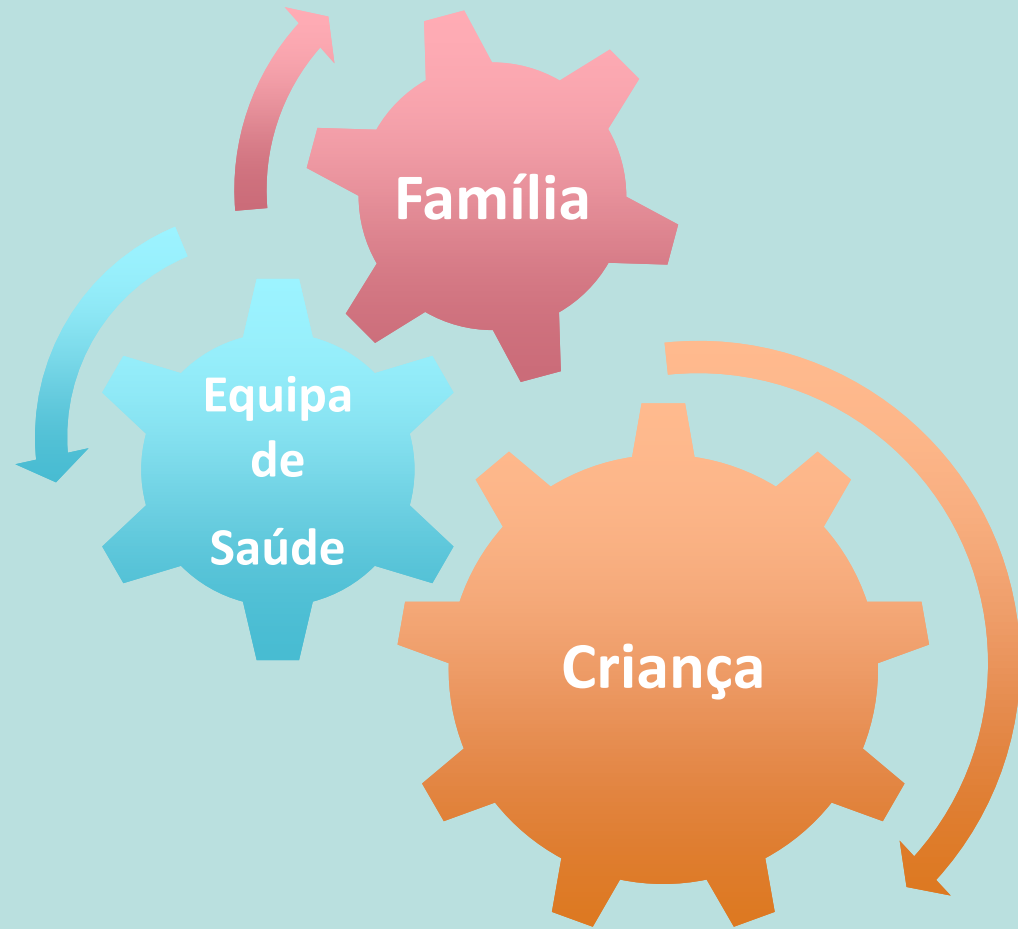
Cuidar

Para uma abordagem holística no cuidar, é
essencial que os enfermeiros reconheçam
as necessidades emocionais, sociais e
espirituais das pessoas cuidadas

(Benner, 2001 citado por Diogo, 2017).

implica interação entre pessoas, e toda a
interação é contaminada por emoções e
sentimentos e desta emergem novos
sentimentos e emoções

(Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2015, 2017)



**Cuidados
Centrados na
Família**

**Parceria
De
Cuidados**

**Cuidados
Não
Traumáticos**

Doença/Hospitalização:

“... implica que o individuo seja retirado do seu ambiente familiar, seguro e afetivo, afastado do seu núcleo de pessoas significativas, das atividades sociais...” (Diogo, 2015, p. 2), as crianças são retiradas do seu quotidiano, das suas rotinas diárias, separadas das pessoas de referência/ambiente familiar para um local desconhecido. (Marçal, 2006, Santos, 2014, Andrade et al., 2015; Callefi et al., 2016; Vasques, Bousso & Mendes-Castillo, 2011 e Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016)



Emocionalidade intensa/ forte componente emocional e afetiva

Trabalho Emocional em Enfermagem

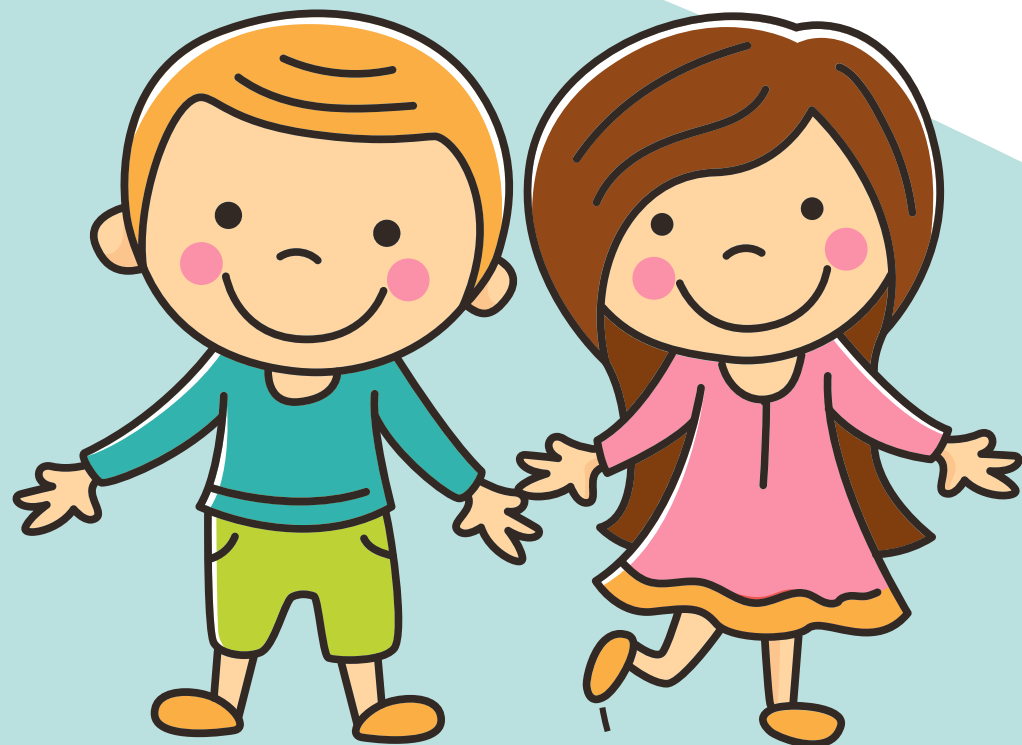
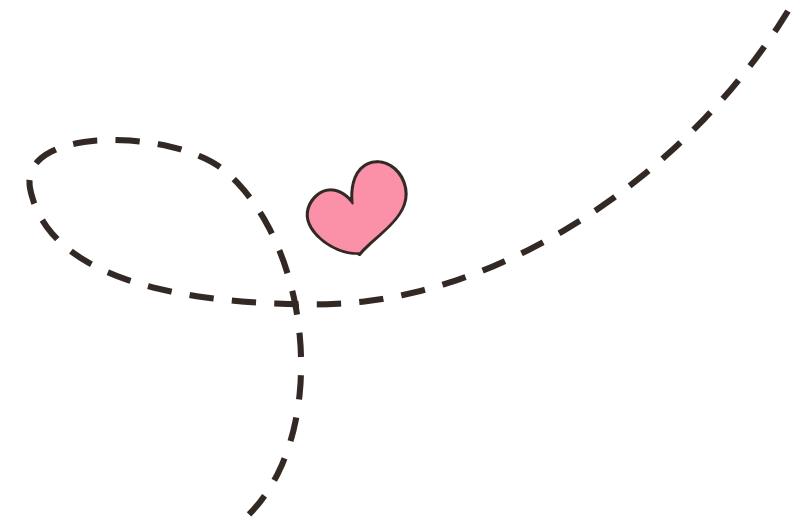
Alterar as emoções do cliente, atitudes e comportamentos, modificando “... estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar...” de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com resultados de enfermagem positivos para as pessoas cuidadas (Diogo 2015, 2017), contribuindo para que alcancem um melhor controlo da situação, o bem-estar global



- através da:
- relação de ajuda/terapêutica
 - intervenções personalizadas e adequada a cada situação



Modelo TEEP

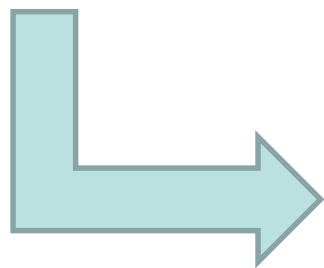


Orientação para a prática de cuidados de enfermagem em pediatria, no que se refere à gestão da emocionalidade da criança e família, associada a situações de cuidados, bem como dos enfermeiros, contribuindo para transformar essas experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-utente



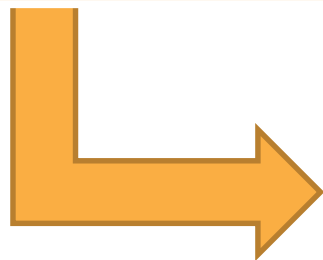
Promover ambiente seguro e afetuoso

- Um dos medos das crianças/famílias é o que vão encontrar no hospital, um local que não lhes é familiar, e transmite insegurança e medo;
- Para que se possam sentir seguras nesse espaço, é essencial: o **ambiente físico** (luz, cheiro, ruído, cores, o fardamento dos enfermeiros....) e o **ambiente humano** (interação com a equipa de saúde que deve ter na base o afeto).



Acolhimento
Cumprimentar
Expressar afeto
Sintonia com o mundo infantil
Tornar o ambiente familiar (fotografias, relação entre profissionais...)

Nutrir os Cuidados com afeto

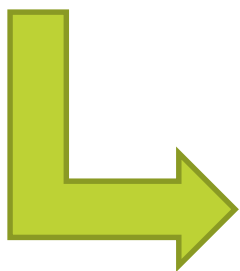


- O afeto é um desejo e um direito da criança, e é essencial para o seu desenvolvimento, pelo que a prática de enfermagem deve ser marcada pelo afeto que é fundamental no cuidar. Ajuda a diminuir o stress/trauma associado à situação de doença/hospitalização, promove uma sensação de tranquilidade e bem-estar, e conduz a uma maior colaboração dos utentes, e à promoção da relação terapêutica.
- A dádiva de afeto pode surgir em momentos únicos para o efeito, ou associada aos procedimentos, de forma natural ou planeada.

- Sorriso
- Tom de voz calmo
- Falar amimado
- Expressões de Carinho
- Olhar Meigo
- Dar Colo

Facilitar a Gestão das emoções dos clientes

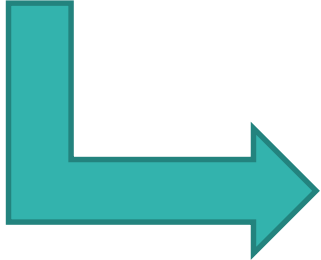
- Para facilitar e/ou promover a gestão de emoções dos utentes, é importante, que o enfermeiro prepare sempre os utentes para os procedimentos
- É também de extrema importância que o enfermeiro se compreenda a si próprio, sabendo como reage a essas emoções dos seus utentes, tendo em conta a sua experiência de vida



Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade;
Preparar para procedimentos - CIRURGIA; Fornecer
explicações/informações; esclarecer dúvidas; Favorecer a expressão de
sentimentos; fomentar a esperança;
Dar reforço positivo; Distração

Construir a estabilidade na relação

- É importante o enfermeiro procurar manter a harmonia, serenidade, através do envolvimento emocional, e fazer a gestão da relação, pois a sua intencionalidade é a estabilidade dessa relação.

- 
- Envolvimento emocional: Proximidade, ligação afetiva e confiança
 - Gestão de episódios conflituosos: Calma, dar oportunidade à expressão de sentimentos; não fazer julgamentos de valor
 - Equilíbrio de poderes/parceria de cuidados

Regular a disposição emocional para cuidar

- Motivação do enfermeiro para ajudar a pessoa alvo dos seus cuidados,
- É essencial que o enfermeiro consiga gerir as suas próprias emoções, para poder ajudar o outro a gerir as dele (requer conhecimento do mesmo sobre si e o apoio entre colegas).



Analisar as experiências,
partilhar o que sentem e
tentar compreender as reações do cliente, para
atenuar positivamente algumas possíveis falhas e
não se deixar afetar mantendo-se conectado e
disponível para relação terapêutica enfermeiro-
cliente.

Princípios Gerais dos Cuidados da preparação pré-operatória em Pediatria



- É fundamental que seja feita uma preparação da criança / família;
- As situações de medo são comuns na criança que vão ser submetida a cirurgia e sua família;
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar a diminuir o medo /ansiedade;
- Os pais são o principal sistema de apoio das crianças e precisam de suporte, aconselhamento e orientação, pois a eficácia da preparação da criança deve-se também à preparação dos pais;
- Os enfermeiros devem promover e apoiar a expressão e verbalização de sentimentos da criança / família, proporcionar tempo e espaço para os mesmos e delinear as intervenções mais adequadas a uma boa prática na preparação da criança/família para a cirurgia e, assim, promover a qualidade dos serviços;
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular como equipa multidisciplinar, no sentido de promover mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas na preparação da criança/ família para a cirurgia.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO- PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- Minimiza os efeitos traumáticos associados à hospitalização e ao processo cirúrgico;
- Conduz a uma redução do desconhecido, resultando na minimização do medo face ao mesmo;
- Apresenta efeitos benéficos na redução de perturbações do comportamento no período pós-operatório e após a alta (OE, 2011; Sanders, 2014; Carvalho, Machado & Rosa 2016);
- Facilita a adaptação comportamental a este contexto, a ajuda no desenvolvimento de estratégias de coping (Brown, 2014 e Carvalho, Machado & Rosa 2016);
- Facilita a interação da criança com os profissionais de saúde, o que leva a que a criança colabore nos cuidados no período perioperatório, e a sua recuperação pós-operatória se torne mais rápida e eficaz (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000, Broering & Crepaldi, 2011 e Santos, 2014), levando à redução do tempo de hospitalização e complicações pós-cirúrgicas (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000).

Fatores a considerar na preparação pré-operatória

Idade
estádio de
desenvolvimento


Experiências
Prévias

Estilo de
confronto

Tipo de
cirurgia

Intervenções para a preparação pré-operatória

- Promover o acolhimento da criança/família, apresentando-se e apresentando os elementos da equipa presentes;
- Realizar a avaliação inicial, colhendo dados sobre:
 - hábitos de vida nível de desenvolvimento da criança;
 - compreensão da criança sobre a sua saúde e o procedimento a realizar;
 - estilo de confronto;
 - experiência prévia de hospitalização;
 - sintomas emocionais, cognitivos e físicos;
 - medos em geral e de procedimentos específicos;
 - história de dor;
 - composição familiar (fatores linguísticos, culturais e religiosos).



Nas crianças com menos de 4 anos entrevistar os pais. Nas crianças de idade ≥ 4 anos, entrevistar pais e criança

Intervenções para a preparação pré-operatória

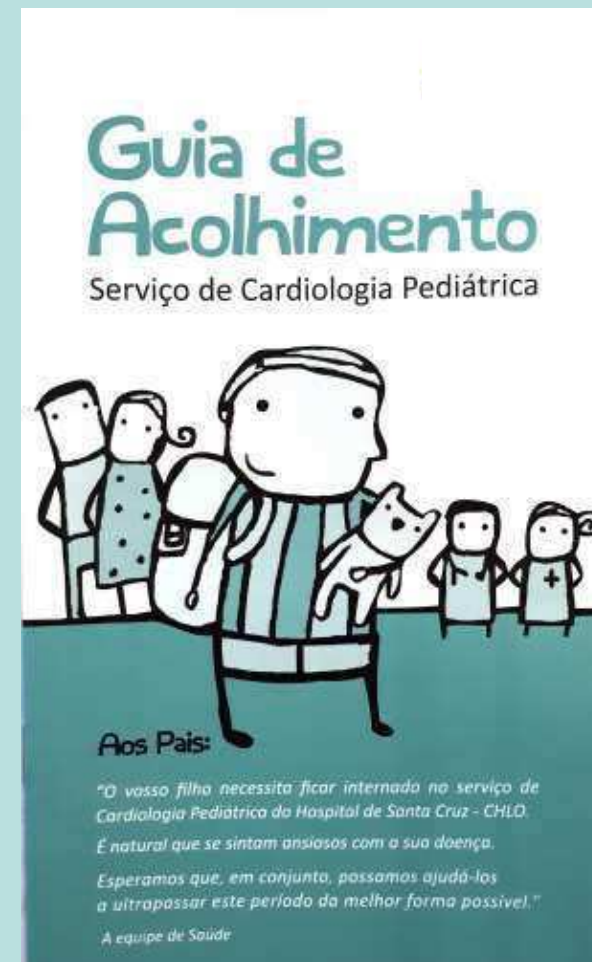
- Fornecer informações sobre:
 - o circuito peri-operatório e papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
 - o fardamento dos profissionais no bloco operatório: farda, máscara, touca, luvas; o material/equipamento que poderão encontrar no bloco operatório e no internamento;
 - a pré-medicação anestésica que poderá ser dada, esclarecendo objetivo e efeitos;
 - o transporte da criança e quem o acompanha até à sala de operações;
 - a presença da mãe / pessoa significativa durante a indução anestésica;
 - as características do local onde vai acordar e o aspeto ao acordar da anestesia- tipo de equipamento/ material hospitalar que poderá trazer

Intervenções para a preparação pré-operatória

- Incentivar a criança/família a verbalizar dúvidas e medos/comunicação expressiva de emoções, valorizando-as;
- Avaliar o comportamento da criança/família durante a utilização das estratégias de preparação;
- Esclarecer as dúvidas da criança/família sobre a cirurgia e o internamento - explicação de forma simples, com alívio dos sentimentos de culpa e reflexão sobre as implicações futuras;
- Informar e ensinar a família sobre:
 - o consentimento informado;
 - os cuidados a respeitar no pré-operatório;
 - a importância da presença de objetos significativos durante o internamento

Intervenções para a preparação pré-operatória

- Oferecer folhetos informativos (existentes na instituição)

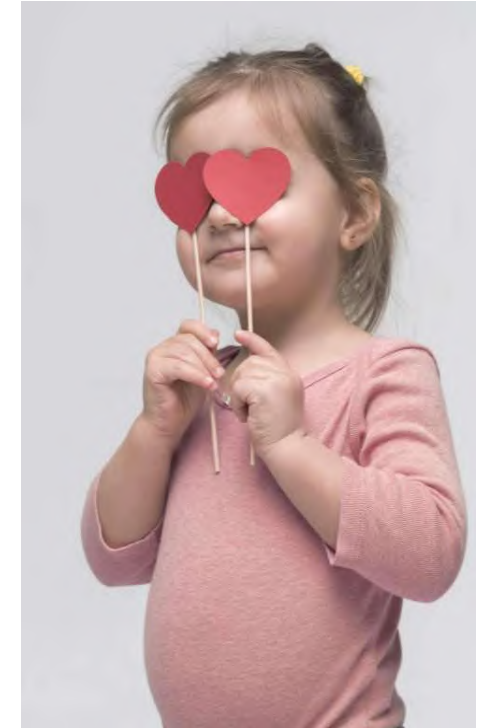


ESTRATÉGIAS JÁ UTILIZADAS

Visita Pré-operatória

Visita à UCI

Acompanhamento
dos pais até ao BO



Intervenções para a preparação pré-operatória

- Registrar em suporte informático

Fenómeno: Conhecimento:

Avaliar o conhecimento sobre pré-operatório

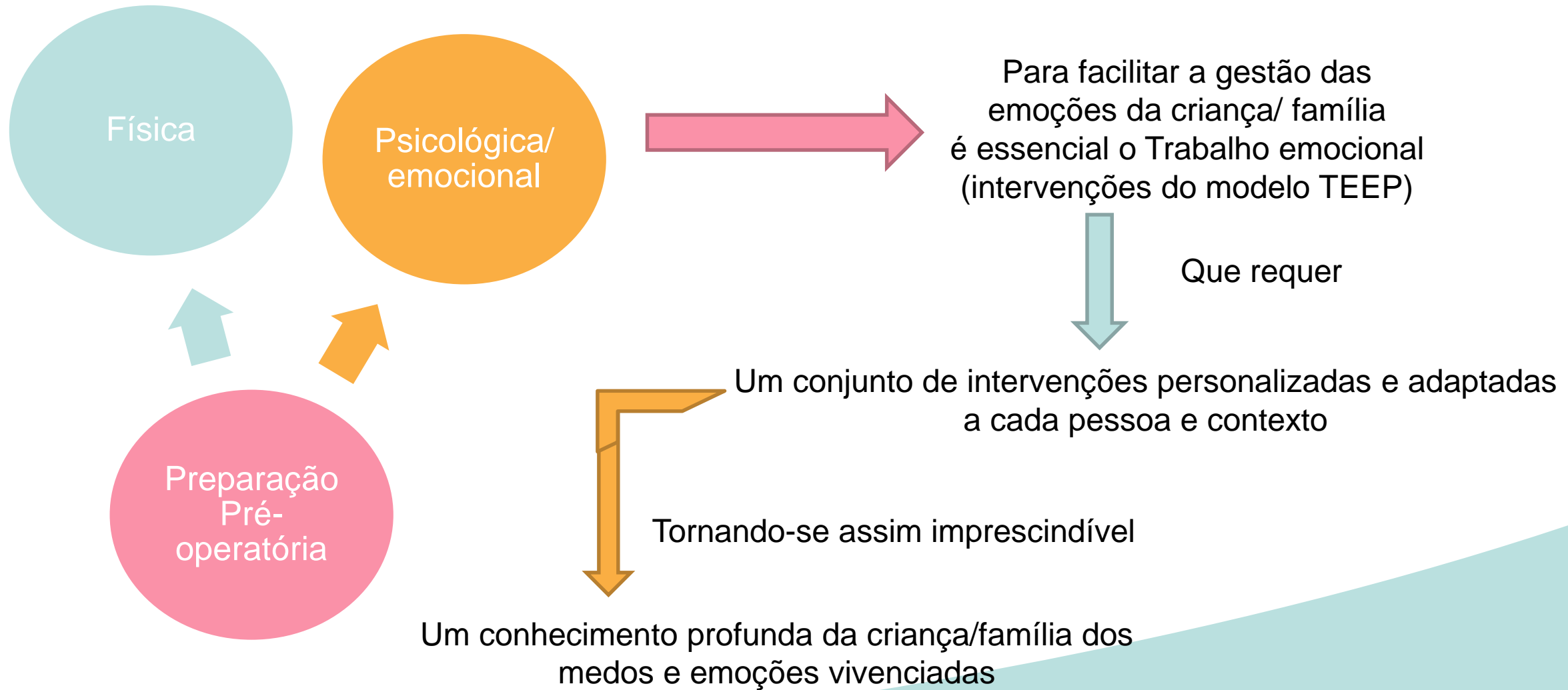
Fenómeno: Ansiedade

Avaliar a Ansiedade

técnicas de relaxamento

técnicas de distração

Trabalho emocional na Preparação pré-operatória



Medos conforme as idades/
etapas de desenvolvimento
Intervenções de enfermagem
apropriadas

(OE, 2011)



Idade/Estádio de desenvolvimento/principais medos e reações ao stress

Intervenções de Enfermagem

0-1 ano- Desenvolvimento da confiança e pensamento Sensório- motor

Estímulos intensos/desconhecidos
Pessoas desconhecidas
sensação de desamparo/cair

O bebé chora, movimenta os braços e pernas em simultâneo.

Reage à:

Separação: protesto (choro, agarra-se aos pais), desespero (desinteressada pelo ambiente, inactiva) e negação (maior interesse pelo ambiente).

Lesão corporal e dor: choro, rigidez ou agitação.

Perda de controlo: desconfiança e Alteração das expressões emocionais (choro e sorriso).

-Envolver os pais / pessoa significativa nos cuidados

-Fornecer informações sobre o que vai acontecer, o que a criança pode experimentar e as sensações e reações que pode ter

-Esclarecer dúvidas aos pais

-Incentivar a presença dos pais/família

- Manter os pais na linha de visão do lactente;

-Tocar e dar afetos; Proporcionar o relaxamento (olhar, sorriso, Sucção não-nutritiva; cantar, falar; embalar a criança; contenção; Toque terapêutico/massagem;

Usar a distração: brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam sons;

Utilizar a música

- Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fraldinha de pano, caixinha de música...).

-Manter as rotinas diárias da criança.

-Realizar os procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos fora do berço, em sala própria, no mais curto tempo possível.

idade/Estádio de desenvolvimento/principais medos e reações ao stress

Intervenções de Enfermagem

1-3 ano (Toddler)- Desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional

Mudança Meio envolvente
perda de controlo
lesão corporal
Separação dos pais
Pessoas estranhas

Reage à:

-Separação: protesto (chora e grita intensamente, podendo cessar com a exaustão); agressão verbal a pessoas estranhas.

-Perda de controlo: regressão.

-Lesão corporal e dor: choro alto, reacção física e localizada, expressão facial de dor e / ou raiva; crises de birras, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação.

- Manter a presença dos pais / pessoa significativa, envolvendo-os nos cuidados;
- Manter as estratégias anteriores
- Desencorajar a regressão
- Enfatizar a cooperação da criança: ordens simples e individuais
- Estimular a autonomia nos cuidados
- Promover a socialização com outras crianças internadas
- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão
- Explicar os procedimentos aos pais e à criança, utilizando uma linguagem adequada
- Estimular a participação nos procedimentos.
- Permitir o manuseamento dos kit's de material lúdico-pedagógico.
- Proporcionar a brincadeira lúdica: Modelagem, Distração (histórias: «O Diogo vai ser operado», rimas, música, jogos...
- Ensinar técnicas de relaxamento (Respiração diafragmática, orientação antecipatória nas crianças sujeitas a cirurgia torácica. Exemplo: bolas de sabão; apitos coloridos tipo «língua da sogra»;

idade/Características de desenvolvimento/principais medos e reações ao stress

Intervenções de Enfermagem

4-6 ano (pré-escolar)- Pensamento pré-operacional e intuitivo.

Escuros; Monstros/bruxas e fantasmas
Separação dos pais; Dor; perda de controlo ;lesão corporal

Perceciona os procedimentos invasivos como uma punição

Reage a:

Separação: protesto; transferência de sentimentos; desespero, agressão física e verbal, negação;

Perda de controlo: regressão;

Lesão corporal e dor: culpabilização; choro alto, gritos, verbalizações «ai», «dói», agarra-se aos pais / pessoa significativa, enfermeira, solicita suporte emocional (abraço, mimos).

- Preparar/informar os pais e a criança separadamente;
- Manter a presença dos pais ou pessoa significativa.
- Permitir o manuseamento dos kit's lúdico-pedagógico, esclarecendo dúvidas e receios.
- Estimular a verbalização de ideias e sentimentos
- Afirmar que os procedimentos não são uma punição, esclarecendo o motivo dos mesmos
- Encorajar a participação na tomada de decisões
- Elogiar a ajuda e a cooperação (nunca envergonhá-la pela falta de cooperação).
- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados/utilizados
- Promover a socialização com outras crianças internadas.
- Proporcionar a brincadeira lúdica/distração (história «Anita no Hospital»; visualização de álbum de fotografias/PowerPoint/vídeo sobre circuito peri-operatório), Modelagem ou dramatização (fantoques, bonecos, Playmobil do bloco operatório, kit lúdico-pedagógico)
- Ensinar técnicas de relaxamento
- Ensinar estratégias de confronto: pensamento positivo
- Contrato comportamental: informal ou formal, recompensa e elogio.

idade/Estádio de desenvolvimento/principais medos e reações ao stress

Intervenções de Enfermagem

7-11 ano (escolar)- Pensamento concreto.
Desenvolvimento da sensação de atividade.

Lesão corporal; ridículo; separação dos pais
mau rendimento escolar; Perda de controlo;
Morte; Incapacidade

Reage à:

Separação: pais e pares -protesto; medo de não serem capazes de competir com os pares nas atividades escolares.

-Perda de controlo: dependência; solidão; isolamento; apatia; depressão, raiva; hostilidade, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos.

-Lesão corporal e dor: medo da incapacidade e morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor; comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura informação.

- Explicar os procedimentos e motivos dos mesmos, usando a terminologia científica correta.
- Permitir o manuseamento do equipamento.
- Esclarecer dúvidas e questões.
- Proporcionar privacidade.
- Solicitar a cooperação/participação da criança, comunicando à criança o que se espera dela.
- Envolver a criança na tomada de decisão.
- Reforçar a autoestima.
- Utilizar a brincadeira lúdica/distração (livros; Usar diagramas simples de anatomia e fisiologia; Dramatização antes dos procedimentos; vídeos lúdicos, musica)
- Ensinar técnicas de relaxamento (bolas coloridas antisstress)
- Ensinar estratégias de confronto: autoinstrução («vai correr bem» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz»)
- Contrato comportamental: informal ou formal (escrito). Definir recompensa e elogio.

Medos dos Cuidadores	Intervenções de Enfermagem
<p data-bbox="321 511 1212 853">Separação desconhecido Ausência de bem estar/dor vivenciada pelos filhos Procedimentos invasivos- CIRURGIA Ausência de Informação</p>	<p data-bbox="1340 454 2232 853">Fornecer informação Esclarecimento de dúvidas Incentivar a presença e participação dos pais Respeita-los Favorecer a expressão de emoções Dar reforço positivo Mostrar disponibilidade</p>

Estratégias físicas já existentes

Guia de Acolhimento

Serviço de Cardiologia Pediátrica



Aos Pais:

"O vosso filho necessita ficar internado no serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Cruz - CHLD.

É natural que se sintam ansiosos com a sua doença.

Esperamos que, em conjunto, possamos ajudá-los a ultrapassar este período da melhor forma possível."

A equipe de Saúde

Um coração diferente

Manual de gestão simples para crianças hospitalizadas



UM GRANDE CORAÇÃO

Manual da Criança com Doença Cardíaca
1ª Edição - 2016



Coração Feliz

Associação de Proteção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca

José Monteiro

CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

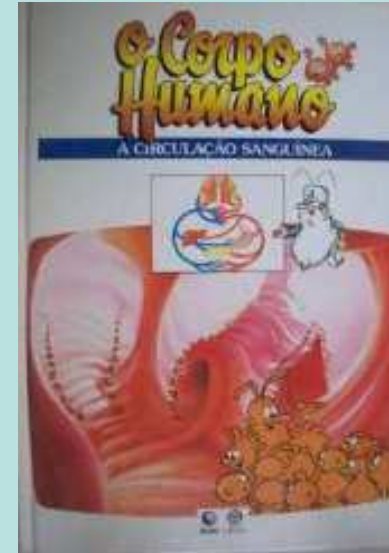
Cuidados Pós Cirurgia Cardíaca

Guia de Orientação para a Alta das Crianças

Após a cirurgia e a passagem pela Unidade de Cuidados Intensivos, o seu filho irá para a Enfermaria. Aqui continuará o processo de recuperação, e a sua participação nos cuidados será a melhor forma de o ajudar a recuperar e de preparar o regresso a casa.

Este folheto apresenta as linhas orientadoras para o cuidado ao seu filho.

Estratégias físicas já existentes



Estratégias físicas já existentes



Estratégias já existentes...



Quem pode fazer parte?

Todos os pais de crianças com cardiopatia congénita.

Qual a finalidade do Grupo?

Partilhar e conhecer experiências e vivências comuns entre pais de crianças com cardiopatia congénita;
Promover a esperança através de uma orientação para a vida e para o futuro, da união familiar e social, da confiança no cuidado diário e de uma transformação pessoal positiva, procurando encontrar novas soluções, objetivos e recursos.

Qual o horário dos encontros mensais?

Primeira quinta-feira de cada mês, das 19h às 21h


Onde decorrem os encontros?

Hospital de Santa Cruz, sala de reuniões, Piso 7
(encontro no serviço de Cardiologia Pediátrica, Piso 4)

Pode obter mais informações junto da equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia Pediátrica

O que podemos melhorar??

Estratégias em desenvolvimento

- Vídeo com apresentação do circuito realizado pelo utente; 
- Desenvolvimento de Recursos para realização de videochamadas;
- Desenvolvimento de um folheto intitulado [“GUIA DE DICAS PARA OS PAIS / FAMÍLIA”](#)
- Criação de uma pasta digital com todos os folhetos informativos a ser enviada aos pais no momento da marcação da cirurgia
- Aquisição do Playmobil® que neste momento se encontra no BO
- Criação de um [kit lúdico-terapêutico](#)
- Aquisição de mais [material Lúdico](#)

O meu filho vai ser operado e agora?

Para a criança, a cirurgia significa medo de procedimentos invasivos que podem provocar dor.

É natural que as crianças sintam alguns medos. Estes são absolutamente normais e são fruto do próprio desenvolvimento da criança. A criança é diariamente confrontada com novos desafios. Os medos acabam por acompanhar a própria aprendizagem da criança.

É importante que a criança aprenda a ultrapassar os medos, primeiro conhecendo-os e tomando consciência deles, e de seguida arranjando estratégias para os dominar.

Muitos dos medos que as crianças têm prendem-se com questões relacionadas com a dor física: medo de levar «picas», de ir ao médico, medo de ser operada.



Algumas ideias daquilo que poderá fazer para ajudar o seu filho a superar o medo da cirurgia:

- Em casa

- ◆ Ouça atentamente e respeite aquilo que a criança diz;
- ◆ Deixar que a criança exprima os seus medos, vai ajudá-la a enfrentá-los melhor, a controlá-los e a libertar-se deles. É a criança que vai descobrir a forma ou formas de ultrapassar os medos. É ela que vai construir as próprias estratégias e defesas, mas o diálogo com o adulto vai ajudá-la. A criança vai sentir que não está sozinha e que tem alguém para a ajudar e escutar. Deve garantir-lhe que vai estar com ela e que pode levar para o hospital os seus objectos mais importantes. O importante é ouvir e, ao mesmo tempo, respeitar os medos e receios da criança, mas tendo o cuidado de não mostrar preocupação e agindo sempre naturalmente.
- ◆ Explique à criança que é normal ter medo, que é um sentimento normal e que todas as pessoas sentem ou já sentiram medo.
- ◆ Fale com a criança sobre os atos médicos e os tratamentos. Se ela já tem idade para falar e exprimir os receios, encoraje-a a colocar as dúvidas aos profissionais de saúde. Poderá falar-lhe dos medos que vivenciou quando tinha a idade dela e da forma como os ultrapassou.
- ◆ Ajude a criança a compreender as razões que a levam a ter medo. Se já teve experiências anteriores em hospitais e se há traumas, deixe-a verbalizar e comunique aos profissionais

Valorize a criança por ser capaz de dominar os próprios medos. Quando a criança ultrapassar determinado medo e for capaz de se referir a ele – «Eu antes tinha medo daquilo, mas agora já não tenho» –, valorize-a. A valorização das conquistas da criança vai fazer com que ela sinta satisfação e orgulho em si própria. A criança vai lembrar-se de como se sentiu satisfeita por dominar o medo e com certeza vai tentar consegui-lo novamente.

- ◆ Dê informações à criança adequadas à idade da mesma (tabela no verso)

- No internamento

- ◆ Não altere as regras de comportamento e educação. O que não é permitido em casa deve manter-se no hospital;
- ◆ Cuide do seu filho, com a ajuda do enfermeiro;
- ◆ Ajude o enfermeiro nos cuidados de Enfermagem ao seu filho, segundo a orientação do mesmo;
- ◆ Sempre que possível, deixe o seu filho tomar decisões.



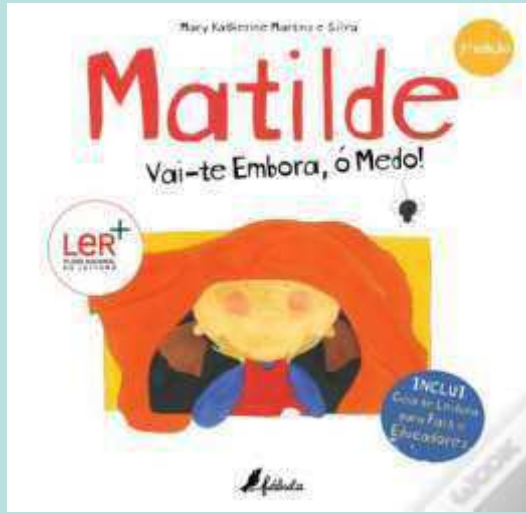
Estratégias em desenvolvimento

- Construção de um Kit lúdico-pedagógico



Estratégias em desenvolvimento

- Aquisição de mais material Lúdico-pedagógico



Ideias a Reter...



- A interação / distração e o brincar podem ser o instrumento mais efetivo, a utilizar pelos enfermeiros, para reduzir o medo / ansiedade associados à hospitalização/cirúrgica
- A presença dos pais, 24 horas por dia, e o respetivo acompanhamento no bloco operatório e no recobro, transmite à criança segurança/ tranquilidade, promovendo um ambiente seguro e diminuindo a ansiedade da criança;
- O Trabalho em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar é fundamental para uma boa prática na preparação da criança/família para a cirurgia;
- A preparação para a cirurgia deve incluir além da preparação física a Psicológica/emocional. É fundamental apoiar a criança/família na gestão das suas emoções para que vivenciem o processo de hospitalização/cirurgia da forma mais saudável possível

Sugestões...

Mais formação no âmbito das necessidades emocionais;
Inserção nos Registo informáticos;
Desenvolvimento de uma consulta de Enfermagem pré-operatória;

Referências Bibliográficas

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

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

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.ª versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatria_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: 27/11/2019

Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

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

Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II. Ordem dos Enfermeiros

Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Referências Bibliográficas

Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. (p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA

Vilelas, J. M. S., Diogo, P. M. J. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35(3), 145-149

Watson, J. (2002). Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência



Fim

Dúvidas/sugestões/observações

MUITO
OBRIGADA!

**APÊNDICE XII - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO “CUIDAR
DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA: O TRABALHO
EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA
CRIANÇA E SUA FAMÍLIA”**

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO - CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA: O TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Fundamentação:

Ao longo das últimas décadas, a par com as evoluções no ensino e no exercício da profissão de enfermagem, têm ocorrido transformações sócio-económicas e políticas no mundo, que têm resultado em mudanças na forma de encarar a saúde (Mártires, 2019). As alterações nas necessidades de cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos e o aumento da exigência dos utentes, a par com a evolução tecnológica e alterações organizacionais, conduziram a uma maior exigência de qualidade dos cuidados (Facione, Crossett & Riegeld, 2017), exigindo que o enfermeiro se adapte às mudanças nas instituições de saúde, e consiga dar resposta às exigências dos seus utilizadores (Soares, 2004; OE, 2018).

Atualmente, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Observa-se uma crescente exigência de competências e funções dos enfermeiros, e maior valorização da sua capacidade de tomada de decisões, tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação, e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva sobre as suas práticas/experiências.

A formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho, et al., 2020).

Face ao disposto no artigo 109º do estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (DR, 2015, p. 8080). O regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “... é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o

fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (DR, 2015, p. 16662).

Assim, os momentos de formação são fundamentais, e fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas, o regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere como competência do mesmo, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (DR, 2019).

Esta ação de formação surge no contexto do meu estágio de mestrado, cujo projeto tem como tema: Cuidar da criança e família no período pré-operatório, sendo o objeto de estudo: as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório. Neste âmbito, fiz o levantamento das estratégias utilizadas pela equipa no apoio à gestão das emoções da criança/família no pré-operatório, e que estratégias se poderiam adotar para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, e considero essencial a realização desta formação para, em equipa, se poder aprofundar conhecimentos e debater em conjunto esta temática.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados nesse contexto de prestação de cuidados, e tentando apelar à participação dos enfermeiros tendo por base a sua experiência. Tal como refere Benner (2001), a prática/experiência acompanhada de reflexão crítica como um meio para obtenção de conhecimento, é essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, 2016). A experiência permite ao enfermeiro “...melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982 citados por Benner, 2001, p. 61). “A Teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

A elaboração desta sessão de formação permitiu-me, refletir acerca da aplicação do modelo TEEP na prestação de cuidados neste contexto, reunir/sistematizar informação acerca dos principais medos/reação ao stress de acordo com a faixa etária, principais intervenções e estratégias utilizadas pela equipa para apoiar a criança e família na gestão das emoções no período pré-operatório, e refletir acerca do que pode ser melhorado e como melhorar.

Assim, este trabalho permitiu-me desenvolver os seguintes objetivos de estágio: **desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família** (conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família), e **desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família na fase pré-operatória** (identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes ao processo de hospitalização/necessidade de uma intervenção cirúrgica; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade no período pré-operatório; prestar cuidados à criança, que necessita de uma cirurgia, e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade associada a este período; identificar, desenvolver conhecimentos e implementar técnicas e estratégias utilizadas na preparação para a cirurgia).

E permitiu-me também o desenvolvimento de competências: **mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança** (comunica com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde; proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos específicos de saúde/doença; identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico); **comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura** (demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família; relaciona-se com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de da criança.); **diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem** (identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde); **promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade** (capacita a criança em

idade escolar e família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação, e promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada). (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2018).

Planeamento e Execução:

Exerço funções no serviço de Cardiologia Pediátrica, e constatei, através de momentos de reflexão com a equipa e a chefia, a necessidade e vontade da equipa para aprofundar conhecimentos acerca da gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório, mais concretamente sobre o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e família. Foi então proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**, que irá decorrer no dia 18/12/2020 pelas 18h, via Zoom (para manter as medidas de segurança que o estado de pandemia COVID-19 nos impõe).

Foi elaborado um convite para afixar no serviço (que se apresenta em seguida), e o plano de sessão, e será utilizada a folha de registo de presenças e avaliação da sessão de formação, preconizadas pela instituição.

Para a apresentação utilizei o método expositivo, através de diapositivos construídos no Microsoft PowerPoint.

convite

Sessão de formação em serviço

**CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA: O
TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM NA
PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA**

Objetivos:

- Analisar a importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP);
- Sensibilizar para os principais medos da criança hospitalizada de acordo com o estágio de desenvolvimento;
- Refletir sobre estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança e família em período pré-operatório

Formadora: Enfermeira Nélia Alexandra Serafim Gonçalves

LOCAL: ZOOM

DATA E HORA: 18/12/2020 às 18h

DURAÇÃO: 60 MIN

Plano de Sessão de formação em serviço

Tema: Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: O trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família	Local: Via zoom	Data/hora: 18/12/2020 às 18h		
Formador: Nélia Alexandra Serafim Gonçalves		Duração: 60 minutos		
Destinatários: Enfermeiros da Cardiologia Pediátrica				
<p>Objetivos Gerais: Analisar a importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP); Sensibilizar para os principais medos da criança hospitalizada de acordo com o estágio de desenvolvimento Refletir sobre estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança e família em período pré-operatório</p>				
Atividades / Conteúdos	Duração	Métodos e técnicas pedagógicas	Avaliação	Recursos didáticos / materiais
<p>Introdução <input type="checkbox"/> Apresentação do formador <input type="checkbox"/> Apresentação do sumário <input type="checkbox"/> Apresentação dos objetivos da sessão</p>	10 minutos	Expositivo	Diagnóstica	Computador portátil com software Office Powerpoint Zoom
<p>Desenvolvimento Enquadramento teórico da temática Cuidar em enfermagem Trabalho emocional em enfermagem Preparação pré-operatória: aspetos emocionais Estratégias já utilizadas Estratégias a desenvolver</p>	30 minutos	Expositivo		
<p>Conclusão Síntese Partilha de experiências e ideias Encerramento da sessão</p>	20 minutos	Ativo	Formativa	

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., Osório, M. (2020). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Facione, P. A., Crossetti, M. G. O, Riegel F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. 38(3), 1-2.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, Silva, M. H., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à Concretização. Revista de Enfermagem Referência. 8(8), 27-33.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República - 1ª série, N.º 181 (16-09-2015), 8059-8105.
- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C., Castelo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. Revista Lusófona de Educação. 44, 159-172
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento nº122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º133 de 12 de julho de 2018), 16660-16665

Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional : um estudo em contexto de trabalho (tese de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1302>

**APÊNDICE XIII - NORMA DE PROCEDIMENTOS SOBRE A
“PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA E FAMÍLIA
- GESTÃO DA EMOCIONALIDADE”**

Preparação Pré-operatória da criança e família- Gestão da Emocionalidade**1. Objectivos**

 Definir princípios orientadores para a preparação pré-operatória da criança e família

2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados de enfermagem a crianças e sua família que necessitem da realização de um procedimento cirúrgico

3. Definições

Emoção	“processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença” (ICN, 2015 citado por Diogo, 2019, p. 5). Damásio (2000) define as emoções como “conjuntos complexos de reacções químicas e neurais, formando um padrão; todas as emoções têm algum tipo de papel regulador a desempenhar, (...), e o seu papel é auxiliar o organismo a conservar a vida” (p.74). As emoções são entendidas como exercendo um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).
Trabalho emocional	O Trabalho Emocional em Enfermagem visa, através de intervenções específicas e adequadas a cada situação, alterar as emoções do cliente, atitudes e comportamentos (Vilelas & Diogo, 2014) para uma direcção desejada, no sentido da sua saúde (Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2019), modificando “... estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar...” (Diogo, 2015, p. 130). Implica a gestão de sentimentos negativos, de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com resultados de enfermagem positivos para as pessoas cuidadas (Diogo 2015, 2017), contribuindo para que alcancem um melhor controlo da situação, o bem-estar global (Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2019). O enfermeiro, através do conhecimento do paciente, oferece suporte e proporciona “ferramentas” para que o mesmo possa gerir as suas emoções, e encontrar sentido/transformar positivamente a sua experiência de doença.
Preparação Pré-operatória	Conjunto de informações e procedimentos técnicos que podem ocorrer, antes da hospitalização, no momento da admissão ao hospital ou antes de procedimentos invasivos como cirurgias (Turra, Junior, Almeida e Doca, 2011 citados por Carvalho, Silva, Machado & Rosa 2016). A preparação para a cirurgia minimiza os efeitos traumáticos associados à hospitalização e ao processo cirúrgico e conduz a uma redução do desconhecido, resultando na minimização do medo face ao mesmo e apresenta efeitos benéficos na redução de perturbações do comportamento no período pós-operatório e após a alta (OE, 2011; Sanders, 2014; Carvalho, Machado & Rosa 2016), facilita a adaptação comportamental a este contexto, ajuda no desenvolvimento de estratégias de coping (Brown, 2014 e Carvalho, Machado & Rosa 2016) e facilita a interação da criança com os profissionais de

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

APROVADO

Data: / / 201

Data: / / 201

saúde o que leva a que colabore nos cuidados no período perioperatório e a sua recuperação pós-operatória se torne mais rápida e eficaz (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000, Broering & Crepaldi, 2011 e Santos, 2014), levando à redução do tempo de hospitalização e complicações pós-cirúrgicas (Santos, Cassapula & Hellberger, 2000). Nos programas de preparação pré-operatória é fundamental que além das necessidades físicas sejam valorizadas as necessidades psicológicas e emocionais da criança e família (Huerta, 1996 e Santos, Cassapula & Hellberger, 2000) e consideradas as particularidades das mesmas, num ambiente terapêutico, pedagógico e funcional (Carvalho, Machado & Rosa 2016).

4. Referências

- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H. & Hamlan, A. (2017). Preparing the Family and Children for Surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2).99-107
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23
- Callefi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J.C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B., Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Cordazzo, S. T. D, Vieira, L. M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos e aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 92-104
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.ª versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediátrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: 22 de Outubro
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão coping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- European Association for Children in hospital (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à criança
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J., Simpson, C. (2016). Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças Hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 2(1), 489 - 501
- Esteves, C. H., Antunes, C., Caires, S (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface*, 18(51), 697-708.
- Mendonça, M.J. S (2015). A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: O brincar como instrumento terapêutico de enfermagem (tese de mestrado). Disponível em: (<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16414/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>)

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

APROVADO

Data: / / 201

Data: / / 201

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica -Volume II. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Passos, M.A.S. (2018). Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do Jovem nos Processos de Saúde-Doença (tese de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/28338>).
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar. Analisando Cuidados de Enfermagem em contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 24-38.
- Regulamento nº122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ªsérie (N.º133 de 12 de julho de 2018), 16660- 16665
- Salvador, M. S., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Gomes, V. L. O., Busanello, J., Xavier, D. M. (2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3), 662-669.

5. Responsabilidades

Enfermeiros do

6. Descrição

6.1 Orientações Gerais

- É fundamental a preparação pré-operatória da criança / família;
- A preparação para a cirurgia deve incluir além da preparação física a Psicológica/emocional;
- As situações de medo são comuns na criança que vão ser submetida a cirurgia e sua família;
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar a diminuir o medo /ansiedade;
- Os pais são o principal sistema de apoio das crianças e precisam de suporte, aconselhamento e orientação, pois a eficácia da preparação da criança deve-se também à preparação dos pais;
- Os enfermeiros devem promover e apoiar a expressão e verbalização de sentimentos da criança/família, proporcionar tempo e espaço para os mesmos e delinear as intervenções mais adequadas a uma boa prática na preparação dos mesmos para a cirurgia e, assim, promover a qualidade dos serviços;

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

- O Trabalho em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar é fundamental para uma boa prática na preparação da criança/família para a cirurgia. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com a equipa multidisciplinar, no sentido de promover mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas na preparação da criança/ família para a cirurgia;
- É fundamental apoiar a criança/família na gestão das suas emoções para que vivenciem o processo de hospitalização/cirurgia da forma mais saudável possível
- A presença dos pais, 24 horas por dia, e o respetivo acompanhamento no bloco operatório e no recobro, transmite à criança segurança/tranquilidade, promovendo um ambiente seguro e diminuindo a ansiedade da criança;
- A interação / distração e o brincar podem ser o instrumento mais efetivo, a utilizar pelos enfermeiros, para reduzir o medo / ansiedade associados à hospitalização/cirúrgica

6.2 Instruções técnicas

- Promover o acolhimento da criança/família, apresentando-se e apresentando os elementos da equipa presentes;
- Realizar a avaliação inicial, colhendo dados sobre (Nas crianças com menos de 4 anos entrevistar os pais. Nas crianças de idade ≥ 4 anos, entrevistar pais e criança):
 - ✓ hábitos de vida nível de desenvolvimento da criança;
 - ✓ compreensão da criança sobre a sua saúde e o procedimento a realizar;
 - ✓ estilo de confronto;
 - ✓ experiência prévia de hospitalização;
 - ✓ sintomas emocionais, cognitivos e físicos;
 - ✓ medos em geral e de procedimentos específicos;
 - ✓ história de dor;
 - ✓ composição familiar (fatores linguísticos, culturais e religiosos).
- Fornecer informações sobre:
 - ✓ o circuito peri-operatório e papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
 - ✓ o fardamento dos profissionais no bloco operatório: farda, máscara, touca, luvas; o material/equipamento que poderão encontrar no bloco operatório e no internamento;
 - ✓ a pré-medicação anestésica que poderá ser dada, esclarecendo objetivo e efeitos;

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

- ✓ o transporte da criança e quem o acompanha até à sala de operações;
 - ✓ a presença da mãe/pessoa significativa durante a indução anestésica;
 - ✓ as características do local onde vai acordar e o aspeto ao acordar da anestesia- tipo de equipamento/ material hospitalar que poderá trazer
- Incentivar a criança/família a verbalizar dúvidas e medos/comunicação expressiva de emoções, valorizando-as (entregar folheto do GAM);
 - Avaliar o comportamento da criança/família durante a utilização das estratégias de preparação;
 - Esclarecer as dúvidas da criança/família sobre a cirurgia e o internamento - explicação de forma simples, com alívio dos sentimentos de culpa e reflexão sobre as implicações futuras;
 - Informar e ensinar a família sobre:
 - ✓ o consentimento informado;
 - ✓ os cuidados a respeitar no pré-operatório;
 - ✓ a importância da presença de objetos significativos durante o internamento
 - Oferecer folhetos informativos (existentes na instituição e compilados numa pasta digital)- COMO e QUANDO?



ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

APROVADO

Data: / / 201

Data: / / 201

- Em casos de Cirurgia de urgência em que a criança venha sem o acompanhamento dos pais e não exista a possibilidade dos pais conhecerem antecipadamente as instalações do hospital/Equipa hospitalar deverá ser oferecida aos pais a possibilidade de realização de video-chamada (credenciais via ZOOM - nas@; password -) para ver o seu filho/a e comunicar com a equipa e deve ser enviado aos pais/cuidadores um video com apresentação do circuito realizado pelo utente;



O fornecimento de informação deve ser realizado com o recurso a técnicas diversas como: o brincar (Callefi et al., 2016), técnicas de distração, imaginação, modelação, visita hospitalar, vídeos informativos (Broering & Crepaldi, 2008). O enfermeiro deve estimular a distração ativa, aplicando várias estratégias e envolvendo a criança e a família. Atividades como brincar, jogar, ouvir música, pintar, cantar, ver desenhos animados, contar histórias, estimular a criança a ler, ou até conversar com amigos, são algumas das intervenções que o enfermeiro pode desenvolver no âmbito da prestação de cuidados não traumáticos, desta forma aliviando o impacto da dor e do medo, e permitindo à criança gerir a sua emocionalidade neste contexto (Passos, 2018). O brincar deve ser considerado, pelo enfermeiro, como uma fonte de comunicação (Cordazzo & Vieira, 2007 e Engenheiro, et al., 2016), como a maneira mais adequada de se aproximar da criança, de ver e compreender o mundo pelos seus olhos, e de desenvolver empatia com a mesma estabelecendo vínculos afetivos (Engenheiro, et al., 2016).

Brincar, contribui para a desmistificação das representações da criança/família em relação aos seus cuidadores formais, humanizando a relação entre ambos (Parcianello e Fellin citados por Esteves, Antunes & Caires, 2014), e simula um ambiente próximo ao quotidiano da criança (Engenheiro, et al., 2016), que enquanto brinca expressa os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções e de assumir o controlo das situações que a

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

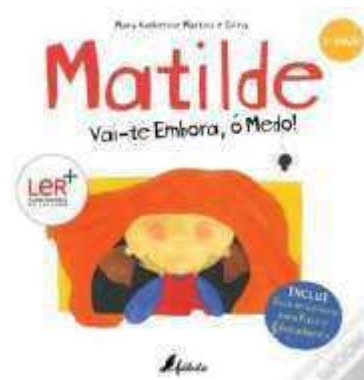
assustam (OE, 2013 e Engenheiro, et al., 2016). Assim, o brincar deve ser encarado como um instrumento terapêutico a ser utilizado pelos enfermeiros, para ajudar a atenuar os stressores da hospitalização, e a gerir a emocionalidade excessiva da criança, ajudando-a a sentir-se mais segura, e promovendo uma adaptação mais saudável e positiva ao ambiente hospitalar (OE, 2013, Esteves, et al., 2014, Salvador et al., 2015, Callefi et al., 2016, Engenheiro, et al., 2016 e Passos, 2018).

Permite estabelecer um relacionamento com a criança; obter informações relativas a conceitos/sentimentos da criança sobre a doença/hospitalização (Cordazzo & Vieira, 2007). E constitui uma ferramenta fundamental para os profissionais, na preparação da criança para procedimentos invasivos, pois ao terem a oportunidade de brincar com os materiais hospitalares, realizando os mesmos procedimentos a que são submetidas, têm a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e curiosidades, diminuindo o medo, e compreendendo a necessidade de realizá-los (Callefi et al., 2016), o que proporciona maior aceitação e colaboração da criança/família nos procedimentos.

A CNSCA (2009) sublinha que as condições de hospitalização adequadas às crianças, devem incluir, entre outros, espaços próprios e zonas de brincar (Mendonça, 2015), essenciais ao bem-estar, desenvolvimento e distração da criança hospitalizada, contribuindo para os cuidados não traumáticos (Passos, 2018).

Yamada e Bevilacqua (2005) sugerem que, durante essa etapa preparatória, seja oferecido um espaço para que, a criança se possa familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico, através do brincar (Callefi et al., 2016). Assim foi desenvolvido no serviço um kit ludico-pedagógico, onde constam alguns materiais lúdicos que podem ser utilizados de acordo com a idade para a realização da preparação pré-operatória (OE, 2011), nomeadamente:

✓ Matilde: Vai-te Embora, ó Medo! de Mary Katherine Martins e Silva, edição de 2017, recomendado pela OE e que consta no Plano Nacional de Leitura (PNL) como recomendado para crianças entre os 6-8 anos;



ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

✓ O Diogo vai ao Hospital e o Diogo é operado de autoria de Baltazar Caeiro, edição de 2003, recomendado pela OE para crianças entre os 2-4 anos e pelo PNL;



✓ Camila fica doente de Aline de Pétigny, edição 2006, recomendado pela OE para crianças entre os 3-6 anos;



✓ Pôr o medo a fugir: as Aventuras da Joana contra o medo de Miguel Gonçalves, edição 2012, recomendado pela OE para crianças entre os 5-12 anos;



✓ As Emoções do Gastão: Estou com Medo (2ª Edição) de Aurélie Chien Chow Chine, edição de 2020, recomendado para crianças de 3 anos, e no qual consta um exercício de respiração para ajudar a controlar o medo.



ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

É um boneco que vem acompanhado de um esfignomanómetro, um estetoscópio, um copo de medicação e uma seringa de fantasia, e que imita luz e sons, sendo um deles o do batimento cardíaco quando se encosta o estetoscópio.



Yamada e Bevilacqua (2005) sugerem que, durante a etapa preparatória, seja oferecido um espaço para que a criança se possa familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico, através do brincar (Callefi et al., 2016). Utilizam-se vários recursos para a preparação da criança para a cirurgia, nomeadamente, material hospitalar que fornecemos para que a criança possa manipular, pelo que existe um KIT, preparado de acordo com as recomendações da OE, com material hospitalar para que as crianças possam manipular, do qual consta o seguinte material: máscara, touca, luvas, bata, compressas, adesivos, ligadura, cateter venoso sem mandril, torneira e vias, garrote, frasco de soro, seringas, eléctrodos cardio-respiratório, penso e máscara anestésica.



Moix (1996) menciona a importância da modelação/jogo médico/dessensibilização como técnicas para preparação para procedimentos. Nestas técnicas, utiliza-se material do próprio

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

hospital, tais como máscaras e seringas. No jogo, a criança manuseia o boneco a ser operado, sendo orientada sobre os procedimentos que nela serão realizados (Broering & Crepaldi, 2011). Segundo Twardosz, Weddle, Borden e Stevens (1986) a utilização dos materiais do próprio hospital ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar, um estudo realizado com seis crianças, verificaram que esta atividade é mais eficaz para a redução de ansiedade do que as informações transmitidas pelos profissionais (Broering & Crepaldi, 2011).

Assim, ao terem a oportunidade de brincar com os materiais hospitalares, realizando os mesmos procedimentos que são nelas realizados, as crianças têm a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e curiosidades, diminuindo seus medos e compreendendo a necessidade de realizá-los. (Callefi et al., 2016), o que proporciona maior aceitação e colaboração da criança/família nos procedimentos.

Existe também um lego Playmobil® que recria o ambiente hospitalar:



7. Registos

- Registrar em notas gerais:
- Conforto- técnica de distração

8. Anexos

Não tem.

ELABORADO/REVISTO

Nélia Gonçalves

Data: / / 201

APROVADO

Data: / / 201

**APÊNDICE XIV - DIÁRIO DE CAMPO CONTENDO A
OBSERVAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A
FAMÍLIA, ADEQUADA À SITUAÇÃO**

DIÁRIO DE CAMPO CONTENDO A OBSERVAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA, ADEQUADA À SITUAÇÃO

Estratégias utilizadas na comunicação com a família	Descrição da situação
Encorajar a falar	<p>20 de Janeiro- O bebé que nos está atribuído, recebe pela primeira vez a visita da mãe, apresentamos a unidade e o seu funcionamento. E apenas perguntámos então como se sente mãe? A mãe começa a falar connosco sobre o fato de nunca ter esperado um filho prematuro, dos medos que um primeiro filho já acarreta, e o que acresce no caso da prematuridade e do internamento, falou dos planos que tinha, que estava a recuperar de uma depressão. Com uma pergunta aberta obtivemos inúmeras informações úteis para podermos planear os nossos cuidados de forma holística e personalizados.</p>
Escuta e perceção cultural	<p>21 de Janeiro- Mãe do Bangladesh chega ao serviço, e a equipa pergunta se trouxe o leite materno para a sua filhota, e a mesma responde que deitou fora porque “não prestava” (sic.). A equipa em vez de julgar, sentou-se com a mãe a explicar as noções de amamentação e a sua importância, e a tentar perceber porque é que a senhora achou que o seu leite não prestava, ao que a senhora nos explicou que tinha sido o marido a dizer para deitar o leite fora porque o bebé não estava a aumentar de peso, e isso na sua cultura é muito atribuído à qualidade do leite materno.</p>

<p>Usar o silêncio</p>	<p>24 de Janeiro- Uma mãe que ia pegar o seu bebé pela primeira vez, e ele ainda estava conectado a Cipap, e tolerava mal a desconexão, pelo que a enfermeira ajudou a mãe a pegar, e após ter o seu bebé no colo, a mãe, ainda um pouco atrapalhada com todos os fios, começou a chorar de emoção, e a enfermeira ficou junto dela para dar apoio, até porque, como referi, era importante a criança não se desconectar, no entanto a enfermeira guardou alguma distância e manteve o silêncio, para que a mãe pudesse aproveitar aquele momento com o seu filho, e só depois se aproximou para falar com a mãe e explicar toda a situação do RN.</p>
<p>Ser empático</p>	<p>26 de Janeiro- Quando uma enfermeira recebia uma mãe que estava na fase de tentar que o seu filho mamasse por tetina, mas o RN ainda tinha muitas dificuldades, e a mãe parecia triste e preocupada com aquela situação. Então a enfermeira partilhou com a mãe que a sua filha também tinha nascido prematura, e que também tinha passado por toda aquela situação, e mostrou compreensão e apoiou a mãe no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar a situação.</p>
<p>Fornecer orientação antecipada</p>	<p>25 de Janeiro- Uma mãe que ia visitar pela primeira vez as suas gémeas que tinham nascido prematuras, então a equipa de enfermagem, antes de permitir a sua entrada na UCI, veio reunir um pouco com a mãe afim de lhe explicar como as ia encontrar, o porquê delas estarem assim, e quando entraram na UCI já com a mãe preparada, foram explicando tudo lentamente, e deixando oportunidade para que a mãe expressasse as suas dúvidas e emoções.</p>

**APÊNDICE XV - DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DE
CUIDADOS APLICANDO O MODELO TEEP**

DESCRIÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DE CUIDADOS APLICANDO O MODELO TEEP

O serviço de Neonatologia onde realizei o meu estágio, possui características que contribuem para a criação de um ambiente seguro e afetuoso, nomeadamente, as características do ambiente físico, e a relação dos membros da equipa multidisciplinar entre si.

O ambiente físico do serviço de Neonatologia, tem várias características que ajudam a contribuir para a gestão emocional das famílias que têm bebés internados na unidade. O serviço tem bonecos na parede; existe na entrada do serviço um placard com várias fotografias que os pais vão oferecendo e deixando no serviço, sendo que, a maioria delas demonstram a evolução dos bebés ao longo, e após o internamento, o que é muito importante, não só porque torna o ambiente mais familiar, mas também porque facilita a gestão emocional dos pais e fomenta a esperança, pois sentem-se identificados com aquelas famílias, constataam que há outras pessoas a viver a mesma situação, e observam casos de sucesso; além dos aspetos referidos, cada incubadora tem uma fotografia da criança, e um identificador com o nome do bebé, um coração e frases inspiradoras e de encorajamento [promover um ambiente seguro e afetuoso].

No que se refere à relação entre a equipa multidisciplinar, há a referir a existência de uma boa relação entre os vários elementos que a compõem, o que contribui para que o serviço tenha um ambiente familiar, que ajuda a que as famílias se sintam bem. O bom ambiente referido, também se torna muito importante para a gestão das emoções dos enfermeiros, face às situações com as quais se deparam [promover um ambiente seguro e afetuoso; regular a disposição emocional para cuidar].

Quando um RN chega ao serviço, é destacada uma enfermeira para o “acolher”, que recebe a criança e, o pai ou mãe caso venha acompanhada pelos mesmos (neste momento só um devido à situação de pandemia Covid-19), os cumprimenta, se apresenta, e apresenta a restante equipa, mostra o serviço aos pais, e expõe as regras de funcionamento do mesmo sendo entregue o guia de acolhimento [promover um ambiente seguro e afetuoso].

Falando de uma situação em particular, posso destacar a história de uma mãe, com 42 anos, que desejava muito ser mãe e já tinha tido sucessivos

abortos, e a sua criança nasceu com 24 semanas de gestação por sofrimento fetal, e estava muito instável hemodinamicamente, havendo até o risco de vir a falecer, no entanto, e apesar das muitas tentativas por parte da equipa de enfermagem para que a senhora se apercesse da gravidade da situação e do prognóstico, a mesma recusava determinadamente a aceitar essa informação, e estava em constante negação, fazendo constantes afirmações tais como, “ela está bem não está?” “Vai tudo correr bem, não é?”, mas interrompendo a comunicação da equipa quando tentava responder às perguntas porque no fundo não queria ouvir as respostas às mesmas, e revelando por vezes alguma hostilidade quando a equipa a tentava informar das dificuldades do estado clínico da sua bebé.

A postura da equipa foi receber a mãe de “braços abertos”, e tentar que ela se sentisse bem-recebida e o melhor possível. Quando a mãe vinha ao serviço, a equipa cumprimentava-a, apresentavam-se e apresentavam a restante equipa presente no serviço [promover um ambiente seguro e afetuoso].

Apesar da atitude defensiva e hostil que a senhora demonstrava nos momentos de comunicação com a equipa, a mesma mantinha sempre um tom de voz calmo, tranquilo e afetuoso, tentando mostrar compreensão e disponibilidade para ajudar e colaborar para que tudo corresse da melhor forma possível, e tentando, dentro dos possíveis, e daquilo que a mãe ia transmitindo, fazer com que tivesse consciência das dificuldades da sua bebé [promover um ambiente seguro e afetuoso; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir estabilidade na relação]. A equipa tentava sempre, sem ser intrusiva, inteirar-se da situação familiar, tendo percebido que esta filha tinha sido muito desejada, e que tinha nascido com apoio a tratamentos de fertilidade, e que haviam já conservados outros óvulos da senhora, aos quais a mesma já teria dado nomes, e esta era a primeira filha, a equipa incentivou-a a colocar uma foto da bebé na unidade, para que a mesma ficasse mais personalizada, familiar e acolhedora [promover um ambiente seguro e afetuoso; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir estabilidade na relação].

A equipa estimulava a que a mãe pudesse dar colo à sua bebé. Foi-se tentando respeitar as decisões tomadas pela mãe e, com calma, criar uma relação com a mesma, que depois nos permitisse “chegar” até aquela mãe, de forma a encontrar a melhor forma de lhe transmitir as informações, para que a

mesma se possa exprimir, lidar e preparar para os cenários possíveis, em relação à evolução da sua bebé, para que a equipa a pudesse ajudar. Era dado tempo à mãe, respeitados os seus momentos de silêncio, mas mostrada disponibilidade para falar caso desejasse [facilitar a gestão das emoções do cliente; construir a estabilidade na relação]. A equipa procurava respeitar e proporcionar momentos da mãe sozinha com a sua filha, e momentos de silêncio [promover um ambiente seguro e afetuoso, construir a estabilidade na relação].

Mantendo sempre uma atitude de compreensão, respeito e disponibilidade para a ajudar. Recebendo todos os dias a mãe, cumprimentando-a à chegada ao serviço, e nos despedindo dela à saída, desejando que tudo continuasse a correr bem [promover um ambiente seguro e afetuoso, facilitar a gestão das emoções dos clientes; construir a estabilidade na relação, nutrir os cuidados com afeto].

A mãe envolvia-se pouco nos cuidados prestados à bebé, e a equipa assegurou os cuidados à bebé com carinho, proteção e afeto, tentando despertar carinho na mãe em relação à sua filha, e o desejo da mesma em colaborar nesses cuidados. Todos os procedimentos eram explicados à mãe, e dada a oportunidade de estar presente caso assim desejasse, ou de sair se preferisse [nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções dos clientes].

A equipa, apoia-se muito, para em conjunto, aceitarem e compreenderem as atitudes dos pais [regular a disposição emocional para cuidar].

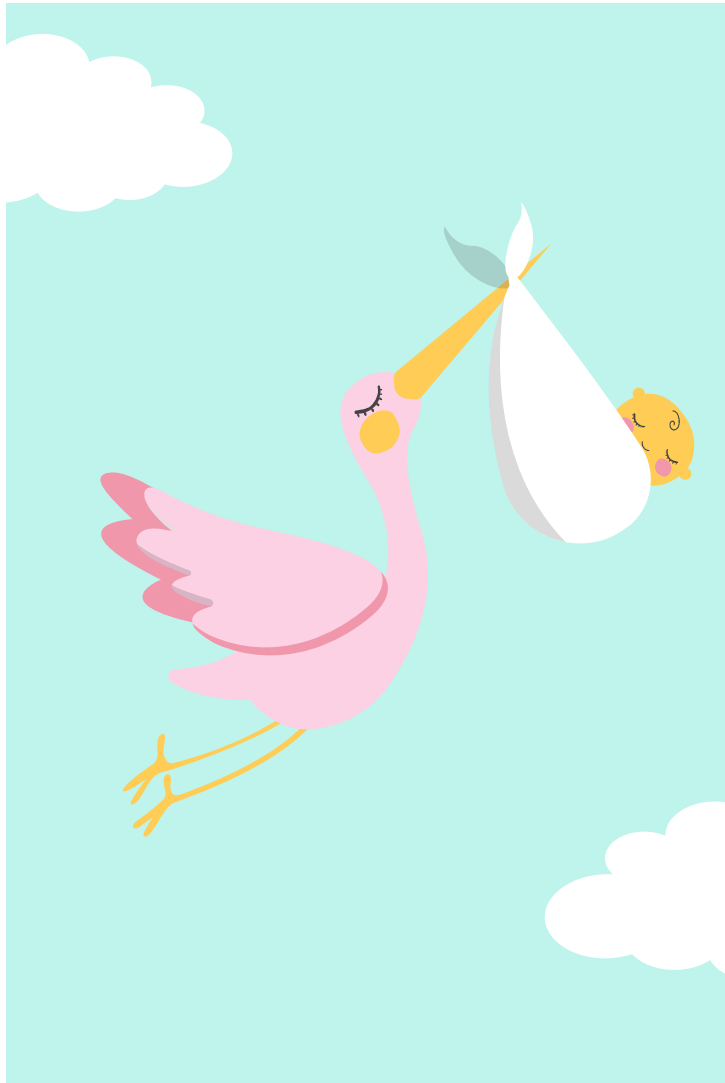
APÊNDICE XVI - “DIÁRIO DO BEBÉ”



A MINHA HISTÓRIA NA

NEONATOLOGIA

Eu e os meus papás
fomos uns heróis



OLÁ

Tive muita pressa em nascer e por isso vou precisar de um pouco mais de cuidados das minhas Tias/Tios Enfermeiros/Médicos e restante equipa de saúde para que depois possa ir para casa, com vocês Papás, bem e em segurança. E preciso muito da vossa presença neste momento para ficar bem. Vocês são essenciais para mim.

Daqui a uns aninhos vou querer que me contem tudo sobre o meu nascimento e aquilo que vivi na neotologia e também o que vocês sentiram e como encontraram forças para vencer esta importante e enorme batalha.

Registar tudinho neste livrinho vai ajudar... é o início do nosso conto de fadas com heróis/heroínas de verdade.

O PEQUENO GRANDE HERÓI...

- Chamo-me:
- Nasci no dia:
- No Hospital:
- Peso quando nasci:
- Comprimento quando nasci:
- Os meus Papás-Super-heróis chamam-se:

Colem aqui a minha linda fotografia



COMO TUDO COMEÇOU...



MARCOS IMPORTANTES, CONTA-ME...

Como se
sentiram quando
souberam que
eu ia chegar...

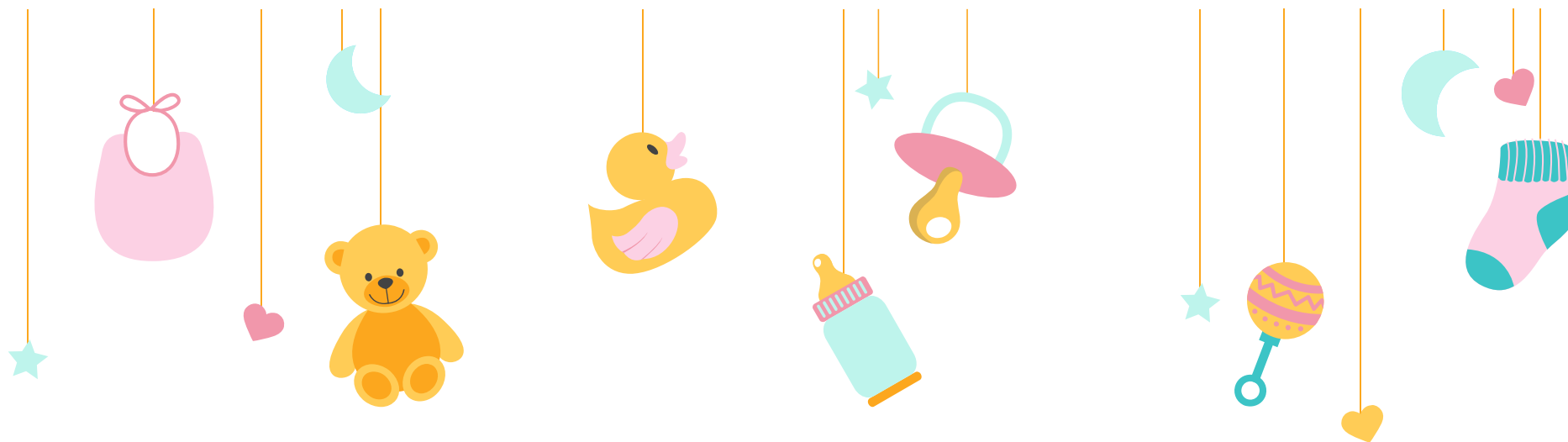


E o tempo em
que estive na
barriguinha...



E o dia do meu
Nascimento,
como foi, o que
sentiram?

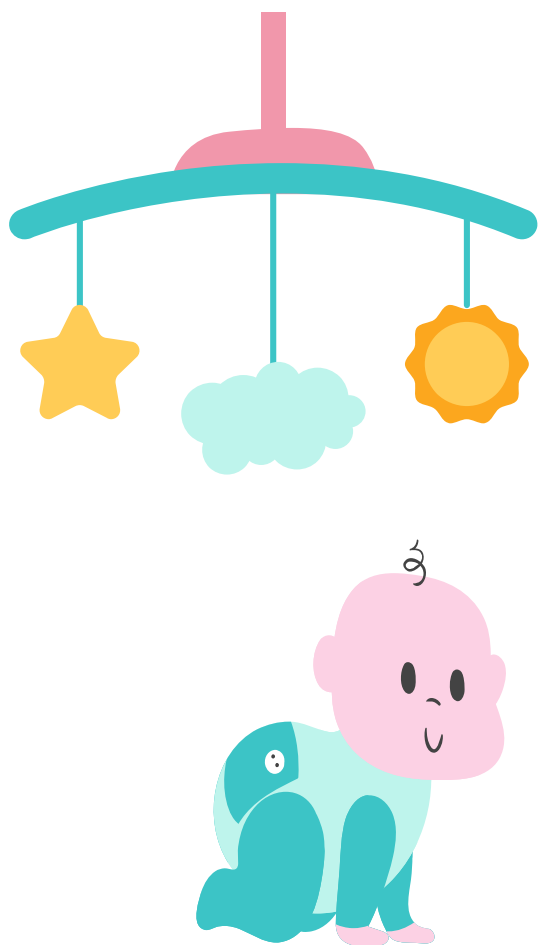




“Grandes Conquistas começam
com Pequenos passos”

Os nossos dias na
Unidade da Neonatologia





SENTIMENTOS/RECEIOS/MEDOS
DOS MEUS PAPÁS?

O QUE SENTIRAM OS MEUS PAPÁS NO PRIMEIRO...

Colo-



Fralda-



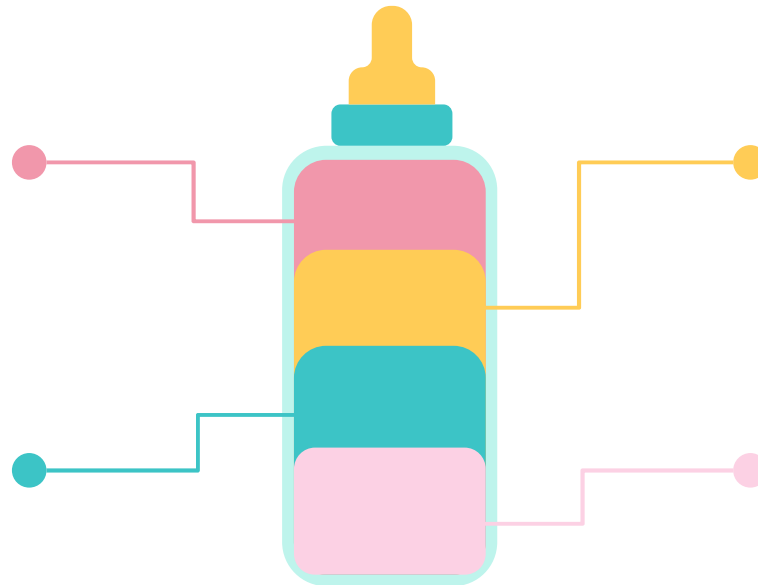
Banho-



E AS PRIMEIRAS COMIDINHAS...

Primeira Vez que
bebi leite da
maminha da
minha mamã.

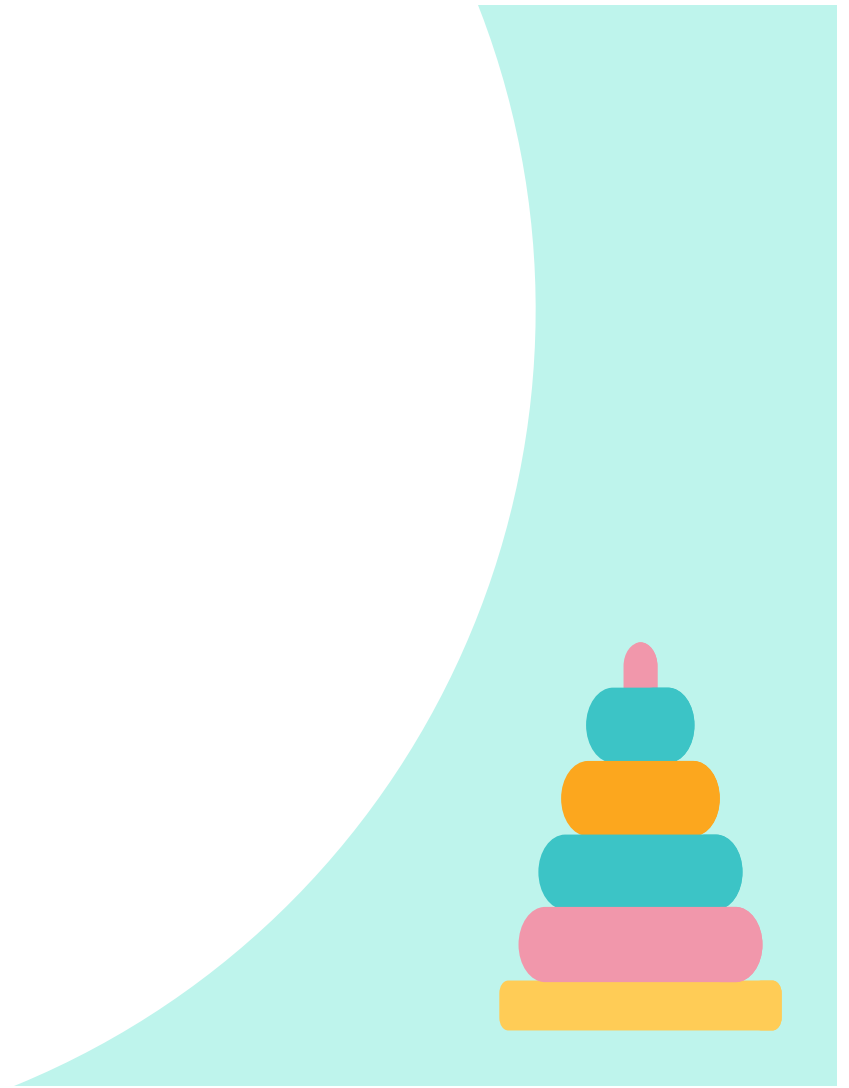
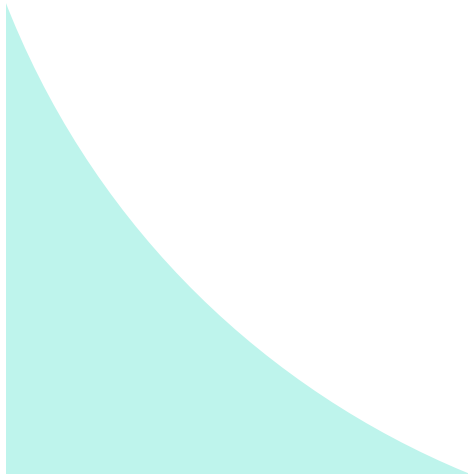
Primeira vez
que comi tudo
por tetina.



A Primeira vez
que bebi por
tetina...

Eu gostava
muito de
comer?

DIFICULTADES SENTIDAS...



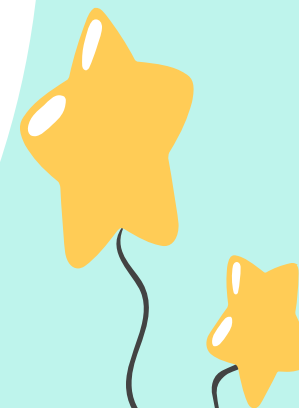
CONQUISTAS E MOMENTOS IMPORTANTES...



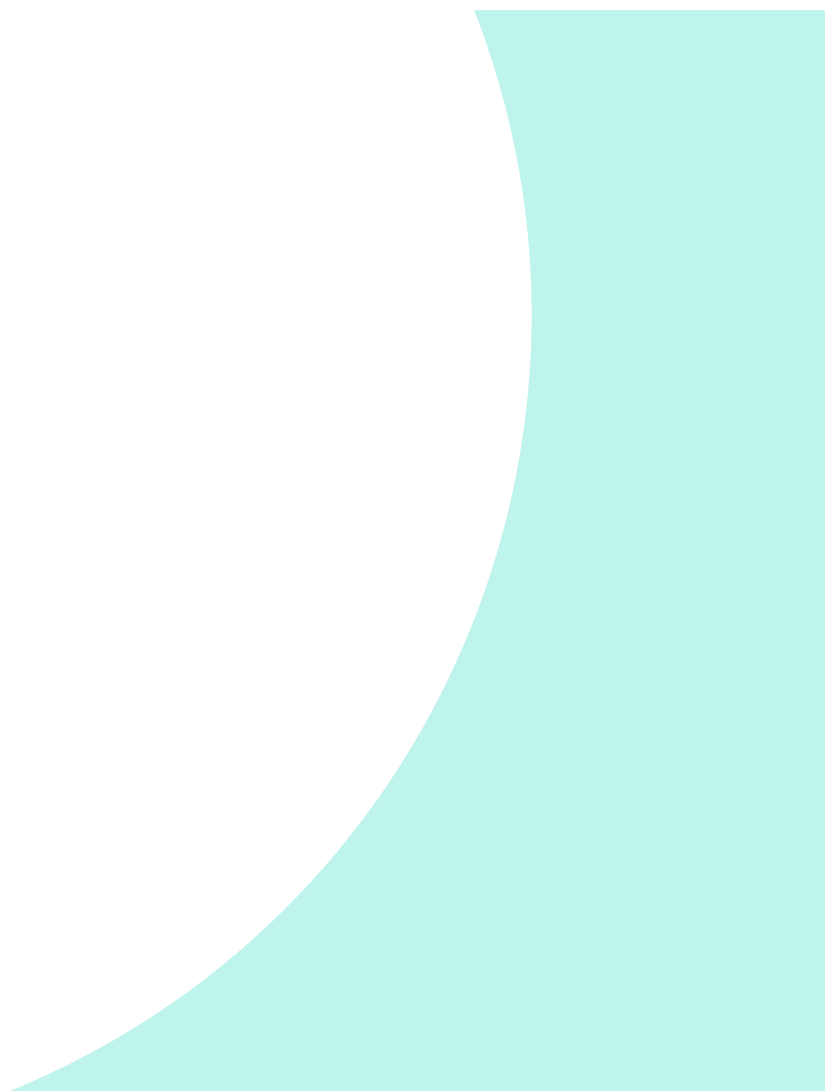
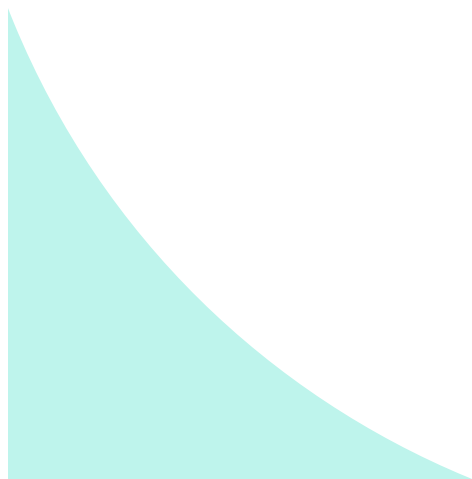
CONQUISTAS E MOMENTOS IMPORTANTES...



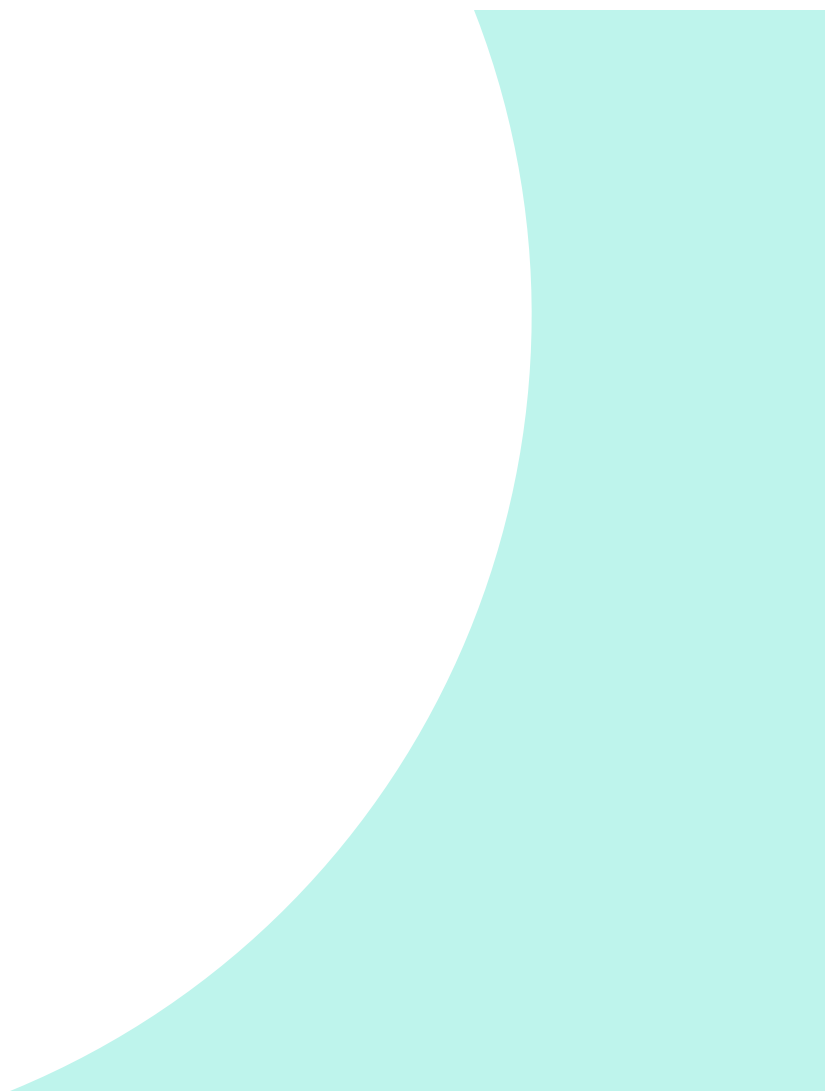
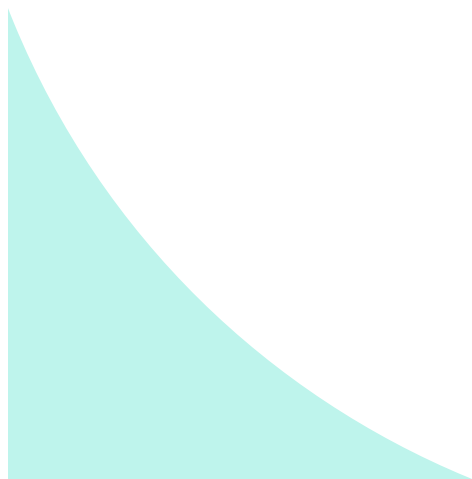
DATAS IMPORTANTES VIVIDAS NA NEONATOLOGIA...



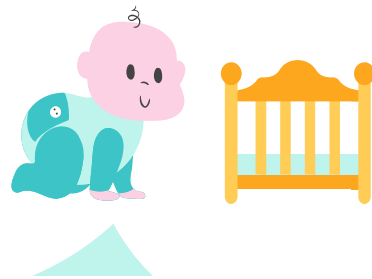
FOTOGRAFIAS...



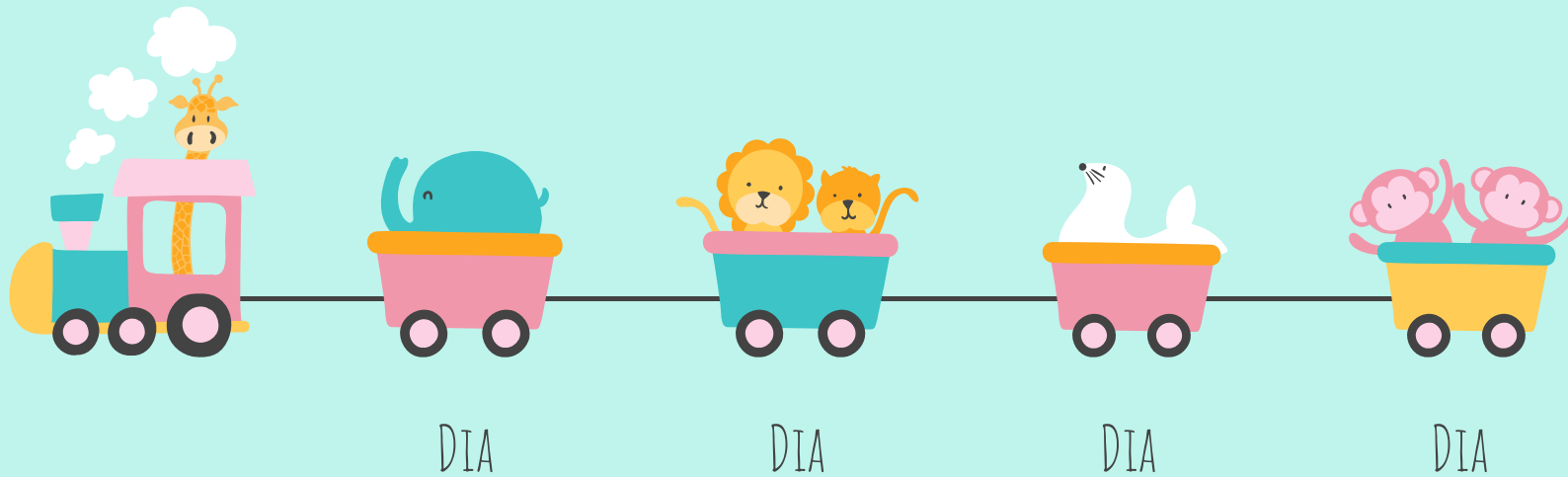
FOTOGRAFIAS...



A PASSAGEM PARA O BERÇÁRIO... SENTIMENTOS/MEDOS DOS MEUS
PAPÁS...



DATAS A RETER DESTE PERCURSO...



CHEGOU O MOMENTO DA ALTA



Color aqui a fotografia



ULTIMA FOTOGRAFIA
NA NEONATOLOGIA...
COMO ME SINTO?



NOTAS IMPORTANTES PARA A IDA PARA CASA...

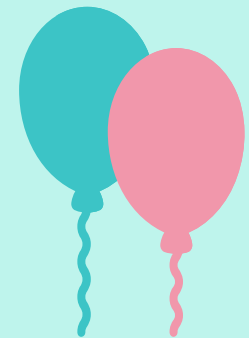




PARABÉNS!

A Equipa continua
sempre aqui para vocês

Contactos da Neonatologia:



CREDITS: This presentation template was created
by Slidesgo, including icons by Flaticon, and
infographics & images by Freepik.

**APÊNDICE XVII - DOCUMENTO COM A JUSTIFICAÇÃO DA
PERTINÊNCIA DO “DIÁRIO DO BEBÉ”**

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO APRESENTAÇÃO DO “DIÁRIO DO BEBÊ”

Fundamentação:

Ao longo das últimas décadas, a par com as evoluções no ensino e no exercício da profissão de enfermagem, têm ocorrido transformações sócio-económicas e políticas no mundo, que têm resultado em mudanças na forma de encarar a saúde (Mártires, 2019). As alterações nas necessidades de cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos e o aumento da exigência dos utentes, a par com a evolução tecnológica e alterações organizacionais, conduziram a uma maior exigência de qualidade dos cuidados (Facione, Crossettic & Riegeld, 2017), exigindo que o enfermeiro se adapte às mudanças nas instituições de saúde, e consiga dar resposta às exigências dos seus utilizadores (Soares, 2004, Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Atualmente, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Observa-se uma crescente exigência de competências e funções dos enfermeiros, e maior valorização da sua capacidade de tomada de decisões, tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação, e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva sobre as suas práticas/experiências.

A formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho, et al., 2020).

Face ao disposto no artigo 109º do estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República, 2015, p. 8080). O regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “... é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (Diário da Republica, 2015, p. 16662).

Assim, os momentos de formação são fundamentais, e fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas, o regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista refere como competência do mesmo, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (Diário da Republica, 2019).

Esta ação de formação surge no contexto do meu estágio de mestrado, cujo projeto tem como tema: Cuidar da criança e família no período pré-operatório, sendo o objeto de estudo: as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório. Neste âmbito, fiz o levantamento das estratégias utilizadas pela equipa no apoio à gestão das emoções da criança/família no pré-operatório, e que estratégias se poderiam adotar para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, e considero essencial a realização desta formação para, em equipa, se poder aprofundar conhecimentos e debater em conjunto esta temática.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados nesse contexto de prestação de cuidados, e tentando apelar à participação dos enfermeiros tendo por base a sua experiência. Tal como refere Benner (2001), a prática/experiência acompanhada de reflexão crítica como um meio para obtenção de conhecimento, é essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, 2016). A experiência permite ao enfermeiro “...melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982 citados por Benner, 2001, p. 61). “A Teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

Assim, este trabalho permitiu-me desenvolver os seguintes objetivos de estágio: **desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família** (conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; desenvolver técnicas de comunicação adequadas a cada família), e **desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança e família** (identificar as necessidades emocionais da criança e família inerentes ao processo de hospitalização; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade; prestar cuidados à criança, e sua família recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade).

E permitiu-me também o desenvolvimento de competências: **mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança** (comunica com a criança e a família utilizando

técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; utiliza estratégias motivadoras da família para a assunção dos seus papéis em saúde; proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença); **comunica com a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura** (demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família). (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2018).

Planeamento e Execução:

Efetuei o meu estágio na neonatologia, e constatei, através de momentos de reflexão com a equipa e a chefia, a necessidade e vontade da equipa para aprofundar as questões referentes à gestão das emoções da família durante o internamento em neonatologia, nomeadamente em desenvolver um instrumento que facilitasse a comunicação expressiva de emoções dos pais.

No entanto e, devido ao contexto de pandemia Covid-19, a formação em serviço, encontra-se suspensa, pelo que me foi proposto, como forma de apresentar e divulgar o projeto à equipa fosse elaborado um e-mail com a apresentação e fundamentação do projeto, que após análise, pela enfermeira orientadora e enfermeira chefe fosse enviado a toda a equipa. Para complementar esta divulgação, a chefe pediu que apresentasse oralmente e de forma sucinta, esse mesmo projeto, à equipa nos momentos de passagem de ocorrências.

Plano de Sessão de formação em serviço

Tema: Diário do Bebê		Local: Neonatologia	Data/hora: Passagens de ocorrências	
Formador: Nélia Alexandra Serafim Gonçalves			Duração: 10 minutos	
Destinatários: Enfermeiros da UCINT da Neonatologia				
Objetivos Gerais: Apresentação do Diário do Bebê Reflexão acerca das questões de implementação Sensibilizar para a importância da utilização do Diário do Bebê como instrumento de expressão emocional/promotor da esperança para as famílias;				
Atividades / Conteúdos	Duração	Métodos e técnicas pedagógicas	Avaliação	Recursos didáticos / materiais
Introdução <input type="checkbox"/> Apresentação do formador <input type="checkbox"/>	1 minutos	Expositivo	Diagnóstica	Diário do Bebê
Desenvolvimento Apresentação do Livro, respetiva fundamentação e questões de implementação	6 minutos	Expositivo		
Conclusão Síntese Partilha de experiências e ideias Encerramento da sessão	3 minutos	Ativo	Formativa	

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., Osório, M. (2020). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Facione, P. A., Crossetti, M. G. O, Riegel F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. 38(3), 1-2.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, Silva, M. H., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à Concretização. Revista de Enfermagem Referência. 8(8), 27-33.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República - 1ª série, N.º 181 (16-09-2015), 8059-8105.
- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C., Castelo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. Revista Lusófona de Educação. 44, 159-172
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento nº122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º133 de 12 de julho de 2018), 16660-16665

Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional : um estudo em contexto de trabalho (tese de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1302>

LIVRO DO BEBÉ

O nascimento de um filho é um tempo de mudança na vida de uma família, constituindo um evento crítico, caracterizado pela reorganização individual, conjugal e social (Mercer, 2006). Mesmo sendo esperado e desejado, um filho modifica a identidade, papéis e funções dos pais, e de toda a família (Relvas, 2004 citada por Martins, Abreu & Figueiredo, 2014), num processo de mudança, que exige um tempo de reajustamento, durante o qual o filho toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros (Giampino, 2007 citada por Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). De acordo com Meleis (2010), a parentalidade é uma transição desencadeada por eventos ou pontos críticos.

As mães e os pais possuem um papel dos mais exigentes e complexos de todos os papéis no seio da família, já que o desempenho do papel parental, é essencial para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (Mercer, 2006).

A parentalidade traduz-se pela aquisição de competências/habilidades parentais. Quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades parentais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável, e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança (Ribas & Bornstein, 2005 citados por Cardoso et al., 2015), com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel (Cardoso et al., 2015).

Para uma aquisição eficaz das competências parentais, o processo de vinculação tem de estar estabelecido ou estar em desenvolvimento, sendo difícil dissociá-los (Mendonça, 2015). A vinculação é um fator facilitador na aquisição de competências parentais (Mercer citado por Tomey & Alligood, 2004; Hockenberry e Wilson 2014).

O vínculo entre pais/filho tem início no período pré-natal, e torna-se mais firme e mais efetivo após o nascimento, sendo esta fase determinante para que este processo de vinculação seja eficaz e de sucesso (Rodrigues e Tronchin, 1996 citados por Mendonça, 2015).

A vinculação está relacionada com a idade dos pais, personalidade, autoconceito, experiências anteriores, desejo de ser pais, condição sócio-económica, educacional e familiar, assim como, as condições relativas ao parto e amamentação, e com fatores da criança, como, temperamento, características do filho e estado de saúde (Mercer citado por Tomey & Alligood, 2004; Hockenberry e Wilson 2014).

Em alguns contextos, como o de prematuridade, a vinculação pode estar fragilizada ou condicionada (Mendonça, 2015). A prematuridade, e a hospitalização numa

Neonatologia são acontecimentos inesperados e assustadores, que podem fazer emergir na família uma crise emocional que irá afetar todos os seus membros (Simões, Pires & Barroca, 2010; Exequiel, Milbrath, Gabatz, Vaz et al., 2019), podendo ser desestruturante, ou momentos de crescimento e maturação.

Na hospitalização ocorrem "...mudanças psicoemocionais nos relacionamentos e na dinâmica da Família, não devendo por isso os cuidados de Enfermagem ser desvinculados dela e das suas necessidades, o que implica conhecimentos específicos e uma sensibilidade especial por parte da equipa de cuidados" (Fernandes, Andraus e Munari, 2006 citados por Apolinário, 2012, p. 84). A família é forçada a alterar as suas rotinas, a adaptar-se, e tem de desenvolver novas competências, necessitando de ajuda para se proteger destas mudanças não planeadas (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009 citados por Mendes & Martins, 2012; Salvador et al., 2015; Callefi et al., 2016).

Perante um internamento, a separação dos pais e restante família, pode impedir a vinculação/construção de uma relação de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014; Exequiel, Milbrath, Gabatz, Vaz et al., 2019). E o ambiente hospitalar pode intimidar os pais, acentuando o sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protetora/cuidadora, prejudicando o processo de vinculação (Mendonça, 2015). A hospitalização é um acontecimento associado a uma emocionalidade intensa pelo que constitui um enorme desafio emocional para os enfermeiros (Diogo, 2015, 2019).

Neste sentido, surge a necessidade da Enfermagem estudar as emoções, uma vez que, como já foi referido, estas exercem um papel de extrema importância na vida de qualquer pessoa, tornando-se fundamental saber geri-las (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). É essencial para a enfermagem aprender a perceber emoções/sentimentos da pessoa cuidada (Watson citado por Tomey, 2014, p. 169) e para uma abordagem holística no cuidar, é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais das pessoas cuidadas (Benner, 2001 citado por Diogo, 2017).

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

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

A teoria das Transições, Meleis (2010) afirma que o enfermeiro tem um papel importante na identificação das transições, e no auxílio à família para as ultrapassar, ajudando-a a atingir o equilíbrio. As percepções, expectativas e necessidades de aprendizagens dos pais, devem ser valorizadas no processo de transição, pois podem apresentar um potencial efeito facilitador ou inibidor, uma preparação antecipada para lidar com a nova situação pode constituir um fator facilitador da transição, enquanto que a falta de preparação parece constituir um fator inibidor (Meleis et al, 2000).

No contexto de transição para a parentalidade, o enfermeiro procura tomar conhecimento das novas necessidades dos pais, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida (Meleis, 2005).

No hospital, os pais querem continuar a ser pais, e cabe aos enfermeiros/restante equipa multidisciplinar, promover e proporcionar este processo. Assim torna-se indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para identificar stressores e emoções e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias com a criança e família (OE, 2011). Para isso é essencial: o desenvolvimento da relação entre o enfermeiro/pais, e estar disponível através da escuta, e encorajar os pais a expressar as suas vivências para que os possamos conhecer e compreender as suas emoções e sentimentos, e assim desenvolver um planeamento de cuidados individualizado, centrado nas suas expectativas e necessidades (OE, 2015).

Segundo Diogo (2015, 2017) é necessário encorajar a expressão de sentimentos quando os pais se encontram perante uma situação emocionalmente intensa e não conseguem verbalizar ou exprimir as suas emoções. Posto tudo o que foi referido, o diário do bebé pretende ser um instrumento útil na gestão da emocionalidade, associada ao internamento na Neonatologia, quer para as famílias quer para os profissionais.

Às famílias, proporciona a reflexão sobre o seu percurso ao longo do internamento e a expressão, exteriorização e reflexão acerca das suas emoções/medos e a forma como lidaram com as mesmas. Além de encorajar os pais a expressarem as suas emoções, também contribui para fomentar a esperança,

através do registo das pequenas “vitórias/conquistas/metast” atingidas, transmitindo aos pais a possibilidade de encontrar um lado positivo na vivência emocionalmente intensa que se encontram a experienciar (Diogo, 2015, 2017).

Aos profissionais, ao terem acesso a essa informação, permite conhecer melhor as famílias, as suas emoções e perceber o que mais valorizam, os fatores facilitadores e prejudiciais à gestão das suas emoções.

O diário do bebé, deve ficar na unidade de cada criança, dentro de uma mica, os pais vão preenchendo, e deixam na unidade até ao momento da alta, para ser consultado pela equipa multidisciplinar, e no momento da alta, o livro é entregue aos pais, para que possam guardar, um pouco, do que foi a experiência na Neonatologia, e o possam partilhar com os suas filhos no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apolinário, M. I. C. G (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 7, 83-92
- Callefi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J.C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B., Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista Referência*, 4, 11-20
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.^a versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: 27 de janeiro 2021
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40

- Direcção-Geral de Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde. Lisboa: DGS.
- Exequiel, N. P., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Vaz, J. C., Hirschmann, B., Hirschmann, R. (2019). Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Atual*, 88 (27), 1-9
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4). 107-115.
- Ferreira, M., & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. 30. 51-57.
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 49-71. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 1 – 20. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Creamer, L. (2014). Problemas de Saúde na Idade Toddler e Pré-Escolar. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 645 – 682. Loures: Lusociência.
- Lima, S.L.F (2016). Maternidade e saúde mental: Cuidados de enfermagem que promovem a Interação precoce numa unidade de Neonatologia (tese de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/20954>)
- Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto de prematuridade. *Revista de Referência*. 11. 33-41.

- Martins, C. (2012). Impacto da idade materno na relação que a mãe estabelece com o seu bebé (Tese de Mestrado). Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P., Figueiredo, M. C. A. B. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2). 121-131
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company, LLC;
- Mendes, M. G. S. R., Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 6, 113-121
- Mendes, M. G. S. R., Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 6, 113-121
- Mendonça, M.J. S (2015). A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: O brincar como instrumento terapêutico de enfermagem (tese de mestrado). Disponível em: (<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16414/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>)
- Mercer, R. T. (2006). Nursing Support of the Process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 649-651.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem- adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Ordem dos Enfermeiros- série 1, n.º 8. Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série nº133 de 12 de julho de 2018), 16660- 16665

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

Simões, S., Pires, A., Barroca, A. (2010). Comportamento Parental face à Cardiopatia Congénita. *Análise Psicológica*, 4 (28), 619-630;

Tomey, A. M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência

**APÊNDICE XVIII - DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DA
EQUIPA DO SUP**

A emocionalidade da Criança quando submetida a procedimentos na Urgência Pediátrica- experiência dos Enfermeiros

1. Conhece o Modelo Trabalho Emocional em Pediatria?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. Quais considera ser as principais emoções sentidas pela criança ao recorrer ao serviço de urgência?

3. De entre as estratégias de gestão emocional referidas quais as que, habitualmente, utiliza na sua prestação de cuidados?

Marcar tudo o que for aplicável.

Capacitação dos pais/família para participarem positivamente nos procedimentosPreparação para

procedimentos, fornecer explicações/informações

Estimular a expressão de sentimentosDar

reforço positivo Distração/Atividade Lúdica

Dádiva de afetoOutra:

4. Qual a importância que atribui à comunicação com a criança na prestação de cuidados?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fundamental

5. Que grau de conhecimentos considera que tem acerca dos medos mais frequentes, de acordo com a idade/estádio de desenvolvimento, da criança?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

6. Qual o grau de dificuldade que sente, na prestação de cuidados, em adequar a comunicação com a criança de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito dificuldade

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE IX - RESPOSTAS AO FORMULÁRIO DE
DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DO SUP**

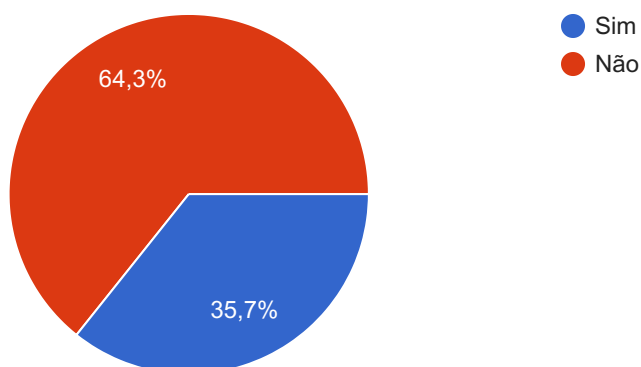
A emocionalidade da Criança quando submetida a procedimentos na Urgência Pediátrica- experiência dos Enfermeiros

14 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Conhece o Modelo Trabalho Emocional em Pediatria?

14 respostas



Quais considera ser as principais emoções sentidas pela criança ao recorrer ao serviço de urgência?

13 respostas

Medo

Medo, ansiedade

Medo. Insegurança. Curiosidade.

Medo, insegurança, desconfiança

Medo, ansiedade, desconfiança

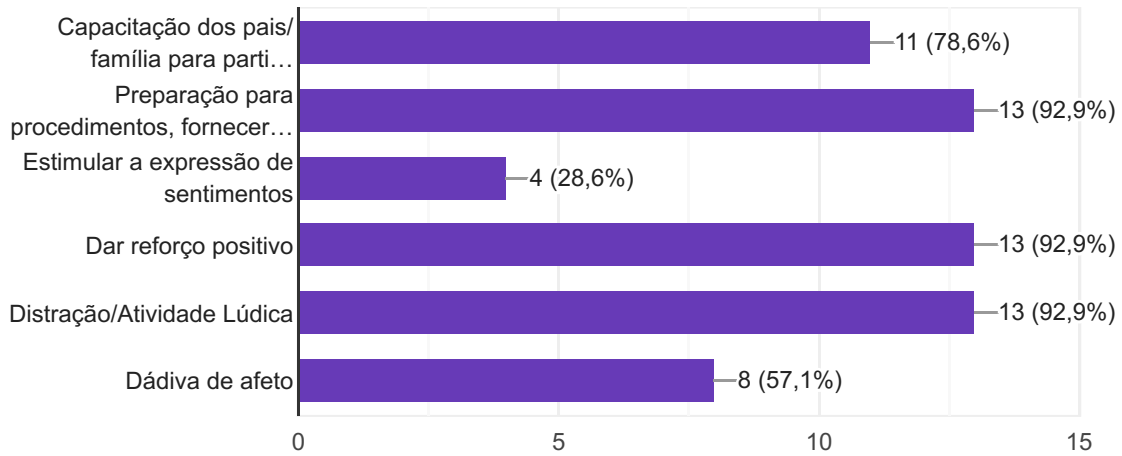
Medo, ansiedade, vergonha, negação, tristeza relacionada com alt.auto-imagem.

Medo do desconhecido



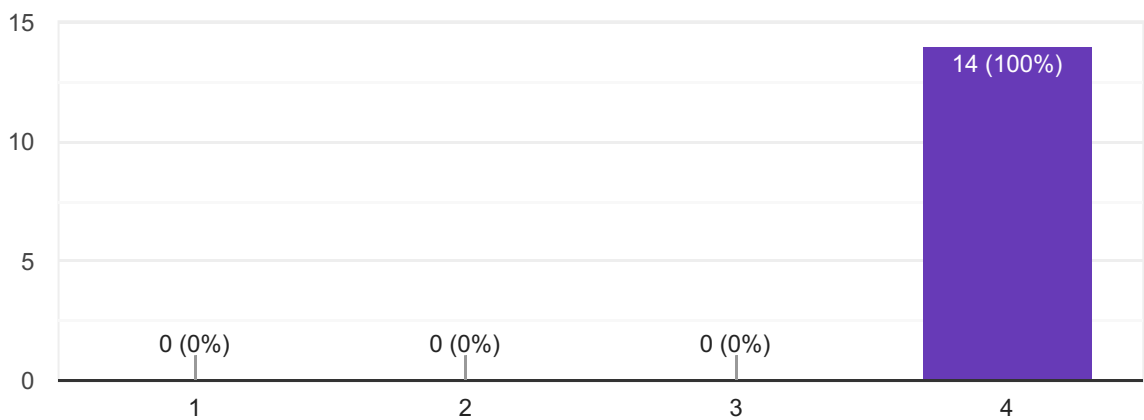
De entre as estratégias de gestão emocional referidas quais as que, habitualmente, utiliza na sua prestação de cuidados?

14 respostas



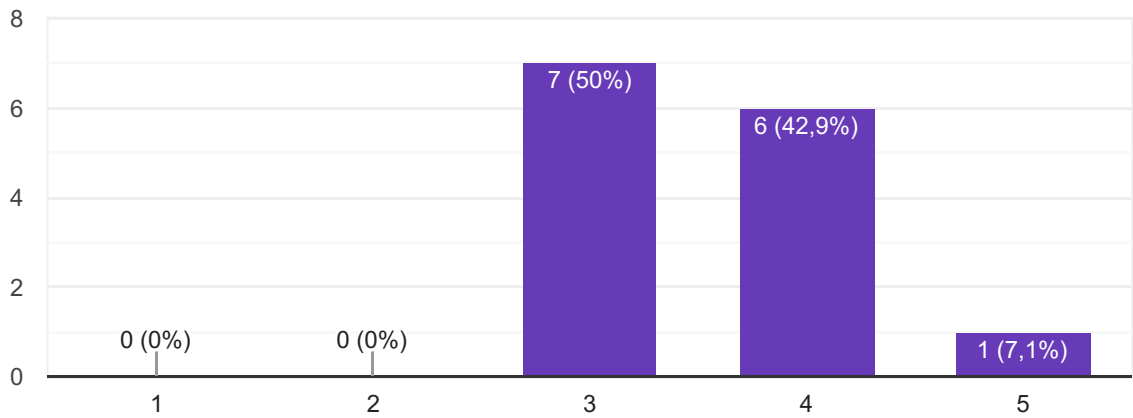
Qual a importância que atribui à comunicação com a criança na prestação de cuidados?

14 respostas



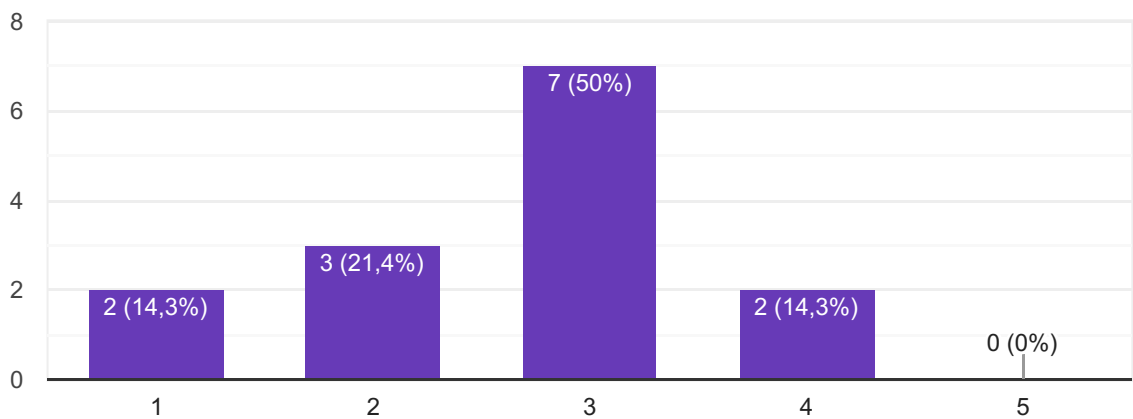
Que grau de conhecimentos considera que tem acerca dos medos mais frequentes, de acordo com a idade/estádio de desenvolvimento, da criança?

14 respostas



Qual o grau de dificuldade que sente, na prestação de cuidados, em adequar a comunicação com a criança de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?

14 respostas




Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários




**APÊNDICE XX - CARTAZES QUE COMPILAM AS PRINCIPAIS
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE
COMUNICAÇÃO, QUE CONTRIBUEM PARA A GESTÃO DA
EMOCIONALIDADE DA CRIANÇA, SUBMETIDA A
PROCEDIMENTOS INVASIVOS DE ACORDO COM A IDADE E
ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTOS**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
0-1 ano (Lactente)  Desenvolvimento da confiança e pensamento Sensório- motor	Principais medos: Estímulos intensos/desconhecidos; Pessoas desconhecidas; sensação de desamparo/cair Reatividade: <u>Medo:</u> chora, movimenta os braços e pernas. <u>Lesão corporal e dor:</u> choro, rigidez ou agitação. <u>Perda de controlo:</u> desconfiança e alteração das expressões emocionais (choro e sorriso).	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar num tom de voz amigável; - Incentivar a presença dos pais/família e esclarecer as suas dúvidas, envolvendo-os nos cuidados e mantendo-os na linha de visão do bebé; - Fornecer informações sobre o que vai acontecer, e as sensações e reações que a criança pode experimentar; - Tocar e dar afetos; Proporcionar o relaxamento: olhar, sorriso, Sucção não-nutritiva; cantar, falar; embalar a criança; contenção; Toque terapêutico/massagem; Usar a distração: brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam sons; Utilizar a música; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fraldinha de pano, caixinha de música...); - Realizar os procedimentos invasivos no mais curto tempo possível.

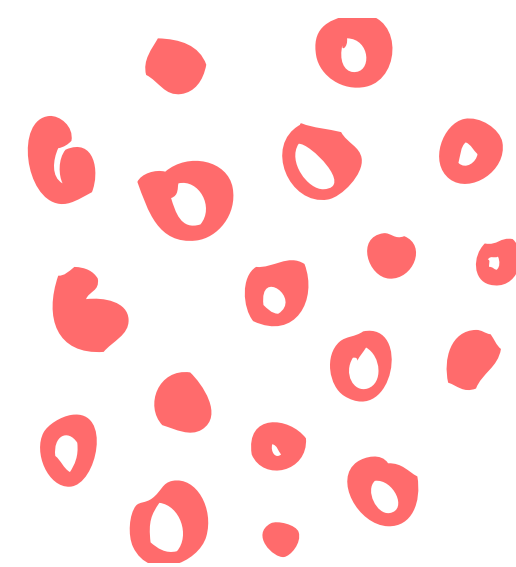
Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
1-3 ano (Toddler)  Desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional	Principais medos: mudança do meio envolvente/pessoas estranhas; perda de controlo; lesão corporal; separação dos pais. Reatividade: <u>-Perda de controlo:</u> regressão <u>-Lesão corporal e dor:</u> choro alto, reação física e localizada, expressão facial de dor e/ou raiva; birras, resistência física, agressão física, não cooperação.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar num tom de voz amigável; - Manter a presença dos pais/pessoa significativa, explicando-lhe os procedimentos e envolvendo-os nos cuidados; - Desencorajar a regressão; - Enfatizar a cooperação da criança: ordens simples e individuais; - Estimular a autonomia nos cuidados; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, mas permitir o manuseamento de material hospitalar quando vai ser utilizado na criança; - Proporcionar a brincadeira lúdica: Modelagem, Distração: histórias, rimas, música, jogos...; - Ensinar técnicas de relaxamento.

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
4-6 ano (Pré-escolar)  Pensamento pré-operacional e intuitivo.	Principais medos: Escuro; Monstros/bruxas e fantasmas; Separação dos pais; Dor; perda de controlo; lesão corporal; e percebe os procedimentos invasivos como uma punição Reatividade: <u>Perda de controlo:</u> regressão; <u>Lesão corporal e dor:</u> culpabilização; choro alto, gritos, verbalizações «ai», «dói», agarra-se aos pais/pessoa significativa, solicita suporte emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a presença dos pais ou pessoa significativa; mas prepara-los/informa-los separadamente da criança; - Encorajar a participação na tomada de decisões; - Estimular a verbalização de ideias e sentimentos; - Afirmar que os procedimentos não são uma punição, esclarecendo o motivo dos mesmos; - Evitar o uso de frases que possam levar a más interpretações como “ter duas caras” ou “picar os dedos”; - Elogiar a ajuda e a cooperação (nunca envergonhá-la pela falta de cooperação); - Permitir o manuseamento de material hospitalar, esclarecendo dúvidas e receios mas manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados/utilizados; - Proporcionar a brincadeira lúdica/distração (histórias; vídeos...), modelagem ou dramatização; - Ensinar técnicas de relaxamento; - Ensinar estratégias de confronto: pensamento positivo; - Contrato comportamental: informal ou formal, recompensa e elogio.




SCAN ME

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA



Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>7-11 ano (Escolar)</p>  <p>Pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</p>	<p>Principais medos: Lesão corporal; ridículo; separação dos pais; mau rendimento escolar; perda de controlo; morte; Incapacidade; medo de procedimentos na área genital (mutilação).</p> <p>Reatividade: -Perda de controlo: dependência; isolamento; apatia; depressão; hostilidade; frustração; hábitos televisivos excessivos. -Lesão corporal e dor: Comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar privacidade; -Envolver a criança na tomada de decisão; -Solicitar a cooperação/participação da criança, comunicando-lhe o que se espera dela; -Explicar os procedimentos e motivos dos mesmos, usando terminologia científica; -Permitir o manuseamento do equipamento; -Esclarecer dúvidas e questões; -Reforçar a autoestima; -Utilizar a brincadeira lúdica/distração (livros; diagramas simples de anatomia e fisiologia; Dramatização antes dos procedimentos; vídeos lúdicos, música); -Ensinar técnicas de relaxamento (bolas coloridas antistress); -Ensinar estratégias de confronto: autoinstrução («vai correr bem» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz»); -Usar modelos positivos; -Contrato comportamental: informal ou formal (escrito); definir recompensa e elogio.


Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>12-18 anos (Adolescência)</p>  <p>Desenvolvimento da identidade. Pensamento e raciocínio abstrato e formal</p>	<p>Principais medos: alteração da imagem corporal; perda de controlo; separação dos pares, medo da dor, da lesão corporal, da morte e da Incapacidade</p> <p>Reatividade: -Perda de controlo: Rejeição -Lesão corporal e dor: autocontrolo; coopera nos procedimentos, descreve experiências de dor; pseudo-tranquilidade ou irritabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Garantir e respeitar a sua privacidade e a confidencialidade; -Tratar o adolescente como um ser individual: inicialmente, é preferível falar com este a sós ou juntamente com os pais, proporcionando a ambas as partes a oportunidade de serem incluídos na entrevista; -Encorajar a expressão de sentimentos e ideias; -Demonstrar preocupação e interesse; -Respeitar as suas perspetivas; -Evitar julgamentos ou críticas; -Envolve-lo na tomada de decisões, e esclarecer dúvidas e questões; -Explicar os procedimentos, motivos dos mesmos e consequências, usando terminologia científica; -Solicitar a cooperação/participação, comunicando-lhe o que se espera deles; -Utilizar a distração (livros; vídeos lúdicos, imaginação guiada, música); -Ensinar técnicas de relaxamento (bolas coloridas antistress); -Ensinar estratégias de confronto: autoinstrução («vai correr bem» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz»); - Usar modelos positivos.



SCAN ME

**APÊNDICE XXI - FORMAÇÃO COM O TEMA “CUIDAR DE
CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE
COMUNICAÇÃO QUE CONTRIBUEM PARA A GESTÃO DA
EMOCIONALIDADE”**

EPEL



**CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS:
intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que
contribuem para a gestão da emocionalidade**

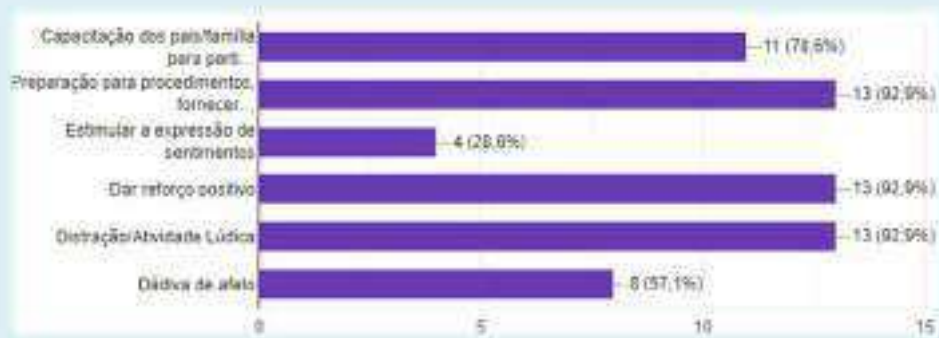
Aluna: Nélia Gonçalves
Professora Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira orientadora do contexto clínico: Enf.ª Rosário Almeida



DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES

n=14

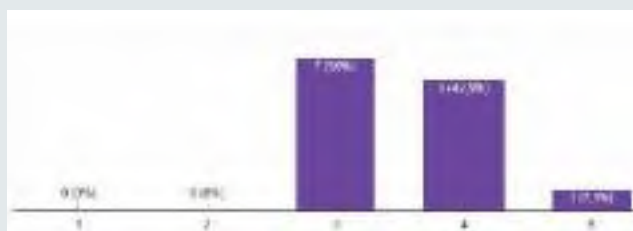
3. De entre as estratégias de gestão emocional referidas quais as que, habitualmente, utiliza na sua prestação de cuidados?



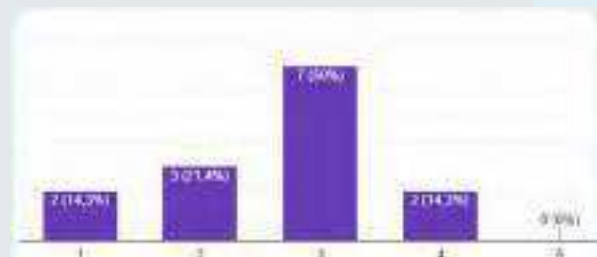
DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES

n=14

5. Que grau de conhecimentos considera que tem acerca dos medos mais frequentes, de acordo com a idade/estádio de desenvolvimento, da criança?



6. Qual o grau de dificuldade que sente, na prestação de cuidados, em adequar a comunicação com a criança de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?





01 **Analisar**
A importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) no processo de Cuidar a criança

02 **Sensibilizar**
Os principais medos da criança de acordo com o estágio de desenvolvimento

03 **Refletir**
Estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança quando submetida a procedimentos invasivos



Baseado “em valores humanos e na preocupação pelo bem estar dos outros...”
(Watson citado por Tomey, 2014, p.169)

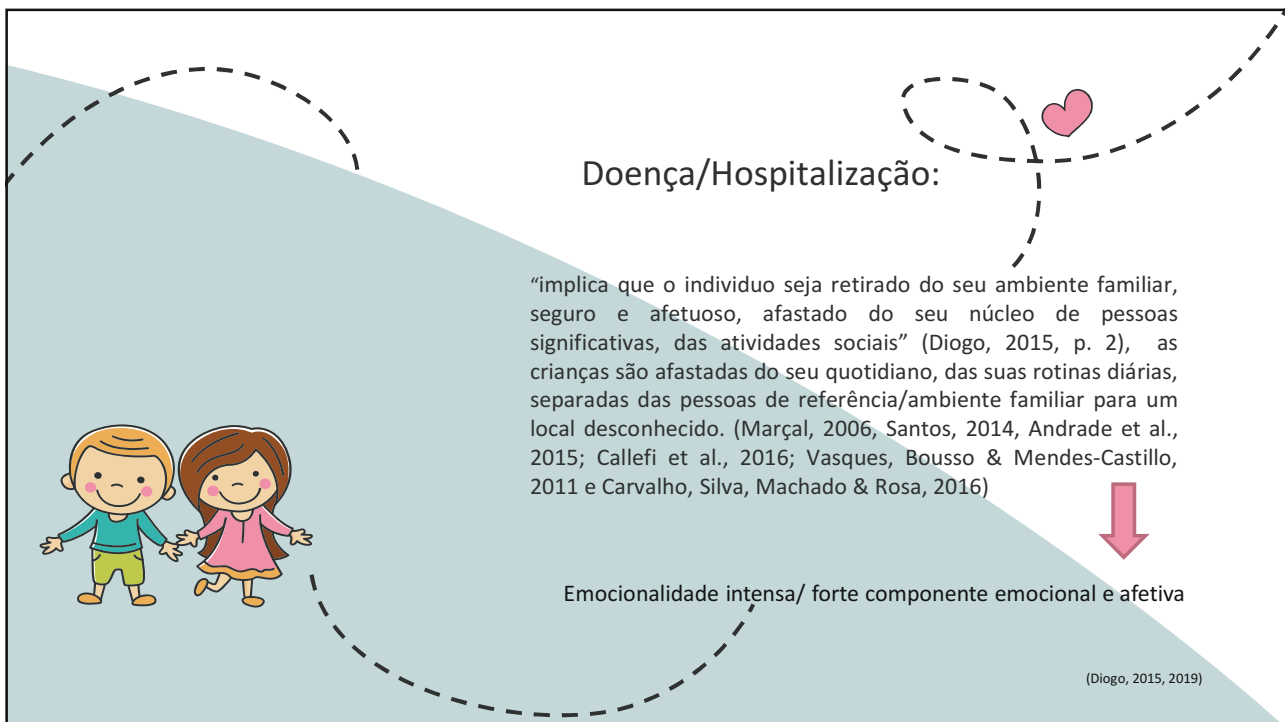
o cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas pressupondo uma partilha de emoções (Watson, 2002, Diogo, 2019)

Cuidar

Requer um contexto relacional com tonalidade afetiva, provido de afeto.”
(Watson citado por Diogo, 2017, p.2)

Para uma abordagem holística no cuidar, é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas
(Benner, 2001 citado por Diogo, 2017)

Implica interação entre pessoas, e toda a interação é contaminada por emoções e sentimentos e desta emergem novos sentimentos e emoções
(Vilelas & Diogo, 2014; Diogo, 2015, 2017)



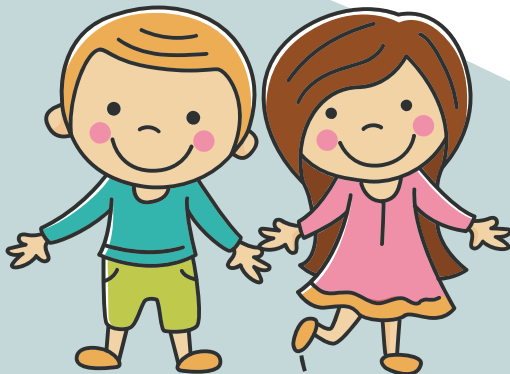
Trabalho Emocional em Enfermagem

Modificar “estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar” de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com resultados de enfermagem positivos para as pessoas cuidadas (Diogo 2015, 2017), contribuindo para que alcancem um melhor controlo da situação, o bem-estar global

- Através da:
- relação de ajuda/terapêutica
 - intervenções personalizadas e adequada a cada situação

(Diogo, 2015, 2019)

Modelo TEEP: CONCEITO



Orientação para a prática de cuidados de enfermagem em pediatria, no que se refere à **gestão da emocionalidade da criança e família**, associada a situações de cuidados, **bem como dos enfermeiros**, contribuindo para transformar essas experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-utente

(Diogo, 2019)



Promover ambiente seguro e afetuoso

- Um dos medos das crianças/famílias é o que vão encontrar no hospital, **um local que não lhes é familiar**, e transmite insegurança e medo;
- Para que se possam sentir seguras nesse espaço, é essencial: o **ambiente físico** (luz, cheiro, ruído, cores, o fardamento dos enfermeiros....) e o **ambiente humano** (interação com a equipa de saúde que deve ter na base o afeto).

Acolhimento, Cumprimentar, Expressar afeto
 Sintonia com o mundo infantil
 Tornar o ambiente familiar (relação entre profissionais...)

(Diogo, 2015, 2019)

Nutrir os Cuidados com afeto

- O afeto é um desejo e um direito da criança, e é essencial para o seu desenvolvimento, pelo que a prática de enfermagem deve ser marcada pelo **afeto que é fundamental no cuidar**. Ajuda a **diminuir o stress/trauma** associado à situação de doença/hospitalização, **promove uma sensação de tranquilidade** e bem-estar, e conduz a uma **maior colaboração** dos utentes, e à promoção da relação terapêutica.
- A dádiva de afeto pode surgir em momentos únicos para o efeito, ou associada aos procedimentos, de forma natural ou planeada.

Sorriso; Tom de voz calmo; Falar amimado
Expressões de Carinho
Olhar Meigo
Dar Colo

(Diogo, 2015, 2019)

Facilitar a Gestão das emoções dos clientes

- Para facilitar e/ou promover a gestão de emoções dos utentes, é importante, que o enfermeiro **prepare** sempre os utentes **para os procedimentos**
- É também de extrema importância que o **enfermeiro se compreenda a si próprio**, sabendo como reage a essas emoções dos seus utentes, tendo em conta a sua experiência de vida

-Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade;
-Preparar para procedimentos; Fornecer explicações/informações; esclarecer dúvidas; Favorecer a expressão de sentimentos;
-Dar reforço positivo; Distração.

(Diogo, 2015, 2019)

Construir a estabilidade na relação

É importante o enfermeiro procurar manter a harmonia, serenidade, através do envolvimento emocional, e fazer a **gestão da relação**, pois a sua **intencionalidade** é a estabilidade dessa relação.

- Envolvimento emocional: Proximidade, ligação afetiva e confiança
- Gestão de episódios conflituosos: Calma, dar oportunidade à expressão de sentimentos; não fazer juízos de valor
- Equilíbrio de poderes/parceria de cuidados

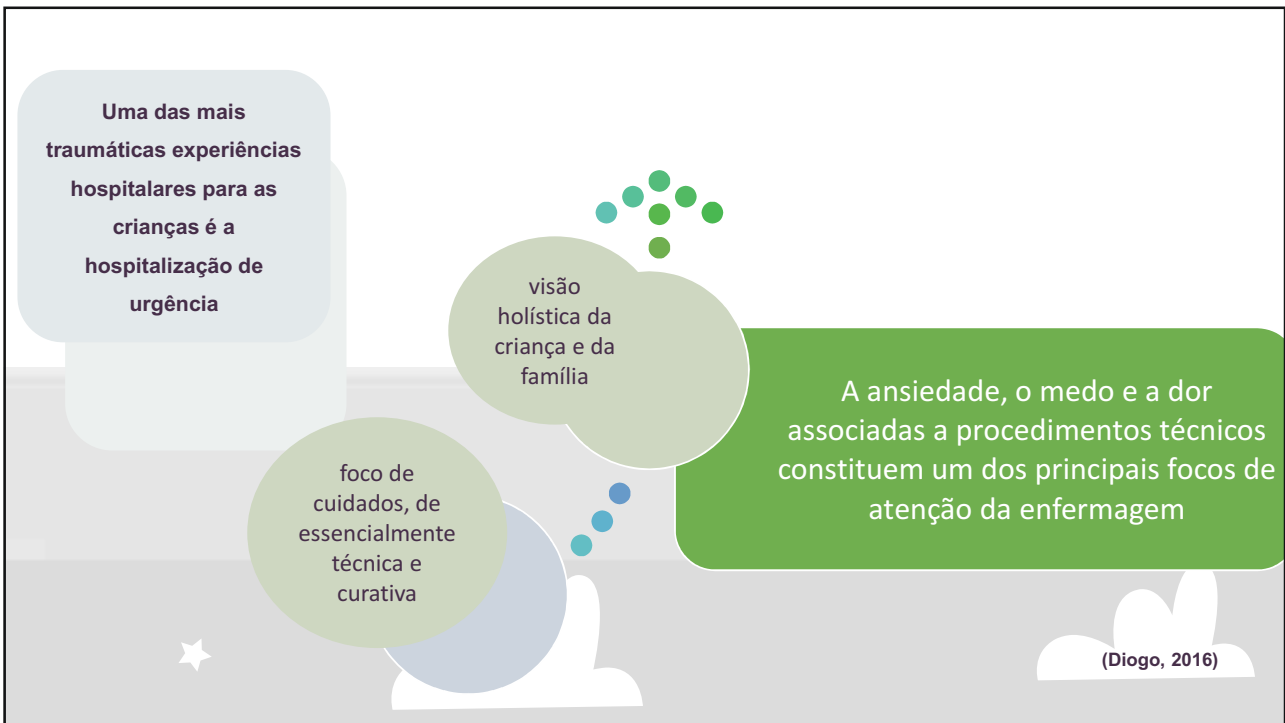
(Diogo, 2015, 2019)

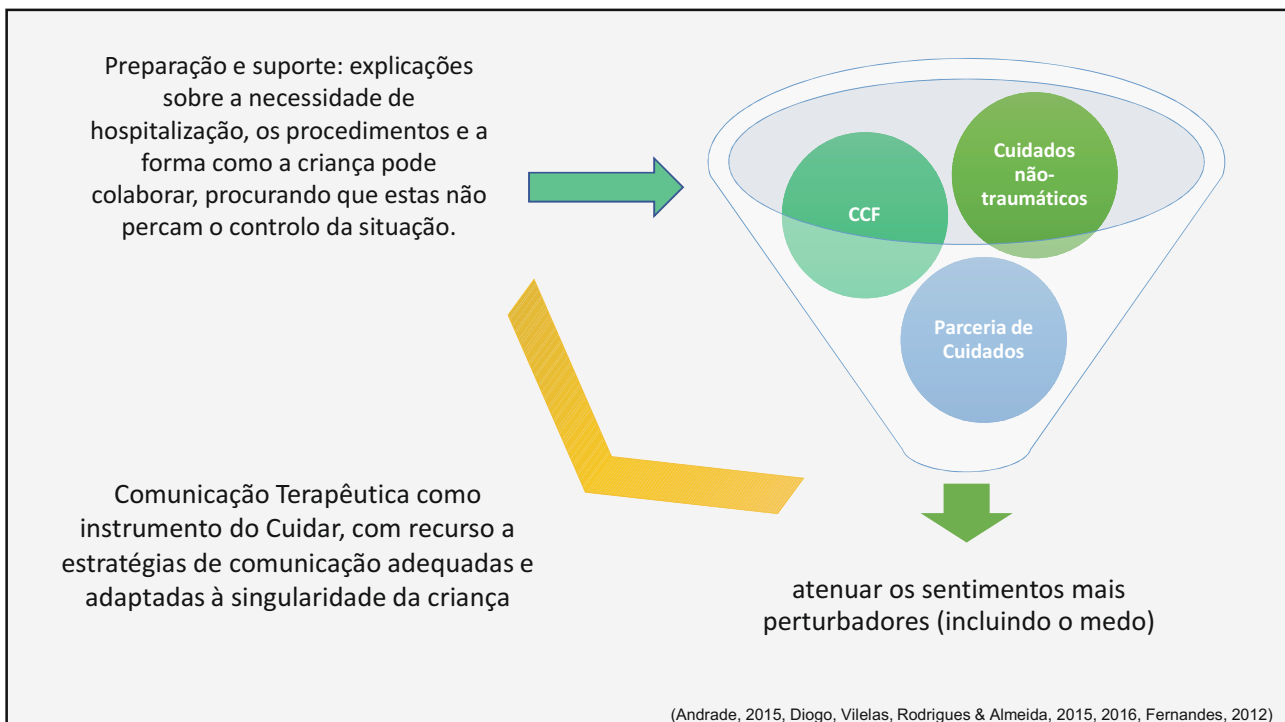
Regular a disposição emocional para cuidar

- **Motivação do enfermeiro** para ajudar a pessoa alvo dos seus cuidados,
- É essencial que o enfermeiro consiga **gerir as suas próprias emoções**, para poder ajudar o outro a gerir as dele (requer conhecimento do mesmo sobre si e o apoio entre colegas).

Analisar as experiências, partilhar o que sentem e tentar compreender as reações do cliente, para atenuar positivamente algumas possíveis falhas e não se deixar afetar mantendo-se conectado e disponível para relação terapêutica enfermeiro-cliente.

(Diogo, 2015, 2019)






A procura constante de empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; bem como a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções são critérios referidos nos padrões de qualidade (2015).

COMUNICAÇÃO

- Utilização de técnicas de comunicação adequadas é imprescindível;
- Comunicar "com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis";
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

(RC do EEESIP nº422/2018)



A Comunicação no Cuidar



COMUNICAÇÃO...

Processo de **criação/recriação de informação**, de troca/ **partilha de sentimentos e emoções** entre as pessoas

Indispensável para o enfermeiro **compreender** o modo como **a criança/família** percebe, sente, e reage ao que a rodeia; **identificar as suas necessidades**, e poder **intervir de forma individualizada**

Favorece a **expressão de sentimentos** da criança/família

Facilita a **gestão das emoções** associadas aos processos de saúde-doença e de cuidados

Constitui um instrumento terapêutico na **redução do stress, otimização da relação** entre equipa/criança/família

Instrumento **essencial no cuidar**

(Andrade et al., 2015, Azevêdo, Júnior, Crepaldi, 2017, Diogo, 2015, Hockenberry & Wilson, 2014, Phaneuf, 2005 e Santos, 2019)

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação é terapêutica quando ajuda, promove e dá oportunidade ao utente de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades

Ao compreender as características típicas de cada um dos estádios de desenvolvimento, o enfermeiro verá facilitado todo o processo de comunicação


(Andrade, 2015, Braga, 2010, Hockenberry & Wilson, 2014, Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015, 2016, Fernandes, 2012)





Os Medos ao longo dos
estágios de desenvolvimento
Infantil


INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM


(OE, 2011)

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>0-1 ano (lactente)</p>  <p>Desenvolvimento da confiança e pensamento Sensório- motor</p>	<p>Principais medos: Estímulos intensos/desconhecidos; Pessoas desconhecidas; sensação de desamparo/cair</p> <p>Reatividade: Medo: chora, movimenta os braços e pernas. Lesão corporal e dor: choro, rigidez ou agitação. Perda de controlo: desconfiança e alteração das expressões emocionais (choro e sorriso).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar num tom de voz amigável; - Incentivar a presença dos pais/família e esclarecer as suas dúvidas, envolvendo-os nos cuidados e mantendo-os na linha de visão do bebé; - Fornecer informações sobre o que vai acontecer, e as sensações e reações que a criança pode experimentar; - Tocar e dar afetos; Proporcionar o relaxamento: olhar, sorriso, Sucção não-nutritiva; cantar, falar; embalar a criança; contenção; Toque terapêutico/massagem; Usar a distração: brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam sons; Utilizar a música; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fraldinha de pano, caixinha de música...); - Realizar os procedimentos invasivos no mais curto tempo possível.

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>1-3 ano (Toddler)</p>  <p>Desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional</p>	<p>Principais medos: mudança do meio envolvente/pessoas estranhas; perda de controlo; lesão corporal; separação dos pais.</p> <p>Reatividade: <u>Perda de controlo:</u> regressão <u>Lesão corporal e dor:</u> choro alto, reação física e localizada, expressão facial de dor e/ou raiva; birras, resistência física, agressão física, não cooperação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar num tom de voz amigável; -Manter a presença dos pais/pessoa significativa, explicando-lhe os procedimentos e envolvendo-os nos cuidados; - Desencorajar a regressão; - Enfatizar a cooperação da criança: ordens simples e individuais; - Estimular a autonomia nos cuidados; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, mas permitir o manuseamento de material hospitalar quando vai ser utilizado na criança; -Proporcionar a brincadeira lúdica: Modelagem, Distração: histórias, rimas, música, jogos...; -Ensinar técnicas de relaxamento.

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>4-6 ano (Pré-escolar)</p>  <p>Pensamento pré-operacional e intuitivo</p>	<p>Principais medos: Escuro; Monstros/bruxas e fantasmas; separação dos pais; Dor; perda de controlo; lesão corporal; e perceciona os procedimentos invasivos como uma punição</p> <p>Reatividade: <u>Perda de controlo:</u> regressão; <u>Lesão corporal e dor:</u> culpabilização; choro alto, gritos, verbalizações «ai», «dói», agarra-se aos pais/pessoa significativa, solicita suporte emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a presença dos pais ou pessoa significativa; mas prepara-los/informa-los separadamente da criança; -Encorajar a participação na tomada de decisões; -Estimular a verbalização de ideias e sentimentos; -Afirmar que os procedimentos não são uma punição, esclarecendo o motivo dos mesmos; -Evitar o uso de frases que possam levar a más interpretações como “ter duas caras” ou “picar os dedos”; -Elogiar a ajuda e a cooperação (nunca envergonhá-la pela falta de cooperação); -Permitir o manuseamento de material hospitalar, esclarecendo dúvidas e receios mas manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados/utilizados; -Proporcionar a brincadeira lúdica/distração (histórias; vídeos...), modelagem ou dramatização; -Ensinar técnicas de relaxamento; -Ensinar estratégias de confronto: pensamento positivo; -Contrato comportamental: informal ou formal, recompensa e elogio.

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>7-11 ano (Escolar)</p>  <p>Pensamento concreto; Desenvolvimento da sensação de atividade.</p>	<p>Principais medos: Lesão corporal; ridículo; separação dos pais; mau rendimento escolar; perda de controlo; morte; Incapacidade; medo de procedimentos na área genital (mutilação).</p> <p>Reatividade: -Perda de controlo: dependência; isolamento; apatia; depressão; hostilidade; frustração; hábitos televisivos excessivos. -Lesão corporal e dor: Comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar privacidade; -Envolver a criança na tomada de decisão; -Solicitar a cooperação/participação da criança, comunicando-lhe o que se espera dela; -Explicar os procedimentos e motivos dos mesmos, usando terminologia científica; -Permitir o manuseamento do equipamento; -Esclarecer dúvidas e questões; -Reforçar a autoestima; -Utilizar a brincadeira lúdica/distração (livros; diagramas simples de anatomia e fisiologia; Dramatização antes dos procedimentos; vídeos lúdicos, musica); -Ensinar técnicas de relaxamento (bolas coloridas antistress); -Ensinar estratégias de confronto: autoinstrução («vai correr bem» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz»); -Usar modelos positivos; -Contrato comportamental: informal ou formal (escrito); definir recompensa e elogio.

Estádio de desenvolvimento	Principais medos e reações ao stress	Intervenções de Enfermagem/Estratégias de comunicação adequadas
<p>12-18 anos (Adolescência)</p>  <p>Desenvolvimento da identidade. Pensamento e raciocínio abstrato e formal</p>	<p>Principais medos: alteração da imagem corporal; perda de controlo; separação dos pais, medo da dor, da lesão corporal, da morte e da Incapacidade</p> <p>Reatividade: -Perda de controlo: Rejeição -Lesão corporal e dor: autocontrolo; coopera nos procedimentos, descreve experiências de dor; pseudo-tranquilidade ou irritabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Garantir e respeitar a sua privacidade e a confidencialidade; -Tratar o adolescente como um ser individual: inicialmente, é preferível falar com este a sós ou juntamente com os pais, proporcionando a ambas as partes a oportunidade de serem incluídos na entrevista; -Encorajar a expressão de sentimentos e ideias; -Demonstrar preocupação e interesse; -Respeitar as suas perspetivas; -Evitar julgamentos ou críticas; -Envolve-lo na tomada de decisões, e esclarecer dúvidas e questões; -Explicar os procedimentos, motivos dos mesmos e consequências, usando terminologia científica; -Solicitar a cooperação/participação, comunicando-lhe o que se espera deles; -Utilizar a distração (livros; vídeos lúdicos, imaginação guiada, musica); -Ensinar técnicas de relaxamento (bolas coloridas antistress); -Ensinar estratégias de confronto: autoinstrução («vai correr bem» e pensamento positivo «eu consigo controlar-me, sou capaz»); -Usar modelos positivos.

Principais medos dos Pais/Cuidadores	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Separação; • Desconhecido; • Ausência de bem estar/dor vivenciada pelos filhos; • Procedimentos invasivos; • Ausência de Informação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação; • Esclarecimento de dúvidas; • Incentivar a presença e participação dos pais/cuidadores; • Respeita-los; • Favorecer a expressão de emoções; • Dar reforço positivo; • Mostrar disponibilidade.

(OE, 2011, Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA

1. Estratégia de comunicação com a criança

2. Estratégia de comunicação com o cuidador

3. Estratégia de comunicação com o profissional de saúde

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA

1. Estratégia de comunicação com a criança

2. Estratégia de comunicação com o cuidador

3. Estratégia de comunicação com o profissional de saúde



Referências Bibliográficas

- Andrade, K.C.S., Freitas, F. F. Q., Marques, D. K. A., Lucena, A. L. R., Costa, K. N. F. M., Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista enfermagem UFPE on-line*, 9(11), 9784-9792
- Azevêdo, A.V.S, Júnior, A.C.L, Crepaldi, M.A (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática*. 2.ª versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a: 27/11/2019
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

Referências Bibliográficas

- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-52.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II. Ordem dos Enfermeiros*
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Referências Bibliográficas

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 16660- 16665

Santos, A.C.M. (2019). Cuidar da Criança e Família em Contexto Cirúrgico: Intervenção de Enfermagem na Gestão dos Medos Vividos no Período Pré-Operatório (tese de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/29953>)

Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das Crianças dos 6-12 anos em Contexto de Urgência Pediátrica: O Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. In P., Diogo (coords). Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem. (p. 45-76). Loures: LUSODIDACTA

Vilelas, J. M. S., Diogo, P. M. J. (2014). O trabalho emocional na práxis de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35(3), 145-149

Watson, J. (2002). Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência

**APÊNDICE XXII - PLANO DE SESSÃO “CUIDAR DE CRIANÇAS
SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE
COMUNICAÇÃO QUE CONTRIBUEM PARA A GESTÃO DA
EMOCIONALIDADE”**

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO - CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade

Fundamentação:

Ao longo das últimas décadas, a par com as evoluções no ensino e no exercício da profissão de enfermagem, têm ocorrido transformações socioeconómicas e políticas no mundo, que têm resultado em mudanças na forma de encarar a saúde (Mártires, 2019). As alterações nas necessidades de cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos e o aumento da exigência dos utentes, a par com a evolução tecnológica e alterações organizacionais, conduziram a uma maior exigência de qualidade dos cuidados (Facione, Crossettic & Riegeld, 2017), exigindo que o enfermeiro se adapte às mudanças nas instituições de saúde, e consiga dar resposta às exigências dos seus utilizadores (Soares, 2004, OE, 2018).

Atualmente, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Observa-se uma crescente exigência de competências e funções dos enfermeiros, e maior valorização da sua capacidade de tomada de decisões, tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação, e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva sobre as suas práticas/experiências.

A formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho et al., 2020).

Face ao disposto no artigo 109º do estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República, 2015, p. 8080). Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da

natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (DR, 2015, p. 16662).

Assim, os momentos de formação são fundamentais, e fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere como competência do mesmo, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (DR, 2019).

Esta ação de formação surge no contexto do meu estágio de mestrado, cujo projeto tem como tema “Cuidar da criança e família no período pré-operatório”, sendo o objeto de estudo: as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório. Neste âmbito, uma vez que o meu atual contexto de estágio é a urgência pediátrica, e tendo em conta as necessidades da equipa, tornou-se pertinente a reflexão acerca das intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação com a criança submetida a procedimentos invasivos, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados nesse contexto, tentando apelar à participação dos enfermeiros tendo por base a sua experiência. Tal como refere Benner (2001), a prática/experiência acompanhada de reflexão crítica como um meio para obtenção de conhecimento, é essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, 2016). A experiência permite ao enfermeiro “melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982 citados por Benner, 2001, p. 61). Já a “Teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

A elaboração desta sessão de formação permitiu-me, refletir acerca da aplicação do modelo TEEP na prestação de cuidados neste contexto, reunir/sistematizar informação acerca dos principais medos/reacção ao stress de acordo com a faixa etária/estádio de desenvolvimento, principais intervenções/estratégias de comunicação utilizadas pela equipa para apoiar a criança na gestão das emoções associadas à realização de procedimentos invasivos, e refletir acerca do que pode ser melhorado e como melhorar.

Assim, este trabalho permitiu-me desenvolver os seguintes objetivos de estágio: **desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados globais e individualizados à criança e família** (conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família), e **desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança** (identificar as necessidades emocionais da criança inerentes à necessidade de um procedimento invasivo; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada a esses procedimentos; prestar cuidados à criança, que necessita de procedimentos invasivos, recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade).

E permitiu-me também o desenvolvimento de competências: **mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança** (comunica com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde; proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às criança e família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença); **comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento** (demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família; demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança..). (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2018).

Planeamento e Execução:

Pela realização do meu estágio no serviço de Urgência Pediátrica, constatei, através de momentos de reflexão com a enfermeira orientadora no contexto clínico, a necessidade e vontade da equipa para aprofundar conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuam para a gestão da emocionalidade da criança associada à realização de procedimentos invasivos e adequadas ao estágio de desenvolvimento, e refletir sobre a importância do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Foi então proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuam para a gestão da emocionalidade**, que irá decorrer no dia 10/03/2021 pelas 10h, via TEAMS (para acautelar as medidas de segurança que o estado de pandemia COVID-19 nos impõe).

Foi elaborado um convite para afixar no serviço (que se apresenta em seguida), e o plano de sessão, e será utilizada a folha de registo de presenças e avaliação da sessão de formação, preconizadas pela instituição.

Para a apresentação utilizei o método expositivo, através de diapositivos construídos no Microsoft PowerPoint.

Convite

Sessão de formação em serviço

CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuam para a gestão da emocionalidade

Objetivos:

- Analisar a importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP);
- Sensibilizar para os principais medos da criança de acordo com o estágio de desenvolvimento;
- Refletir sobre estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança quando submetida a procedimentos invasivos

Formadora: Enfermeira Nélia Alexandra Serafim Gonçalves

FORMAÇÃO ON-LINE: Via plataforma TEAMS

DATA E HORA: 10/03/2021 às 10h

DURAÇÃO: 60 MIN

Plano de Sessão de formação em serviço

Tema: Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuam para a gestão da emocionalidade		Local: Via TEAMS	Data/hora: 10/03/2021 às 10h	
Formador: Nélia Alexandra Serafim Gonçalves			Duração: 60 minutos	
Destinatários: Equipa de Enfermagem do serviço de Urgência Pediátrica				
<p>Objetivos Gerais: Analisar a importância do modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP); Sensibilizar para os principais medos da criança de acordo com o estágio de desenvolvimento Refletir sobre estratégias para ajudar a gerir a emocionalidade da criança quando submetida a procedimentos invasivos</p>				
Atividades / Conteúdos	Duração	Métodos e técnicas pedagógicas	Avaliação	Recursos didáticos / materiais
<p>Introdução <input type="checkbox"/> Apresentação do formador <input type="checkbox"/> Apresentação do sumário <input type="checkbox"/> Apresentação dos objetivos da sessão</p>	10 minutos	Expositivo	Diagnóstica	Computador portátil com software Office Powerpoint TEAMS
<p>Desenvolvimento Enquadramento teórico da temática Cuidar em enfermagem Trabalho emocional em enfermagem A comunicação no cuidar Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação de acordo com o estágio de desenvolvimento</p>	30 minutos	Expositivo		
<p>Conclusão Síntese Partilha de experiências e ideias Encerramento da sessão</p>	20 minutos	Ativo		

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., Osório, M. (2020). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Facione, P. A., Crossetti, M. G. O, Riegel F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. 38(3), 1-2.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, Silva, M. H., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à Concretização. Revista de Enfermagem Referência. 8(8), 27-33.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República - 1ª série, N.º 181 (16-09-2015), 8059-8105.
- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C., Castelo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. Revista Lusófona de Educação. 44, 159-172
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento nº122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 16660-16665

Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho (tese de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1302>

**APÊNDICE XXIII - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
“CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS
INVASIVOS: INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM/ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO QUE
CONTRIBUEM PARA A GESTÃO DA EMOCIONALIDADE”**

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Cuidar de Crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade

1. Apresentação do suporte audiovisual

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

2. Pertinência dos conteúdos abordados

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

3. Estrutura da apresentação

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

4. Interesse do tema abordado

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

5. Contributo para a prática profissional

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

6. Formadora

Utilização de linguagem Técnica e adequada

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

7. Formadora

Domínio do tema

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

8. Formadora

Gestão do tempo

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

9. Foi útil para a sua prestação de cuidados

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Sugestões de melhoria

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE XXIV - ÓCULOS DE RV ADQUIRIDOS



**APÊNDICE XXV - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS
NECESSIDADES FORMATIVAS NA ÁREA DO “CUIDAR DE
CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS:
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA
DOR E GESTÃO DAS EMOÇÕES NEGATIVAS”**

Estratégias não farmacológicas para gestão da dor e das emoções da criança no momento da vacinação

*Obrigatório



Emoções da criança no momento da vacinação

1. Quais considera serem as emoções mais vivenciadas pela criança no momento da vacinação

Estratégias não-farmacológicas de controlo da dor e da ansiedade utilizadas pela equipa no momento da vacinação

2. Quais as estratégias que utiliza, normalmente, na sala de vacinação?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Amamentação Sucção
- não nutritiva Soluções
- açucaras Colo
- Estimular a presença dos pais
- Método Canguru Posicionamento
- Estimulação Cutânea- Temperatura e/ou vibração- Buzzy Imaginação
- Preparação/informação
- Autoinstrução positiva Exercícios
- respiratórios
- Relaxamento muscular progressivo
- Utilização de reforços/incentivos para comportamentos adaptativos Estratégias
- de Distração

3. Se Considera que utiliza estratégias de distração, refira quais com exemplos? *

4. Sabe o que é a Realidade Virtual

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Tem conhecimento acerca da Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Alguma vez utilizou a Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

**APÊNDICE XXVI - RESPOSTAS AO FORMULÁRIO DE
AVALIAÇÃO AS NECESSIDADES FORMATIVAS NA ÁREA DO
“CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS
INVASIVOS: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O
ALÍVIO DA DOR E GESTÃO DAS EMOÇÕES NEGATIVAS”**



Estratégias não farmacológicas para gestão da dor e das emoções da criança no momento da vacinação

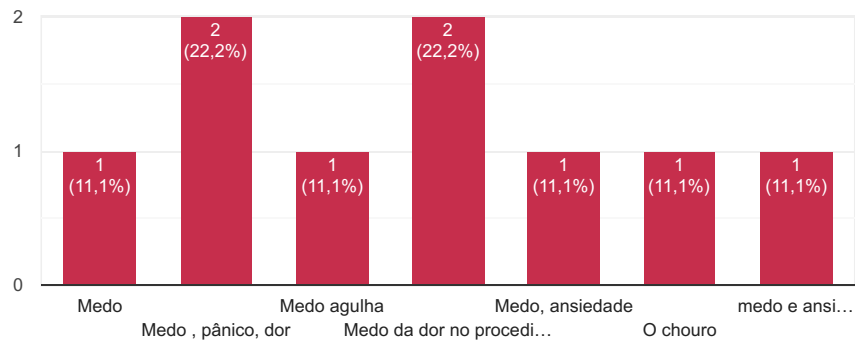
9 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Emoções da criança no momento da vacinação

Quais considera serem as emoções mais vivenciadas pela criança no momento da vacinação

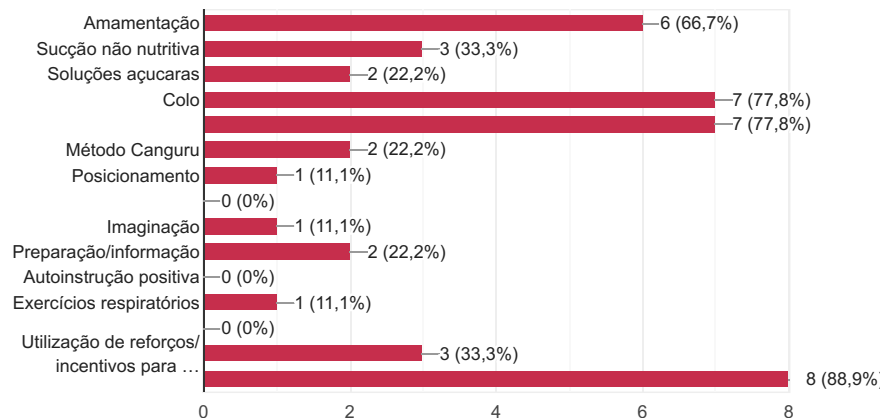
9 respostas



Estratégias não-farmacológicas de controlo da dor e da ansiedade utilizadas pela equipa no momento da vacinação

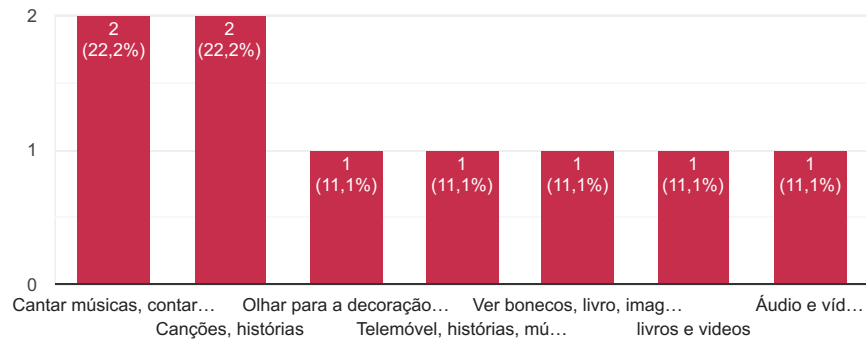
Quais as estratégias que utiliza, normalmente, na sala de vacinação?

9 respostas



Se Considera que utiliza estratégias de distração, refira quais com exemplos?

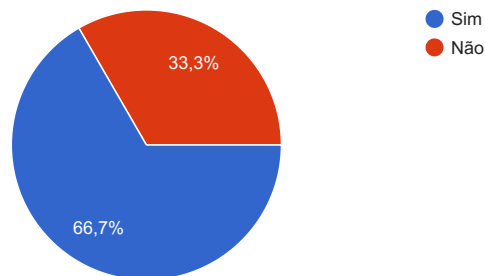
9 respostas



Realidade virtual- estratégia não farmacológica de alívio da dor e das emoções negativas

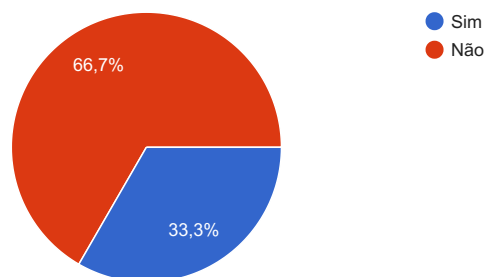
Sabe o que é a Realidade Virtual

9 respostas



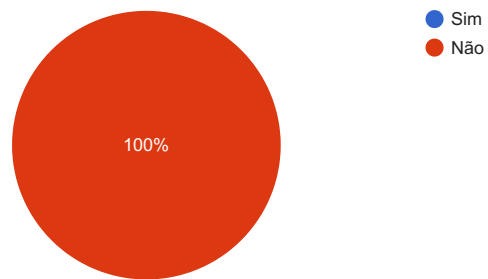
Tem conhecimento acerca da Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?

9 respostas



Alguma vez utilizou a Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?

9 respostas



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



**APÊNDICE XXVII - AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM O TEMA
“CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS
INVASIVOS: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O
ALÍVIO DA DOR E GESTÃO DAS EMOÇÕES NEGATIVAS”**

CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Estratégias não farmacológicas
para o alívio da dor e de gestão
das emoções negativas



Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e das emoções negativas associadas aos mesmos: a realidade na USF

n-9

**Emoções vivenciadas pela criança
no momento da vacinação?**

Medo- 8x

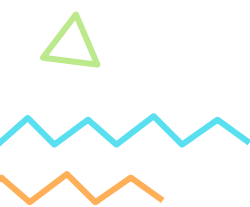
Ansiedade- 2x

Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e das emoções negativas associadas aos mesmos: a realidade na USF



n - 9

Quais as estratégias que utiliza, normalmente, na sala de vacinação?



Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e das emoções negativas associadas aos mesmos: a realidade na USF

n - 9

Se Considera que utiliza estratégias de distração, refira quais com exemplos?

Cantar/Musica- 6x

Histórias- 5x

Falar, contar – 7x

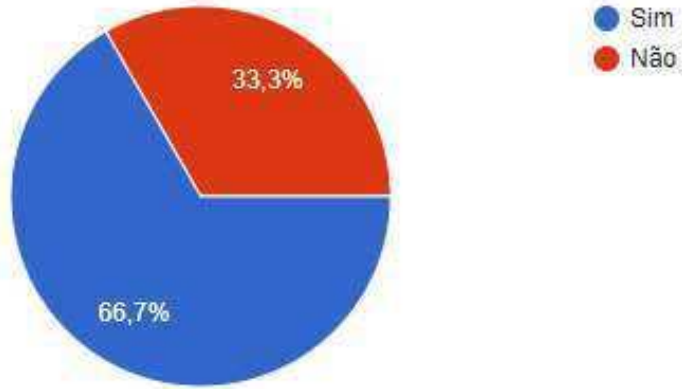
Imaginação- 4x

Telemóvel- 3x

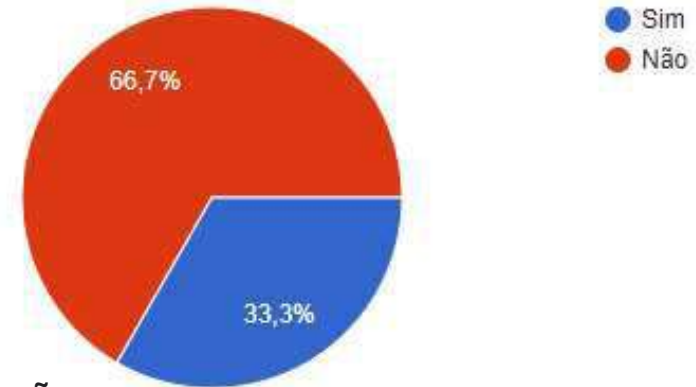
Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e das emoções negativas associadas aos mesmos: a realidade na USF

n - 9

Sabe o que é a Realidade Virtual?



Tem conhecimento acerca da Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?



Alguma vez utilizou a Realidade Virtual como estratégias não farmacológica para o alívio da dor e das emoções associadas aos procedimentos invasivos?

100% refere que não

Objetivos



Refletir sobre o Cuidar em Enfermagem
Pediátrica

Emoções associadas aos procedimentos invasivos
na criança: Importância da prestação de Cuidados
não-traumáticos

Estratégias utilizadas pelo EEESIP no controlo da dor
e da ansiedade associada aos procedimentos
invasivos, com destaque para a distração: utilização
da Realidade Virtual (RV) na sala de vacinação



A photograph of children playing with toys in a playroom. The scene is slightly blurred, focusing on the central text. A large orange circle is overlaid on the image, containing the text. There are also several white geometric shapes (triangles, circles, and zig-zags) scattered around the circle. A solid red circle is in the top left corner.

Cuidar em Pediatria

Cuidar

PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO: pessoa- ser único com variadas dimensões e indissociável do contexto, um sistema composto por subsistemas em interação permanente e sistemática

JEAN WATSON defende que o cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas pressupondo uma partilha de emoções

Enfermagem
=
CUIDAR

Modelo de sistemas de **BETTY NEUMAN:** **Cliente** é encarado como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente, exposto a stressores aos quais responde através da utilização de processos adaptativos.

Abordagem **HOLÍSTICA** no cuidar: é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas - **RELAÇÃO DE AJUDA**

Cuidar em Pediatria

Abordagem holística, ética e culturalmente sensível, sendo fundamental que a prestação de cuidados tenha como tônica a humanização.

Utente:

Criança e Família

Cuidados
Centrados
na Família

Parceria
de
cuidados

Cuidados
não
traumáticos



Cuidar em Pediatria

Os cuidados de enfermagem especializados devem ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento de doenças, considerando também as necessidades emocionais e sociais da criança, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento



Estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, inscritos na filosofia de cuidados centrados na família, privilegiando-se o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional.



Cuidar em Pediatria

Frequentemente, os cuidados de enfermagem que se prestam às crianças, geram sentimentos de ameaça, desconforto, dor e trauma.



Compete aos enfermeiros investigar e estabelecer estratégias de modo a minimizar as emoções intensas e o sofrimento emocional associadas a estas intervenções. Quando as mesmas são indispensáveis, criar condições para que sejam seguras, eficazes para atenuar o desconforto, a dor e até o medo, o stress e a ansiedade e consequentemente o trauma promovendo um cuidado não-traumático.



Cuidados não traumáticos

Cuidados terapêuticos e humanizados, que não causem dano, ou utilizem estratégias de intervenção cuja finalidade seja eliminar ou reduzir o desconforto físico e/ou psicológico das crianças e família

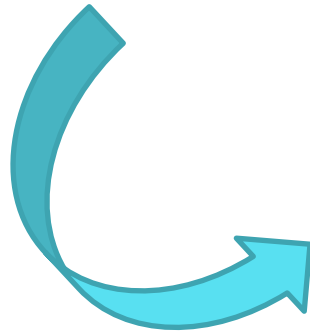
Visam estimular o controlo da criança, minimizando a sua angústia psicológica, que inclui diversas emoções como o medo, a ansiedade, a raiva, a tristeza, a decepção, a vergonha ou até a culpa

Assentes em três princípios: evitar a separação da criança e da família, promover a sensação de controlo, minimizar as intervenções invasivas e dor



Cuidados não-traumáticos

A **ansiedade**, o **medo** e a **dor** associadas a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem de saúde da criança e do jovem



Os enfermeiros são gestores emocionais através de um ambiente relacional pautado por:

- Estratégias confortantes, calmas e de lazer;
- Afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, confiança, positividade e compreensão empática

Cuidados não-traumáticos



EEESIP

“...toma como foco de atenção a dor na criança e adota as estratégias ao seu alcance para prevenir e controlar a dor em todas as situações que provoquem sofrimento sensorial e/ou emocional.

Vacinação

Vital para saúde pública

Experiência presente desde o seu nascimento

Procedimento doloroso e stressante

Causadora de estresse e ansiedade para os pais

Causando na criança sentimentos de rejeição, e comportamentos desagradáveis, tais como choro, agressão e recusa para cooperar



VACINAÇÃO



VACINAÇÃO



o medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico, reduzem a tolerância à dor e provocam uma perturbação comportamental que indica a ocorrência de sofrimento (*distress*)

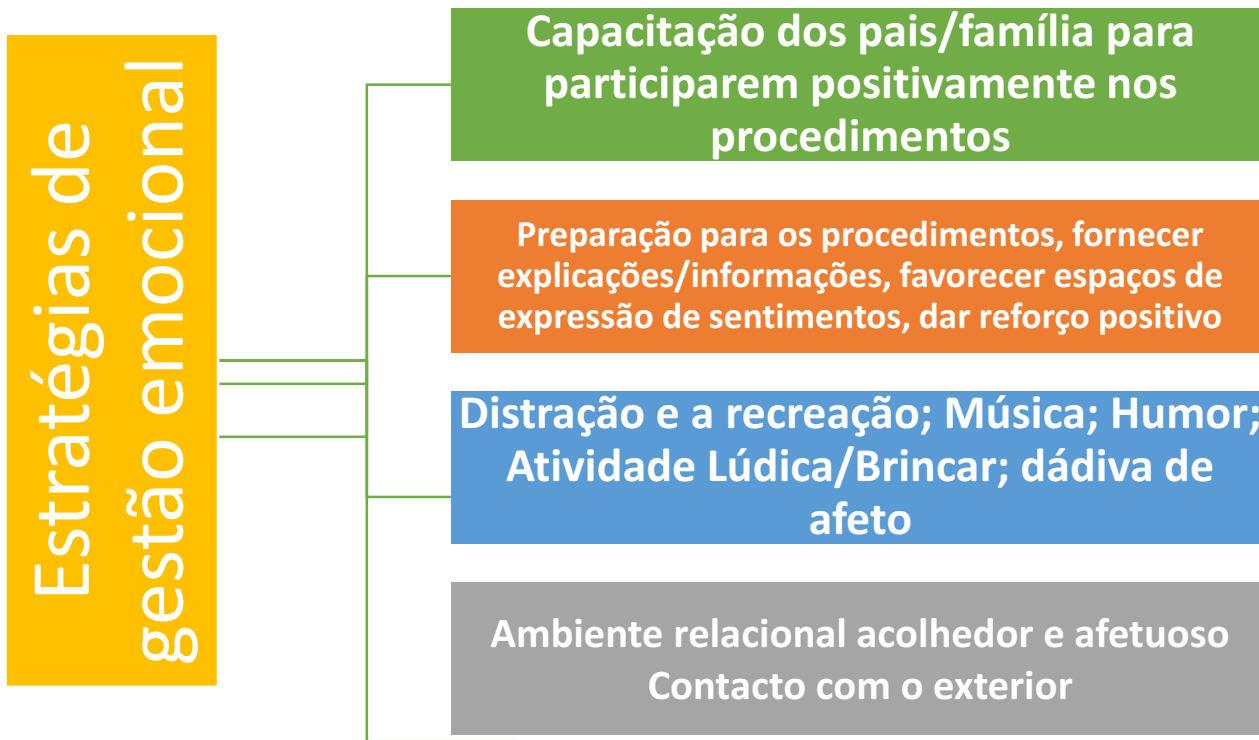
VACINAÇÃO

O enfermeiro precisa investir em alternativas que amenizassem as emoções/sentimentos negativos

Tornando-se essencial que a equipe de enfermagem procure formas de tornar a sala de vacinação um lugar lúdico e acolhedor e encontre tecnologias para reduzir o medo e a ansiedade na vacinação



Estratégias Gestão Emocional





Estratégias Gestão Emocional

Procurar que o ambiente onde ocorre o procedimento esteja em sintonia com o mundo infantil;

Manter um postura e tom de voz calmos;

Ter atenção à linguagem utilizada, deve utilizar palavras neutras, evitando linguagem que aumente a ansiedade ou promova desconfiança;

Estimular a presença e o envolvimento da criança e dos cuidadores no procedimento, com o objetivo de auxiliar a gestão do medo e do *stress*

Estratégias Gestão Emocional



- **Amamentação**
- **Ingesta de soluções açucaradas**
- **Sucção não nutritiva**
- **Manobras de distração, estimulação tátil**
- **Técnicas diferenciadas de administração da vacina**
- **Método canguru**

Estratégias Gestão Emocional



Pré-escolar

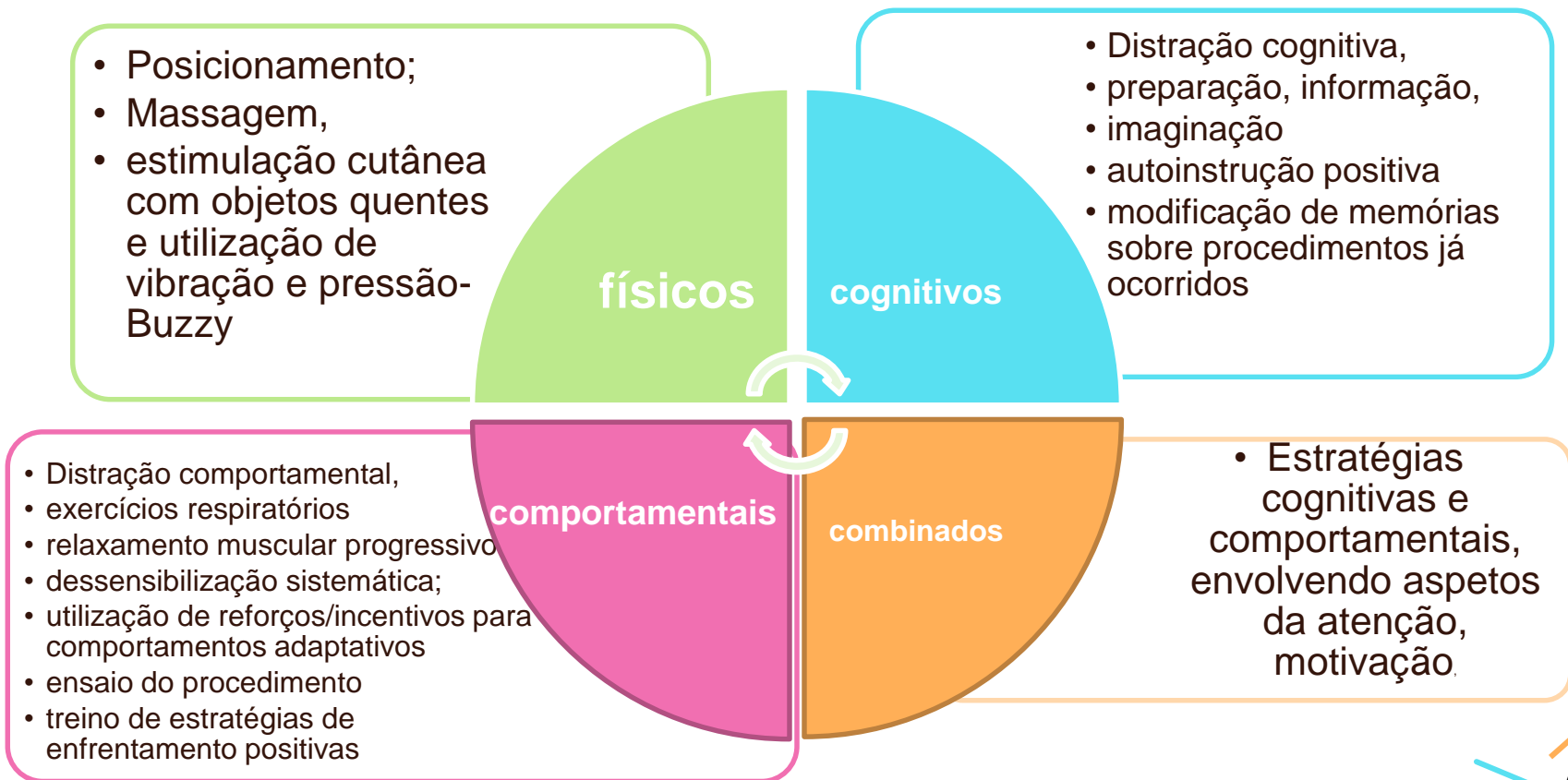
- Investir numa abordagem que encoraje a criança a verbalizar ideias e sentimentos;
- Demonstrar o uso de equipamentos,
- Afirmar que os procedimentos não são uma forma de punição
- Envolvê-la nos cuidados e fornecer opções de comportamentos, e além de tudo, nunca recriminá-la por eventual falta de cooperação

Estratégias Gestão Emocional



- Utilizar terminologia correta na explicação do procedimento,
- Permitir a manipulação de materiais e equipamentos pela criança,
- Utilizar boneco ou uma pessoa como modelo,
- Abrir espaço para questionamentos
- Obter a cooperação da criança explicando o que se espera dela
- Sugerir meios de manter o controle comportamental (respiração profunda, relaxamento, apertar a mão...)

Estratégias Gestão Emocional- Métodos



DISTRAÇÃO

Definição

Técnica cognitiva; pretende a canalização da atenção para estímulos agradáveis, exteriores à situação dolorosa



Classificação

Ativa e passiva
cognitiva e/ou
comportamental



Escolha do método

O tipo de distração deve ser selecionado individualmente em função da idade, gostos e preferências das crianças.



Realidade Virtual

Técnica de distração inovadora que utiliza um capacete/óculos, que projetam imagens, em frente dos olhos do utilizador, proporcionando-lhe uma visão tridimensional do ambiente virtual dando-lhe a sensação de agir e viver dentro desse local, em tempo real, bloqueando a visualização do ambiente real envolvente.

Possui um sistema eletromagnético que permite ao computador enviar mensagens sincronizadas com os movimentos da cabeça do utilizador. Assim, o que o utilizador vê, muda à medida que olha em redor do mundo virtual



Realidade Virtual

Os recursos de atenção da criança ficam direcionados para o ambiente virtual e retirados da experiência dolorosa

Ferreira et al. (2015), Bergomi et al. (2018), Aydin e Sahiner (2016), Birnie et al. (2018), Caprilli et al. (2012), e Sahiner e Bal (2016) verificaram em relação às crianças apresentarem menos medo, dor e ansiedade quando submetidas a técnicas de distração.



Realidade Virtual

A RV é útil como medida coadjuvante ou alternativa às medidas terapêuticas



permite reduções significativas na dor cognitiva (pensar na dor), dor afetiva (desagrado emocional) e dor sensorial (experenciada)

A RV:

- Deixa as crianças mais tranquilas e colaborativas;
- É uma técnica fácil de usar, segura, sem efeitos colaterais e com adaptabilidade a pessoas de diversas idades
- permite a diminuição da administração de analgésicos e não tem perda de efeito pelo uso contínuo



Realidade Virtual

A RV é eficaz:

- Na redução da dor provocada pelos procedimentos
- Na redução do distress provocado pelos procedimentos
- Favorece o coping (estabilidade psicológica e controlo da situação)





A Realidade Virtual como
estratégia da gestão da dor e da
ansiedade na sala da Vacinação

Realidade Virtual

Os resultados dos estudos demonstram que nas crianças que não utilizaram a RV para a vacinação, constatam-se reações como medo, raiva, fuga, agressividade, tristeza e ansiedade, enquanto nas crianças que utilizaram a RV tais reações variaram entre medo, alegria, curiosidade, confiança, euforia e sorrir

Assim observou-se que a mesma contribuiu de maneira favorável para a prática da vacinação humanizada em crianças, o que evidencia a importância de promover intervenções como a Realidade Virtual para o alívio das emoções negativas associadas ao processo de vacinação



<https://youtu.be/26-jM8STqfw>



Referências Bibliográficas



Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa. Grafisol - Artes Gráficas

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 23 de abril de 2019.

Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e Limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72

Dascal J, Reid M, IsHak WW, Spiegel B, Recacho J, Rosen B, et al. (2017). Virtual Reality and Medical Inpatients: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Innov Clin Neurosci*, 14(1-2), 14-21;

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

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





Referências Bibliográficas



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

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

Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta

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

Direção Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.

European Association for Children in hospital (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à criança





Referências Bibliográficas



Faria, H. P. C. S. (2012) *Interacção e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica* (Tese de Doutoramento em psicologia). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/7317>.

Galvão, D. M. P. G., Pedroso, R. M. C. J., Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicología*, 1 (1), 89, 98

Góis Paixão, M. J. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes Meta Análise. *Pensar Enfermagem* 14 (2), 2-18

Healthcaretoolbox. Disponível em: <https://www.healthcaretoolbox.org/patient-educationmaterials/download-print-patient-handouts.html>

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.), (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 49 –71. Loures: Lusociência.





Referências Bibliográficas



- Lei n.º 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 161/96, de 04 de Setembro. Assembleia da Republica. Diário da República I- A série (n.º 205 de 04-09-1996), 2959-2962
- Moadad, N., Kozman, K., Shahine, R., Ohanian, S., & Badr, L. K. (2015) Distraction Using the BUZZY for Children During an IV Insertion. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 64- 72. doi: 10.1016/j.pedn.2015.07.010.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Passos, M.A.S. (2018). Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do Jovem nos Processos de Saúde-Doença (tese de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/28338>).
- Pancekauskaitė, G. & Jankauskaitė, L. (2018). Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain. *Paediatric Emergency Room*, 54(6), 1-20, doi: 10.3390/medicina54060094
- Pires, C.C (2019). Utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor de lactentes submetidos à vacinação (Trabalho Conclusão do Curso de Graduação). Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202136>





Referências Bibliográficas



Sahiner, N. C., & Bal, M. D. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 277-285, doi: 10.1177/1367493515587062

Salgado, M. A., Bittencourt, I. S., Salgado, M. A., Paixão, G. P. N., Marinho, C. L. A., & Fraga, C. D. S. (2018). Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência & Saúde*, 11(3), 143-150, doi: 10.15448/1983- 652X.2018.3.29733

Santos, T. S. P. (2014). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. 3 , 149-155

Scapin, S., Echevarría-Guanilo, E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A, Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 29, 1-15

Scapin, S., Echevarría-Guanilo, E., Fuculo Junior, P. R. B., Martins, J. C., Ventura Barbosa, M., Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(6), 1361-1365.

Schmitz, S. M., Piccoli, M., Viera, C.S. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2(1), 67-73





Referências Bibliográficas



- Sedrez, E.S., Monteiro, J.K. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(4), 1-9
- Silva, R. D. M., Austregésio, S. C., Ithamar, L. & Lima, L. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93, 06-16, doi: 10.1016/j.jpmed.2016.06.005
- Souza, A. T. S., Lima, A. A. (2020). Utilização de realidade virtual em sala de vacinação pelo profissional de enfermagem: Amenizando medos e ansiedades. *Revista Revise*, 4(00), p. 1-34.
- Teles, G. L. (2019). *Efeitos da distração sobre o repertório comportamental de crianças submetidas à vacinação* (tese mestrado). Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37206>
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 16660- 16665
- Tomey, A. M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência



FIM



**APÊNDICE XXVIII - PLANO DE SESSÃO PARA A FORMAÇÃO,
COM O TEMA “CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A
PROCEDIMENTOS INVASIVOS: ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR E GESTÃO DAS
EMOÇÕES NEGATIVAS”**

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas

Fundamentação:

Ao longo das últimas décadas, a par com as evoluções no ensino e no exercício da profissão de enfermagem, têm ocorrido transformações socioeconómicas e políticas no mundo, que têm resultado em mudanças na forma de encarar a saúde (Mártires, 2019). As alterações nas necessidades de cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos e o aumento da exigência dos utentes, a par com a evolução tecnológica e alterações organizacionais, conduziram a uma maior exigência de qualidade dos cuidados (Facione, Crossettic & Riegeld, 2017), exigindo que o enfermeiro se adapte às mudanças nas instituições de saúde, e consiga dar resposta às exigências dos seus utilizadores (Soares, 2004, OE, 2018).

Atualmente, espera-se que o Enfermeiro seja um profissional crítico-reflexivo, capaz de questionar a sua prática, e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica. Observa-se uma crescente exigência de competências e funções dos enfermeiros, e maior valorização da sua capacidade de tomada de decisões, tornando-se essencial que o enfermeiro invista na sua formação, e desenvolva a sua capacidade crítica e reflexiva sobre as suas práticas/experiências.

A formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso (Hesbeen, 2001 citado por Soares, 2004), acontece ao longo da vida, num processo de crescimento pessoal, social e profissional, através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida, e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar (Carvalho et al., 2020).

Face ao disposto no artigo 109º do estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (DR, 2015, p. 8080). Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o

fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (DR, 2015, p. 16662).

Assim, os momentos de formação são fundamentais, e fazem parte das competências dos enfermeiros especialistas. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere como competência do mesmo, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (DR, 2019).

Esta ação de formação surge no contexto do meu estágio de mestrado, cujo projeto tem como tema “Cuidar da criança e família no período pré-operatório”, sendo o objeto de estudo: as intervenções de enfermagem que facilitam a gestão das emoções da criança e família no período pré-operatório. Neste âmbito, uma vez que o meu atual contexto de estágio é a urgência pediátrica, e tendo em conta as necessidades da equipa, tornou-se pertinente a reflexão acerca das intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação com a criança submetida a procedimentos invasivos, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

Ao executar a planificação da formação, procurei que a mesma se enquadrasse na realidade prática da prestação de cuidados nesse contexto, tentando apelar à participação dos enfermeiros tendo por base a sua experiência. Tal como refere Benner (2001), a prática/experiência acompanhada de reflexão crítica como um meio para obtenção de conhecimento, é essencial ao desenvolvimento profissional (Guedes, 2016). A experiência permite ao enfermeiro “melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982 citados por Benner, 2001, p. 61). Já a “Teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

A elaboração desta sessão de formação permitiu-me, refletir acerca da aplicação do modelo TEEP na prestação de cuidados neste contexto, reunir/sistematizar informação acerca dos principais medos/reacção ao stress de acordo com a faixa etária/estádio de desenvolvimento, principais intervenções/estratégias de comunicação utilizadas pela equipa para apoiar a criança na gestão das emoções associadas à realização de procedimentos invasivos, e refletir acerca do que pode ser melhorado e como melhorar.

Assim, este trabalho permitiu-me desenvolver os seguintes objetivos de estágio: **desenvolver competências de EEESIP que permitam prestar cuidados individualizados à criança e família** (conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família), e **desenvolver competências como EEESIP no âmbito da gestão emocional da criança** (identificar as necessidades emocionais da criança inerentes à necessidade de um procedimento invasivo; identificar as condições facilitadoras e inibidoras da gestão da emocionalidade associada a esses procedimentos; prestar cuidados à criança, que necessita de procedimentos invasivos, recorrendo a estratégias promotoras de uma vivência e gestão positiva da emocionalidade).

E permitiu-me também o desenvolvimento de competências: **mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança** (comunica com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde; proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às criança e família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença); **comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento** (demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família; demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança..). (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2018).

Planeamento e Execução:

Durante a realização do meu estágio, na USF, constatei, através da leitura da evidência científica e de momentos de reflexão com a enfermeira orientadora no contexto clínico, que, no contexto de cuidados de saúde primários, a vacinação é um momento associado a emocionalidade intensa, quer para as crianças quer para a

família, pelo que nos pareceu pertinente a realização de uma ação de formação acerca das estratégias não farmacológicas para alívio da dor e das emoções da criança associadas a procedimentos invasivos, em que apresento a realidade virtual como uma dessas estratégias para que possa ser implementada na sala da vacinação nesta USF. Foi então proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas**, que irá decorrer no dia 07/04/2021 pelas 12h, presencialmente, mas respeitando as regras da instituição de forma a acautelar as medidas de segurança que o estado de pandemia COVID-19 nos impõe.

Foi elaborado um formulário, através da aplicação google forms, a fim de fazer um diagnóstico de necessidades formativas e perceber, antecipadamente, a pertinência da formação.

Foi elaborado um convite para afixar no serviço (que se apresenta em seguida), e o plano de sessão, e será utilizada a folha de registo de presenças e avaliação da sessão de formação, preconizadas pela instituição.

Para a apresentação utilizei o método expositivo, através de diapositivos construídos no Microsoft PowerPoint, e ativo...promovendo momentos de reflexão e partilha de experiências com a equipa.

Convite

Sessão de Formação em Serviço

CUIDAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas

Objetivos:

- Refletir sobre o Cuidar em Enfermagem Pediátrica;
- Refletir sobre as emoções associadas aos procedimentos invasivos na criança e a importância da prestação de Cuidados não-traumáticos;
- Refletir sobre estratégias utilizadas pelo EEESIP no controlo da dor e da ansiedade associada aos procedimentos invasivos, com destaque para a distração: utilização RV na sala de vacinação

Formadora: Enfermeira Nélia Alexandra Serafim Gonçalves

FORMAÇÃO ON-LINE: USF

DATA E HORA: 07/04/2021 12h

DURAÇÃO: 60 MIN

Plano de Sessão de formação em serviço

Tema: Cuidar de crianças submetidas a procedimentos invasivos: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e gestão das emoções negativas		Local: USF	Data/hora: h	
Formador: Nélia Alexandra Serafim Gonçalves			Duração: 60 minutos	
Destinatários: Equipa de Enfermagem da USF				
Objetivos Gerais:				
<ul style="list-style-type: none"> ● Refletir sobre o Cuidar em Enfermagem Pediátrica; ● Refletir sobre as emoções associadas aos procedimentos invasivos na criança e a importância da prestação de Cuidados não-traumáticos; ● Refletir sobre estratégias utilizadas pelo EEESIP no controlo da dor e da ansiedade associada aos procedimentos invasivos, com destaque para a distração: utilização RV na sala de vacinação 				
Atividades / Conteúdos	Duração	Métodos e técnicas pedagógicas	Avaliação	Recursos didáticos / materiais
Introdução <input type="checkbox"/> Apresentação do formador <input type="checkbox"/> Apresentação do sumário <input type="checkbox"/> Apresentação dos objetivos da sessão	10 minutos	Expositivo	Diagnóstica	Computador portátil com software Office Powerpoint
Desenvolvimento Enquadramento teórico da temática Cuidar em enfermagem Cuidados não-traumáticos As emoções vividas pela criança durante os procedimentos invasivos Estratégias de controlo da dor/emoções negativas associadas aos procedimentos A RV enquanto estratégias de controlo da dor/emoções negativas associadas aos procedimentos	30 minutos	Expositivo		
Conclusão Síntese Partilha de experiências e ideias Encerramento da sessão	20 minutos	Ativo		

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., Osório, M. (2020). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Facione, P. A., Crossetti, M. G. O, Riegel F. (2017). Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. 38(3), 1-2.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, Silva, M. H., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à Concretização. Revista de Enfermagem Referência. 8(8), 27-33.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República - 1ª série, N.º 181 (16-09-2015), 8059-8105.
- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C., Castelo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. Revista Lusófona de Educação. 44, 159-172
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Porto: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento nº122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série (N.º 35 de 2011-02-18), 8648 - 8653
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª Série (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 16660-16665

Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho (tese de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/1302>

**APÊNDICE XXIX - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
FORMAÇÃO, COM O TEMA “CUIDAR DE CRIANÇAS
SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS: ESTRATÉGIAS
NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR E GESTÃO
DAS EMOÇÕES NEGATIVAS”**

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Cuidar de Crianças submetidas a procedimentos invasivos: Intervenções de enfermagem/estratégias de comunicação que contribuem para a gestão da emocionalidade

1. Apresentação do suporte audiovisual

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

2. Pertinência dos conteúdos abordados

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

3. Estrutura da apresentação

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

4. Interesse do tema abordado

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

5. Contributo para a prática profissional

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente
- Satisfaz Bom
- Muito Bom
- Excelente

6. Formadora

Utilização de linguagem Técnica e adequada

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

7. Formadora

Domínio do tema

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

8. Formadora

Gestão do tempo

Marcar apenas uma oval.

Insuficiente

Satisfaz Bom

Muito Bom

Excelente

9. Foi útil para a sua prestação de cuidados

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Sugestões de melhoria

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE XXX - RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO, COM O TEMA “CUIDAR DE
CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS INVASIVOS:
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA
DOR E GESTÃO DAS EMOÇÕES NEGATIVAS”**

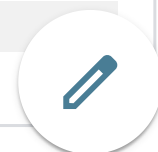
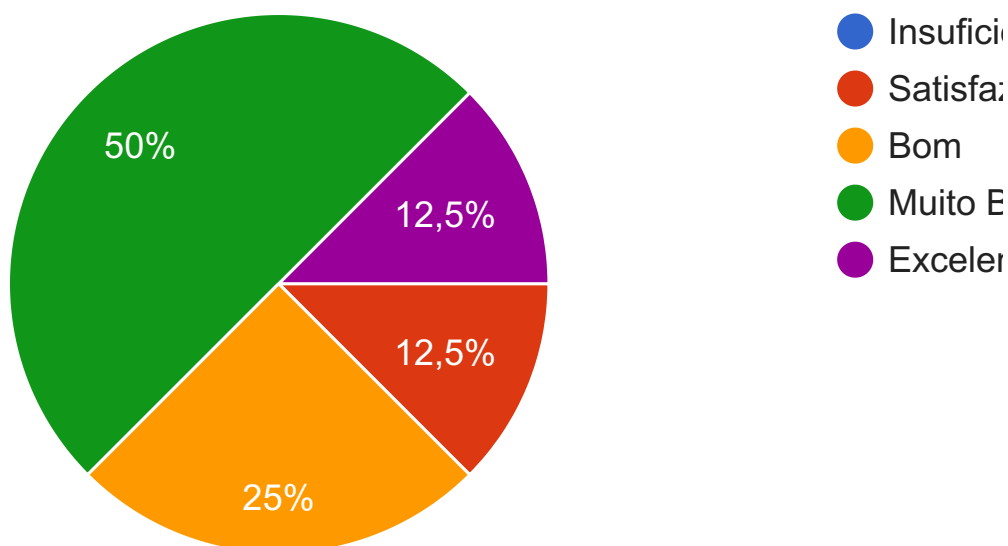
Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

8 respostas

[Publicar estatísticas](#)

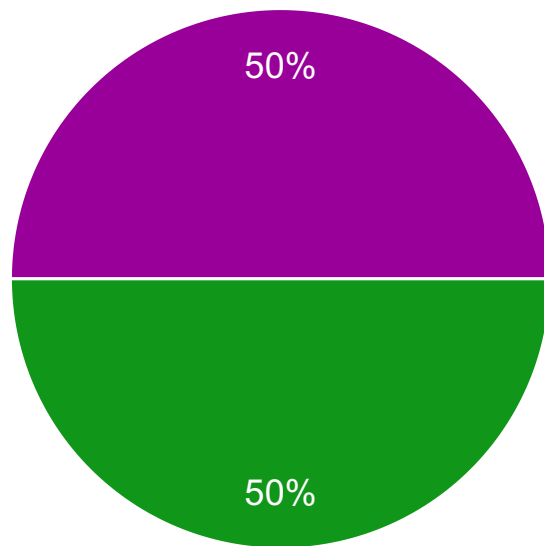
Apresentação do suporte audiovisual

8 respostas



Pertinência dos conteúdos abordados

8 respostas

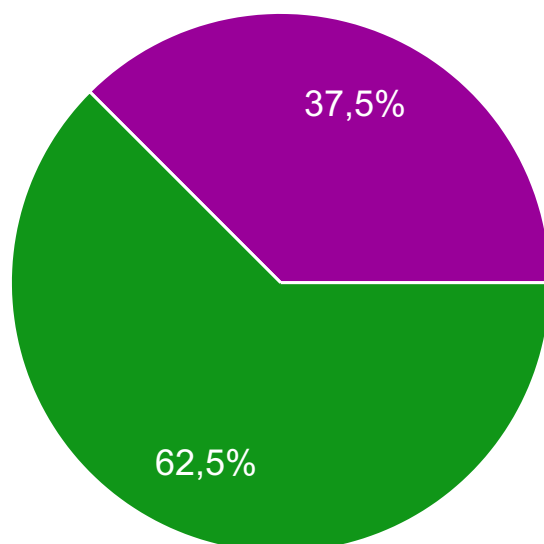


- Insuficiente
- Satisfatória
- Bom
- Muito Boa
- Excelente

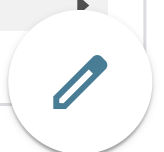


Estrutura da apresentação

8 respostas

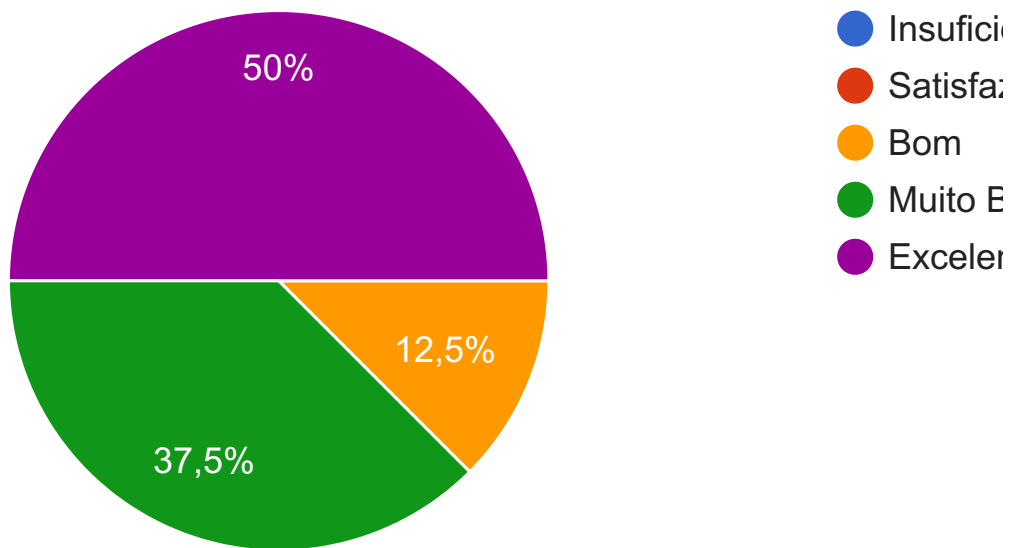


- Insuficiente
- Satisfatória
- Bom
- Muito Boa
- Excelente



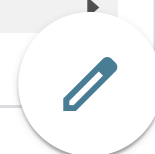
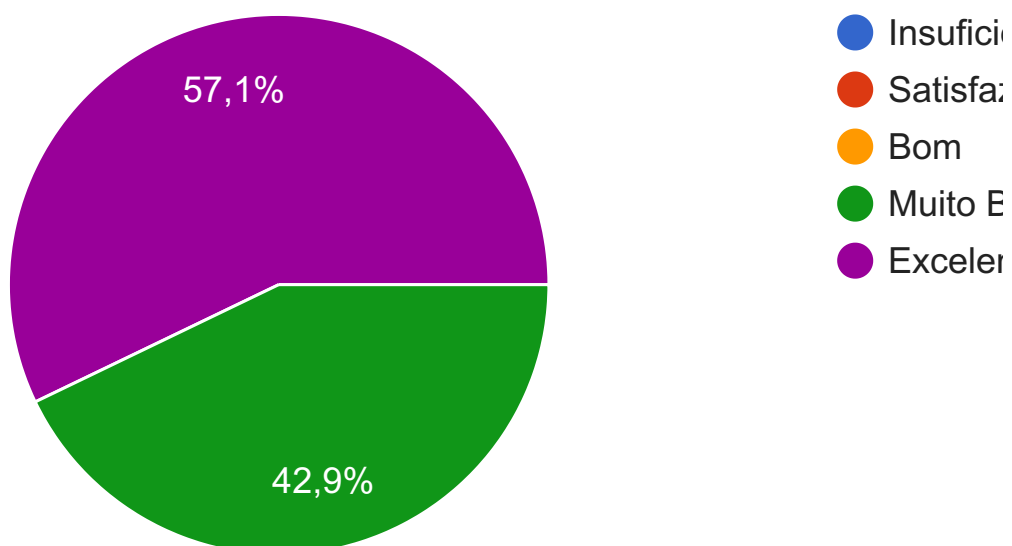
Interesse do tema abordado

8 respostas



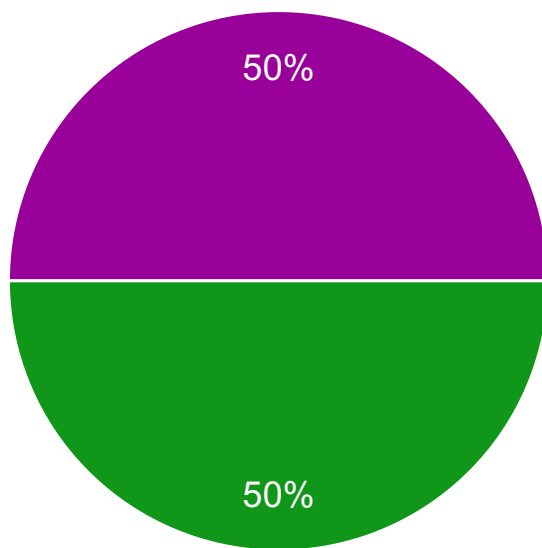
Contributo para a prática profissional

7 respostas



Formadora

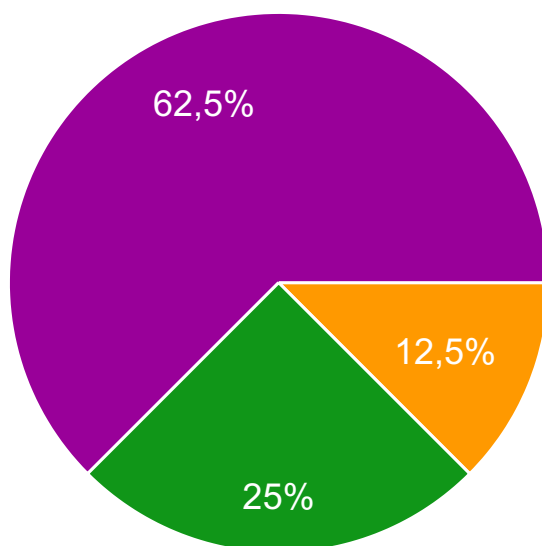
8 respostas



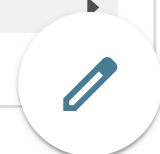
- Insufici
- Satisfa:
- Bom
- Muito E
- Exceler

Formadora

8 respostas

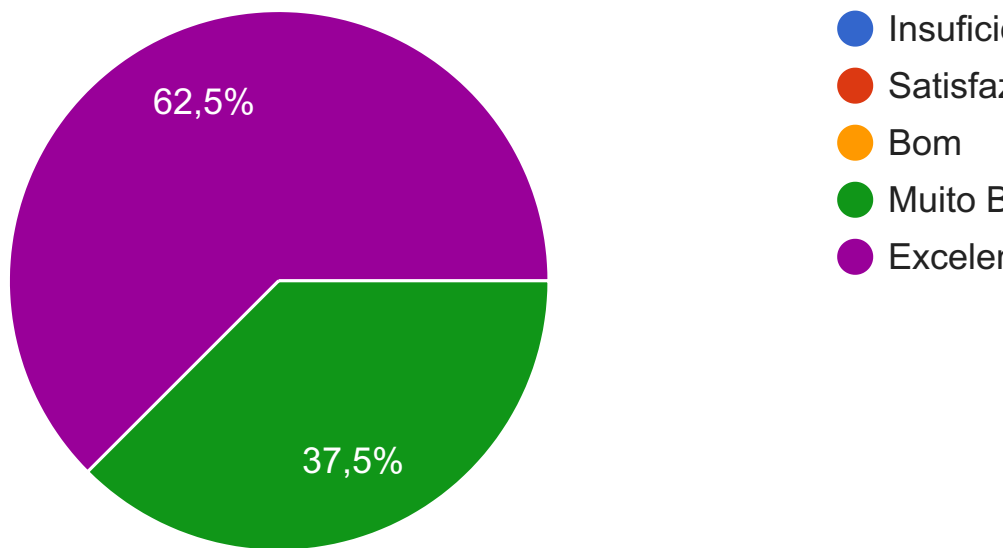


- Insufici
- Satisfa:
- Bom
- Muito E
- Exceler



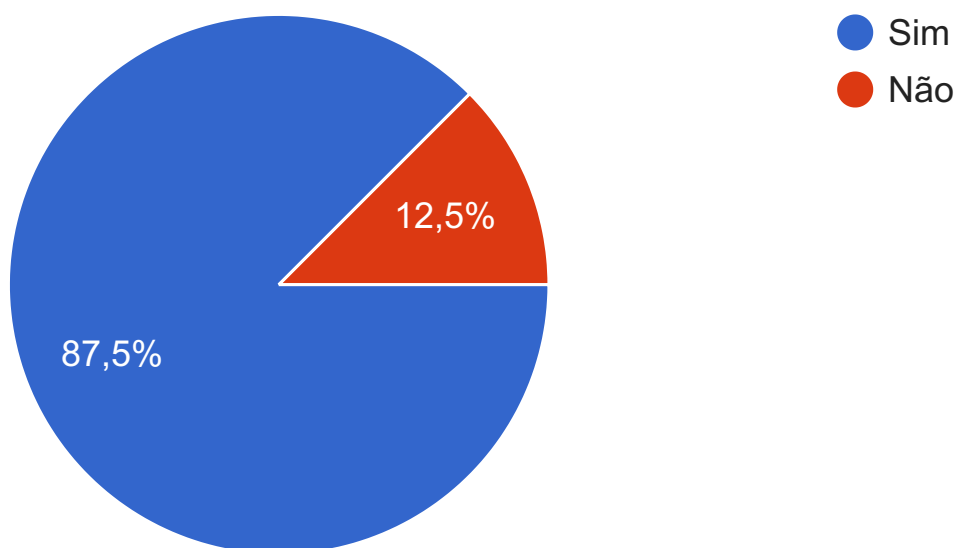
Formadora

8 respostas



Foi útil para a sua prestação de cuidados

8 respostas



Sugestões de melhoria

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



APÊNDICE XXXI – FOLHETO
“ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ NO 1.º ANO DE VIDA”

O Aleitamento Materno

- O aleitamento materno exclusivo é recomendado durante os primeiros 6 meses de vida, por ser o alimento mais adequado e completo para promover o desenvolvimento saudável do bebé



- É desejável que o aleitamento materno prossiga ao longo de todo o processo de diversificação alimentar e enquanto for desejado pela mãe e pelo lactente
- Quando a mãe não pode amamentar, o leite materno deve ser substituído por leite artificial adaptado



O leite de vaca é completamente desaconselhado antes dos 1.º ano de vida, devendo ser introduzido preferencialmente aos 2-3 anos

Diversificação Alimentar

A partir dos 4/6 meses, o bebé começa a ter maiores necessidades nutricionais e o aleitamento materno exclusivo deixa de ser adequado para proporcionar o crescimento saudável do seu bebé

A introdução gradual de novos alimentos na dieta da criança é fundamental, não só para complementar as necessidades nutricionais, como também para permitir a adaptação a novos sabores, texturas e consistências.

A ordem de introdução dos alimentos não é rígida, devendo o regime alimentar ser adaptado a cada criança

Recomendações Gerais

- Não introduzir alimentos novos com intervalos inferiores a 2-3 dias;
- Dar sempre os alimentos sólidos à colher
- Não oferecer mais do que uma papa por dia
- Não juntar papa no biberão
- Oferecer água no intervalo das refeições
- Não adicionar condimentos: sal, açúcar nem mel aos alimentos
- Oferecer as frutas separadas para o bebé começar a distinguir os sabores
- Não oferecer guloseimas (doces, chocolates, bolos, sumos...)
- Não dar mioleira nem vísceras

Conselhos de segurança

- Não alimentar o bebé deitado (risco de engasgamento);
- Não dar pedaços grandes de comida
- Não deixar a criança sozinha a comer ou com o biberão
- A Autoalimentação ou baby-led weaning não está recomendada antes dos 6 meses

De acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2019)

Abril 2021

Realizado por: Nélia Gonçalves
Aluna de Mestrado na área de especialidade de saúde infantil e pediatria
Orientada pela Enf.ª Guida Mouro



Alimentação no 1.º ano de Vida



USF

4-6 MESES


A *diversificação alimentar* não se deve iniciar antes dos 4 meses, nem adiar para depois dos 6 meses

Substituir uma refeição de leite por **SOPA DE LEGUMES**

1.^a sopa = batata + cenoura + cebola

Deverá introduzir um legume novo a cada 2-3 dias.

A sopa não deverá ter mais do que 4 ingredientes, 1 de cada grupo: *base* – batata/batata doce, chuchu, curgete, beringela; *Betacarotenos* – Cenoura, abóbora; *antioxidantes* – cebola, alho, alho francês e *vegetais folha verde* (agrião, brócolo, feijão verde...)

 NÃO DAR: espinafres, nabo, nabiça, beterraba, aipo e leguminosas

- Os legumes são triturados e reduzidos a puré
- Adicionar uma colher de chá de azeite (5-7,5 ml) no final da cozedura

1 semana após o início da sopa, substituir 2 refeições de leite por uma de **PAPA COM GLÚTEN** e uma de sopa

- Até aos 6 meses dar, de preferência papas não lácteas
- As papas lácteas devem ser sempre preparadas com água

A consistência da sopa e da papa devem ter uma textura cremosa

FRUTA

Dar como sobremesa (a seguir à sopa): maçã, pera e banana (idealmente crua, ralada ou esmagada, cozida ou assada)

Até aos 6 meses – 1 peça

Após 6 meses – 2 peças




A partir dos 6 MESES


Introduzir a **CARNE E O PEIXE**:

- Introduza na sopa, em porções de 10 gramas por dia e aumente gradualmente a quantidade até atingir a dose de cerca de 25-30 gramas
- Carne: começar pelas carnes magras – frango, peru, avestruz, borrego e coelho
- Peixe: começar por dar pescada, solha, linguado, faneca, maruca e abrótea

Distribuir de forma a realizar 4 refeições de carne por semana e 3 de peixe

 Peixes com elevado teor de gordura, como o salmão, deverão ser introduzidos só depois dos 10 meses; e o bacalhau só deve ser introduzido aos 12 meses

Pode também iniciar a introdução de outras **FRUTAS**, tais como: uvas, ameixa, melão e meloa, manga, papaia, abacate

 Não deve introduzir citrinos, kiwis, morangos, amoras e framboesas

7 MESES

Adicionar a carne ou o peixe ao arroz, batata, massa ou Couscous



9 MESES

Nesta altura deverá introduzir na alimentação:

Ovo: começar por 1/2 gema cozida durante 1 semana, 1 gema na semana seguinte, e depois o ovo inteiro até um máximo de 3 ovos por semana

O ovo substitui a carne ou o peixe numa refeição

IOGURTE NATURAL: pode oferecer o iogurte (150-200 ml) todos os dias, ao lanche, em alternativa ao leite ou à papa, pode acrescentar fruta ralada bem madura



Não adicionar açúcar nem mel

A textura dos alimentos deverá ser progressivamente menos homogénea, podendo a refeição ser dividida em:

Sopa + 2.º prato (carne/peixe ou ovo + batata/arroz branco ou massa e legumes) + fruta

LEGUMINOSAS: inicialmente, deve oferecer bem demolidas, sem casca e em pequenas porções. Introduzir feijão, ervilha, fava, lentilha e grão

10-12 MESES

10.º mês: introduzir o salmão

A partir dos 12 meses: a alimentação deve passar a ser progressivamente igual à da família.

A partir de agora já pode introduzir:

- O espinafre, o nabo, a beterraba e o aipo;
- Citrinos, morangos, kiwis, amoras, framboesas



APÊNDICE XXXII – DIVULGAÇÃO DO SITE:
[HTTPS://WWW.CORONAKIDS.PT/](https://www.coronakids.pt/), DO LIVRO “TRINKA E JOÃO
NO COMBATE AO GRANDE VÍRUS: TRINKA, JOÃO E A
COMUNIDADE TRABALHAM JUNTOS!” E FOLHETO
COMPLEMENTAR AO LIVRO: NO COMBATE AO GRANDE
VÍRUS: AS PERGUNTAS DA TRINKA E DO JOÃO

Divulgação do site: <https://www.coronakids.pt/> (incluindo o manual de primeiros socorros “emocionais” para pais e filhos), do livro “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e folheto complementar ao livro: No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João, existentes no site da health care tool box

A situação atual de pandemia COVID-19, conduz a que a criança fique mais vulnerável a sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e solidão, devido ao isolamento e afastamento de familiares e amigos e alterações nas suas rotinas diárias, observando-se repercussões emocionais e comportamentais (Freitas, Costa, Diogo & Gaíva, 2021).

A maneira como os pais transmitem e gerem as informações sobre a COVID-19 dadas aos seus filhos, pode intensificar ou ajudar a gerir os seus níveis de medo (Freitas, et al., 2021). Em confinamento, os pais são frequentemente os melhores e mais próximos recursos para as crianças procurarem ajuda. Assim, manter a comunicação com as crianças é a chave para identificar quaisquer questões físicas e psicológicas. (Pacheco, et al., 2020). Mas é muito complicado para os pais gerir a ansiedade dos seus filhos, mantê-los ocupados e seguros em casa (Freitas, et al., 2021).

É importante tentar transformar este período de pandemia, numa oportunidade de promoção da interação criativa entre os membros da família, de envolvimento em atividades familiares prazerosas que poderão promover o desenvolvimento dos seus membros (Sprang & Silman, 2013; Wang et al., 2020 citados por Almeida, Viana & Tavares, 2020), através da utilização de técnicas de comunicação criativa, tanto ao brincar e interagir com a criança, quanto ao possibilitar a comunicação dela com os seus familiares, promover a manutenção do vínculo afetivo familiar (Freitas, et al., 2021).

CoronaKids é um site lúdico-pedagógico, criado pela editora Ideias com História em parceria com a Direção Geral da Saúde, com o objetivo de informar as crianças sobre o novo coronavírus.

Neste site pode encontrar notícias todos os dias, informações úteis sobre a COVID-19, curiosidades, histórias (incluindo o manual de primeiros socorros “emocionais” para pais e filhos), jogos, vídeos e atividades para as crianças. Permite que as crianças se mantenham informadas, de uma forma divertida, ao mesmo tempo que ajuda os pais a proporcionar atividades divertidas e lúdicas aos seus filhos. Além disso, contém ainda dicas e reflexões acerca de como gerir a ansiedade e as emoções que estes tempos de pandemia despoletam nos seus filhos.

Existe também um livro: “Trinka e João no combate ao grande vírus: Trinka, João e a comunidade trabalham juntos!” e o folheto complementar ao livro: No combate ao Grande Vírus: As perguntas da Trinka e do João, existentes no site da health care tool box. Este livro e folheto ajudam os pais a explicar aos seus filhos o que é a pandemia COVID-19, e que cuidados devem ter, isto enquanto pintam e ficam envolvidos na história.

**APÊNDICE XXXIII – FOLHETO QUE COMPILA AS PRINCIPAIS
FASES/ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL
DOS 0 ATÉ AOS 18 A**



**11ºCurso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR:

Opção II: Estágio com relatório

Desenvolvimento Psicossocial

Nélia Alexandra Serafim Gonçalves n.º 898



Docente orientador: Professora Paula Diogo
Enfermeira Orientadora no Contexto: Enf.^a Cátia Aguiar



**Lisboa
2021**

INTRODUÇÃO

Desde o momento do nascimento, as crianças exibem diferenças individuais, significativas, no modo como respondem ao seu ambiente e no modo como outras pessoas, particularmente os pais, respondem às suas necessidades (Papália & Feldman, 2013).

Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento e cada caso deve ser sempre avaliado e abordado de forma individual, no entanto existem padrões comuns que é importante conhecer (Papália & Feldman, 2013).

Embora os lactente apresentem os mesmos padrões de desenvolvimento, cada um deles, muito precocemente, tem modos característicos de sentir, pensar e agir, que refletem influências inatas e ambientais e afetam a maneira como a criança responde aos outros e se adapta ao seu mundo. Cada Criança exibe uma personalidade distinta: a combinação de emoções, temperamento, pensamento e comportamento que os torna únicos, e tem, também, diferentes experiências sociais na família (Papália & Feldman, 2013).

O padrão característico de reações emocionais de uma pessoa começa a desenvolver-se durante a primeira infância, e constitui um elemento básico da personalidade. As pessoas diferem na frequência e na intensidade com que sentem uma determinada emoção, nas situações que despoletam essas emoções, nas manifestações físicas que demonstram e no modo como agem em consequência disso (Papália & Feldman, 2013). Concomitantemente, desenvolvimento da personalidade está interligado com as relações sociais; e essa combinação designa-se desenvolvimento psicossocial.

Este documento procura reunir os principais aspetos/marcos do desenvolvimento psicossocial, de acordo com os **estádios de desenvolvimento de Erikson**. O êxito em cada estágio é o desenvolvimento de uma determinada virtude, ou força. Uma solução bem-sucedida para uma crise deixa o indivíduo em boa posição para lidar com a próxima. A teoria de Erikson é importante devido a sua ênfase nas influências sociais e culturais.

Cada página corresponde a um intervalo de idades/estádio de desenvolvimento, sendo que inicialmente se aborda as principais características de cada fase e seguidamente as estratégias que a família pode adotar em cada estágio a fim de promover o desenvolvimento o mais positivo e saudável possível.

0-1 Ano/18 Meses - Confiança versus desconfiança

O primeiro e mais importante atributo a ser desenvolvido para se obter uma personalidade saudável é o sentimento de confiança básica.



- ✧ Bebés são seres comunicativos com forte desejo de interagir com os outros; recebem informações sobre seu corpo pela autoexploração. Com o início da manipulação do ambiente através dos sentidos, tomam consciência do seu corpo como distinto dos outros;
- ✧ Quando querem ou precisam de alguma coisa, choram, agitam os braços e pernas; quando se sentem sociáveis, sorriem *;
- ✧ O bebê está a desenvolver a confiança nas pessoas e nos objetos;

- ✧ Durante o **1.º mês**, ficam quietos ao som de uma voz humana ou ao colo;
- ✧ **0-3 meses**- começam a demonstrar interesse/curiosidade e sorriem frequentemente para as pessoas;
- ✧ Durante o **2.º mês**, à medida que desenvolve o reconhecimento visual, o bebê passa a sorrir aos pais;
- ✧ Aos **3 meses**, prestam atenção a sua imagem no espelho; entre **4 e 9 meses** demonstram mais interesse em imagens dos outros;
- ✧ **3-6 meses**- antecipam o que está prestes a acontecer e ficando zangados se não acontece o que previam;
- ✧ Raramente reagem negativamente a estranhos antes dos **6 meses**. No entanto entre os **9-12 meses**- podem ter medo de estranhos e ansiedade da separação dos pais;
- ✧ **6-9 meses** - jogam “jogos sociais” e tentam obter respostas dos outros. Expressam emoções mais diferenciadas, demonstrando alegria, medo e surpresa;
- ✧ Aos **12 meses** já pronuncia 2 ou 3 palavras com significado e imitam sons de animais

Neste estágio de desenvolvimento é fundamental o apego/vinculação entre pais e bebê. Quanto mais seguro o apego com um adulto atencioso, maior a probabilidade de o lactente desenvolver um bom relacionamento com os outros. A existência do sentimento de confiança básica nos pais origina a confiança no mundo, em outras pessoas e em si próprio.

Cuidados consistentes e carinhosos são essenciais para o desenvolvimento da confiança. A desconfiança ocorre quando as necessidades básicas são atendidas de

maneira inconsistente ou inadequada. A sensação de controle sobre o seu mundo aumenta quando percebem que o seu choro traz ajuda e conforto, e que o seu sorriso provoca uma reação positiva. Quando os seus apelos têm uma resposta adequada, aumenta a sensação de ligação com outras pessoas.

Se predominar a confiança, a criança desenvolve a crença de que poderá satisfazer as suas necessidades e desejos. Se predominar a desconfiança, a criança verá o mundo como hostil e imprevisível e terá dificuldade em estabelecer relacionamentos.

É essencial que a criança desenvolva um equilíbrio entre confiança, que lhe permite formar relacionamentos íntimos e desconfiança, que lhe permite proteger-se do perigo.

* **Choro** é a maneira de os bebês comunicarem as suas necessidades. Algumas pesquisas distinguiram quatro padrões de choro (Wolff, 1969):

- ✧ o choro de fome (um choro rítmico);
- ✧ o choro de raiva (rítmico, mas mais intenso e alto);
- ✧ o choro de dor (um súbito ataque de choro intenso);
- ✧ e o choro de frustração (dois ou três choros prolongados) (Wood e Gustafson, 2001).

À medida que crescem, as crianças começam a perceber o choro como uma forma de comunicação: aos 5 meses, os lactentes aprenderam a perceber as expressões dos cuidadores, e se forem ignorados primeiro choram com mais intensidade numa tentativa de obter atenção, e depois param de chorar se a tentativa não for bem-sucedida (Goldstein, Schwade & Bornstein, 2009).

Os pais não devem deixar o choro de aflição transformar-se em gritos estridentes de fúria, pois além de, depois ser mais difícil acalmar o bebê, poderá interferir na capacidade da criança controlar os seus próprios estados emocionais. A resposta rápida e sensível dos cuidadores ao choro infantil está associada a uma futura competência social e adaptação positiva. Assim, a melhor forma de agir é evitar a aflição, tornando desnecessária a tranquilização.

***Sorriso** - A forma como o bebê sorri, bem como os momentos em que o faz, mudam com o desenvolvimento.

Os primeiros sorrisos ocorrem espontaneamente logo após o nascimento, e são involuntários. Durante o segundo mês, à medida que desenvolve o reconhecimento visual, o bebê passa a sorrir mais com os estímulos visuais, como os de faces que ele conhece. Esse sorriso sinaliza a participação ativa e positiva do bebê no relacionamento.

A gargalhada é uma vocalização ligada ao sorriso que se torna mais comum entre os 4 e os 12 meses. Aos 6 meses de idade, os sorrisos do bebê refletem uma troca emocional. Dos 12 aos 15 meses, os bebês comunicam-se intencionalmente com o parceiro a respeito de objetos. O sorriso antecipatório aumenta entre os 8 e 10 meses.



1/18 Meses– 3 anos- Autonomia versus vergonha e dúvida



- ✧ Desenvolve a percepção da existência independente de si próprio, aprendida em parte como resultado dos contactos sociais e das experiências com os outros- autoconceito;
- ✧ Aprendem a identificar as várias partes do seu corpo e é capaz de usar símbolos para representar objetos;
- ✧ Começa a substituir o julgamento dos cuidadores pelo seu próprio julgamento;
- ✧ Deseja fazer coisas por si, utilizando as suas novas habilidades motoras: andar, subir e manipular; e cognitivas: Linguagem;
- ✧ Imitam atividades e comportamentos de outros;
- ✧ Torna-se um parceiro mais ativo e intencional nas interações;
- ✧ Entre **20 e 24 meses**, começam a usar os pronomes da primeira pessoa: o “eu” e “tu”;
- ✧ Os “terríveis dois anos” assinalam um desejo de autonomia- precisam ter algum controlo sobre o seu mundo e noção de que possuem novos poderes. É a fase de experimentar as suas ideias e tomar as suas decisões. Esse desejo manifesta-se na **forma de negativismo, a tendência a dizer “Não!”** só para resistir à autoridade. Esta fase, geralmente começa antes dos 2 anos, atinge o máximo aos 3 anos e meio ou 4 anos e declina por volta dos 6 anos.



Neste estágio de desenvolvimento, o desenvolvimento da autonomia está centrado na crescente capacidade de a criança controlar o seu corpo, a si própria e o ambiente. O treino do controle das necessidades fisiológicas é um passo importante em direção à autonomia e autocontrole.

Os adultos devem solicitar o cumprimento de tarefas simples e dar estímulo positivo após. A Criança adquire mais poder. Como a liberdade sem limites não é segura nem saudável, a vergonha e dúvida ocupam um lugar necessário. É essencial que os adultos estabeleçam limites apropriados. Aos **18 meses** o adulto deve ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco para que aprenda a organizar-se. Aos **2 anos** é muito importante contar histórias e dar puzzles.

O adulto não deve envergonhar a criança, nem a fazer sentir dependente em áreas nas quais é capaz de assumir o controlo. Devem tentar interpretar os sinais da criança, pois interações “sincronizadas” ajudam as crianças a adquirir habilidades comunicativas e competência social.

No que respeita à sua tendência para o desafio, através do **negativismo (o “Não”)**, os pais devem encarar as expressões de autoafirmação da criança como um esforço normal e saudável por independência e evitar excesso de conflitos.

Algumas sugestões para Lidar com “os terríveis 2 anos”: as seguintes diretrizes, baseadas na evidência científica existente, podem ajudar os pais das crianças a desencorajar o negativismo e incentivar o comportamento socialmente aceite:

- ✓ Seja flexível. Conheça os ritmos naturais da criança, o que ela gosta e o que não gosta;
- ✓ Imagine-se como um porto seguro, com limites seguros, a partir do qual a criança pode descobrir o mundo e ao qual ela pode retomar em busca de apoio;
- ✓ Faça do lar um ambiente favorável à criança. Ofereça objetos resistentes que ela possa explorar com segurança;
- ✓ Evite a punição física. Geralmente é ineficaz e pode até levar a criança a ficar mais agitada;
- ✓ Ofereça uma opção- mesmo que seja limitada- para dar à criança algum controlo. (exemplo: “preferes tomar banho agora ou depois de ler o livro?”);
- ✓ Seja coerente ao fazer cumprir o que é necessário;
- ✓ Só interrompa uma atividade se for absolutamente necessário. Procure esperar até que a atenção da criança se tenha desviado. Se tiver de interromper, avise antes (exemplo: Daqui a 5 minutos vamos almoçar);
- ✓ Sugira atividades alternativas quando o comportamento se tornar censurável;
- ✓ Sugira, não ordene. Ao fazer uma declaração do que deve ser feito, faça-o com sorrisos ou abraços, e não com críticas, ameaças ou coerção física;
- ✓ Associe as declarações do que deve ser feito a atividades agradáveis (exemplo: “é hora de parar de brincar para poderes ir à loja com a mãe”);
- ✓ Lembre a criança do que quer (exemplo: “quando formos ao parque, não quero que andes no escorrega grande);
- ✓ Espere um pouco antes de repetir a afirmação do que deve ser feito quando a criança não obedecer imediatamente;
- ✓ Faça uma “pausa” para encerrar conflitos. De um modo não punitivo, retire a criança ou a si mesma de uma situação;
- ✓ Espere menos autocontrole em períodos de stress;
- ✓ Será mais difícil para a criança cumprir os seus “deveres” do que deixar de fazer o que é “proibido”. (exemplo: “Arruma o teu quarto” exige mais esforço do que “não deixes o quarto desarrumado”);
- ✓ Mantenha um ambiente o mais tranquilo possível. Faça o seu filho querer cooperar.



3–6 Anos- Iniciativa versus culpa



- ✧ Comportamento caracterizado pela iniciativa; e forte imaginação. Desejo de planejar e executar atividades;
- ✧ Desenvolve a consciência, a noção do que é aprovado socialmente; do bom e mau, e quando fazem algo que não correspondem ao bom/objetivos dos adultos sentem culpa;
- ✧ Mantém forte tendência para a imitação dos adultos e assimila valores e crenças dos seus pais;
- ✧ O brincar torna-se mais imaginativo, mais elaborado e, geralmente, mais social;
- ✧ A criança passa a perceber a integralidade do seu corpo (órgãos internos e funções) e descobre a genitália: as diferenças entre os sexos passam a ser importantes;
- ✧ Aumenta a importância dada às outras crianças;
- ✧ Falam sobre seus sentimentos e conseguem identificar os sentimentos dos outros associando-os a experiências e desejos;
- ✧ As emoções autodirigidas, como culpa, vergonha e orgulho, normalmente desenvolvem-se ao final dos **3 anos**.

Este estágio marca uma divisão entre duas partes da personalidade: a parte que permanece criança, marcada pela exuberância e ansiedade por experimentar coisas, e a parte que se está a tornar adulta, que analisa as suas ações. Crianças que aprendem a equilibrar as duas vertentes desenvolvem a coragem de tentar atingir metas sem serem inibidas pela culpa ou pelo medo da punição.

O brincar é importante para o desenvolvimento saudável da criança: Físico, cognitivo e psicológico. As crianças estimulam os sentidos, exercitam os músculos, coordenam a visão com o movimento, obtêm domínio sobre os seus corpos, tomam decisões e adquirem novas habilidades. Ele permite que as crianças se relacionem com o mundo, usem a sua imaginação, solucionem problemas e preparem-se para o papel de adulto.

As crianças precisam de muito tempo para brincadeiras exploratórias livres. Evitar expor excessivamente as crianças a vídeos e brinquedos pedagógicos, pois essas atividades podem ser benéficas, mas não devem interferir no brincar dirigido à criança.



6–12 anos- Industriosidade versus inferioridade



- ✧ Precisa sentir-se competente, capaz de dominar certas habilidades e realizar tarefas. Deseja envolver-se em tarefas e atividades que pode executar até ao seu término;
- ✧ O sentimento de inferioridade em comparação com as outras, podem fazê-la retrair-se para o seio protetor da família;
- ✧ Aprende a competir e a cooperar com outras pessoas e aprende as regras;
- ✧ Por volta dos **7/8 anos**, têm consciência de que sentem vergonha e orgulho, e distinguem a culpa e a vergonha.
- ✧ Aprendem o que as deixa com medo ou tristes, e como as outras pessoas reagem à expressão dessas emoções, e aprendem a comportar-se de acordo com as situações;
- ✧ Os colegas assumem importância fundamental;
- ✧ Adota características, crenças, atitudes, valores e comportamentos do progenitor do mesmo sexo;
- ✧ Desenvolve a constância de género: percebe que o seu comportamento ou roupas não afetarão o seu género.
- ✧ Tornando-se conscientes das diferenças no tamanho e configuração do corpo;
- ✧ São altamente influenciadas pelas normas culturais da sociedade, pressões sociais e modas. Tornam-se mais preocupadas com os aspetos da autocrítica e da autoavaliação.

Os pais têm grande influência nas crenças de uma criança sobre competência. Quando os pais respondem com desaprovação ou punição, emoções como raiva e medo podem tornar-se mais intensas e prejudicar o ajustamento social da criança ou fazer com que se torne reservada ou ansiosa em relação aos sentimentos negativos.

À medida que a criança se aproxima do início da adolescência, a intolerância parental com as emoções negativas poderá intensificar o conflito entre pais e filhos.

Os pais devem estar despidos para que crianças cujos corpos se desviam da norma poderão frequentemente ser criticadas ou ridicularizadas.

12–18 anos- Identidade versus confusão de papéis

- ✧ O adolescente está face a um conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia crescente, mudanças a nível físico, cognitivo e social. Estas mudanças integram desafios e confrontos com o mundo que o rodeia, essencialmente com os pais e outros adultos.
- ✧ Ensaiam-se novas reflexões, tomadas de decisão e condutas, que até então não tinham sido tentadas, envolvendo, por vezes, alguma forma de risco.
- ✧ A confiança prévia que elas tinham no seu corpo fica abalada, e ficam evidentemente preocupadas com a forma com que se mostram aos olhos dos outros, em comparação com seu próprio autoconceito.
- ✧ Esforçam-se para encaixar os papéis que desempenhavam e os que esperam desempenhar, com as regras e modas vigentes adotadas por seus colegas;
- ✧ Desejam integrar seus conceitos e valores com os da sociedade;



Os pais devem escutar o adolescente, e evitar julgamentos negativos acerca do que estão a verbalizar; e devem estar muito alertas para qualquer alteração do comportamento do seu filho.

Como lidar com os riscos a que os adolescentes se submetem? o risco pode ser encarado de duas formas: o que gera prejuízo, com repercussões negativas no estado de saúde e danos; e o que cria oportunidades, em que os comportamentos podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, desenvolvimento de autonomia e construção de novas interdependências; tornando-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psicoafetivo e para a socialização.

Dificuldades em vivenciar este estágio de desenvolvimento podem resultar em confusão de papéis. Mas a vivência positiva do mesmo resulta no desenvolvimento da fidelidade aos outros e aos seus valores e ideologias, tornando-se num indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume 1, n.º3 série I. Ordem dos Enfermeiros
- Papália, D. E, Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.ª edição). Porto Alegre: Artmed

**APÊNDICE XXXIV – PARTICIPAÇÃO COMO PRELETORA NO 2.º
WEBINAR EMOÇÕES EM SAÚDE COM O TEMA “TRABALHO EM
OCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE
COVID-19”**



2.º WEBINAR

EMOÇÕES EM SAÚDE - UI&DE/ESEL

16 DEZEMBRO | 15h00 - 17h00

TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA EM TEMPOS DE COVID-19

Em diversos contextos de cuidados:

- Neonatologia
- Cardiologia Pediátrica
- Consulta de Saúde Infantil



Cardiologia Pediátrica

População-alvo, desde recém-nascidos e crianças com diagnóstico de doença cardíaca congénita ou adquirida, até adultos com diagnóstico de doença cardíaca congénita com necessidade de hospitalização na Cardiologia Pediátrica

Encaminhados dos mais variados locais: Centro de Saúde, outros hospitais/consultas/maternidades, provenientes de toda a região de Portugal Continental e Ilhas.

Lotação de 8
crianças

16 enfermeiros

Método de Trabalho
é o individual



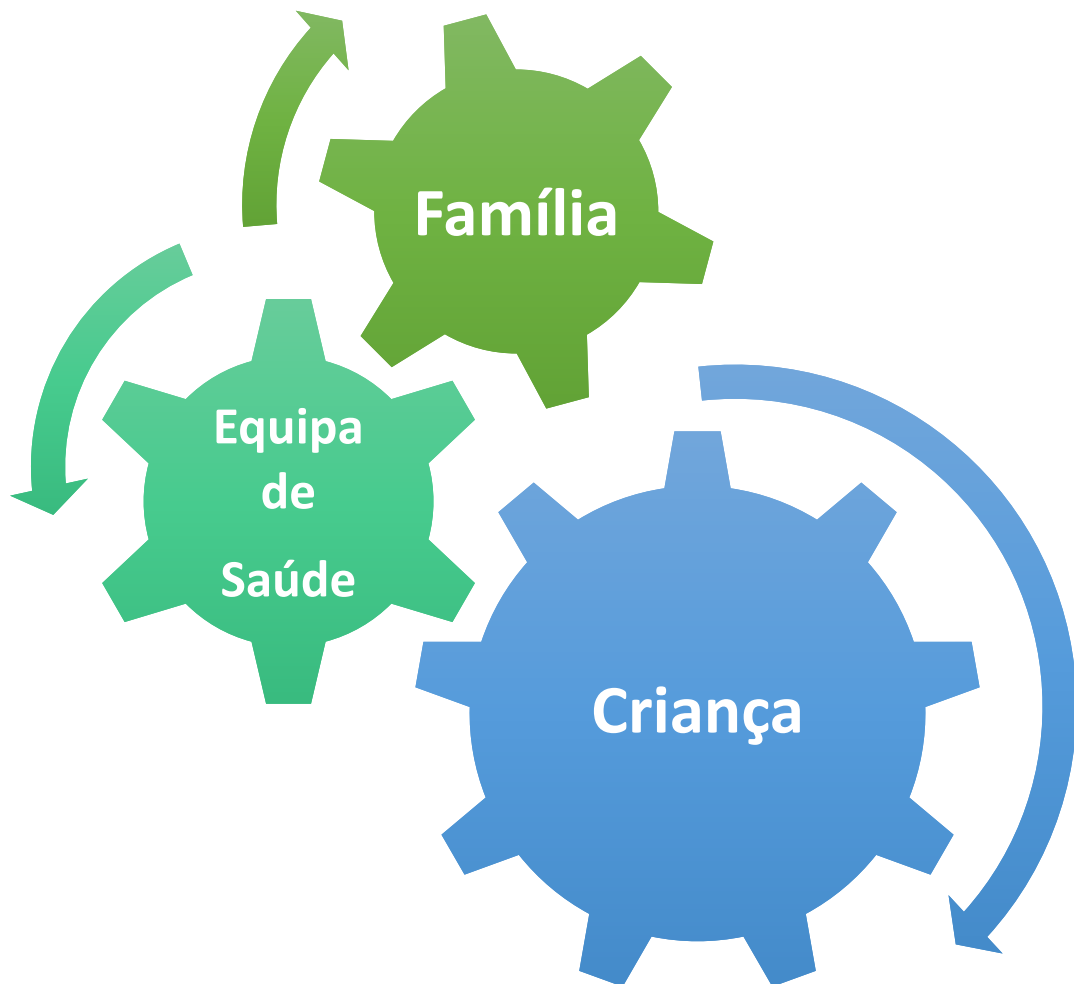
PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO: pessoa- ser único com variadas dimensões e indissociável do contexto, um sistema composto por sub-sistemas em interação permanente e sistemática

JEAN WATSON defende que o cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas pressupondo uma partilha de emoções

Enfermagem
=
CUIDAR

Modelo de sistemas de **BETTY NEUMAN:** Cliente é encarado como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente, exposto a stressores aos quais responde através da utilização de processos adaptativos.

Abordagem **HOLÍSTICA** no cuidar: é essencial que os enfermeiros reconheçam as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas - **RELAÇÃO DE AJUDA**



Cuidados
Centrados na
Família

Parceria
De
Cuidados

Cuidados
Não
Traumáticos



A equipa promove uma prestação de cuidados centrada na família, uma relação igualitária, e Incentiva a presença e permanência dos pais no serviço, e a partilha de informação com a família, promovendo a sua colaboração nos cuidados à criança, e participação nos processos de tomada de decisão.



Política
de
Visitas

Garantido a presença de um dos pais/cuidador 24h/dia (acompanhante);

o outro cuidador pode permanecer entre as 9h-21h, e as restantes visitas, duas de cada vez, entre as 14-15h e as 17-19h.

O acompanhante é estimulado a pernoitar no serviço, sempre que tenha condições de saúde/psico-emocionais e familiares

Pós Pandemia
Covid-19

Apenas é possível a presença de 1 acompanhante, após teste de Covid-19 negativo

Não são permitidas mais visitas

Não é permitida troca com o outro progenitor, a não ser exceccionalmente, com autorização da equipa multidisciplinar



Trabalho Emocional em Enfermagem



através da:
relação de
ajuda/terapêutica;
intervenções
personalizadas e
adequada a cada
situação



Alterar as emoções do cliente, atitudes e comportamentos, modificando “... estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar...” de modo a que estes se transformem numa experiência não perturbadora (que minimiza o sofrimento) ou com resultados de enfermagem positivos para as pessoas cuidadas (Diogo 2015, 2017), contribuindo para que alcancem um melhor controlo da situação, o bem-estar global



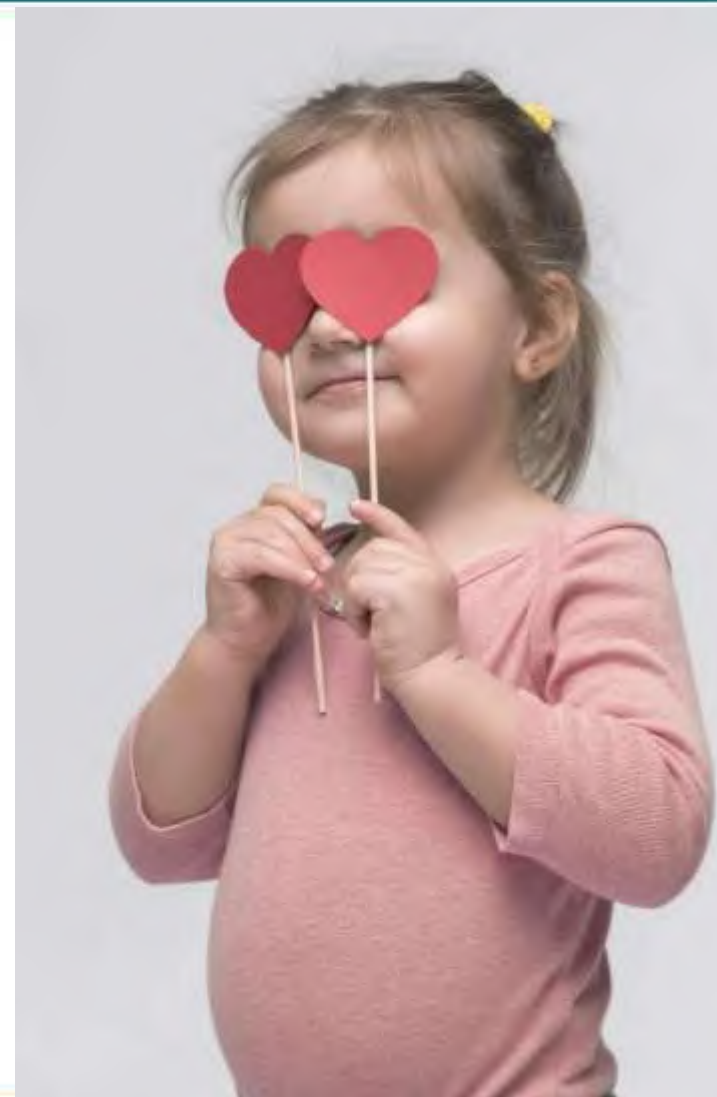
MODELO TEEP: Orientação para a prática de cuidados de enfermagem em pediatria, no que se refere à gestão da emocionalidade da criança e família, associada a situações de cuidados, bem como dos enfermeiros, contribuindo para transformar essas experiências stressantes e potencialmente traumáticas em momentos positivos e de crescimento pessoal, através da prestação de cuidados holísticos e humanizados, que promovem a compreensão do indivíduo e a relação terapêutica enfermeiro-utente

(Diogo, 2019)



**Promover
ambiente
seguro e
afetuoso**

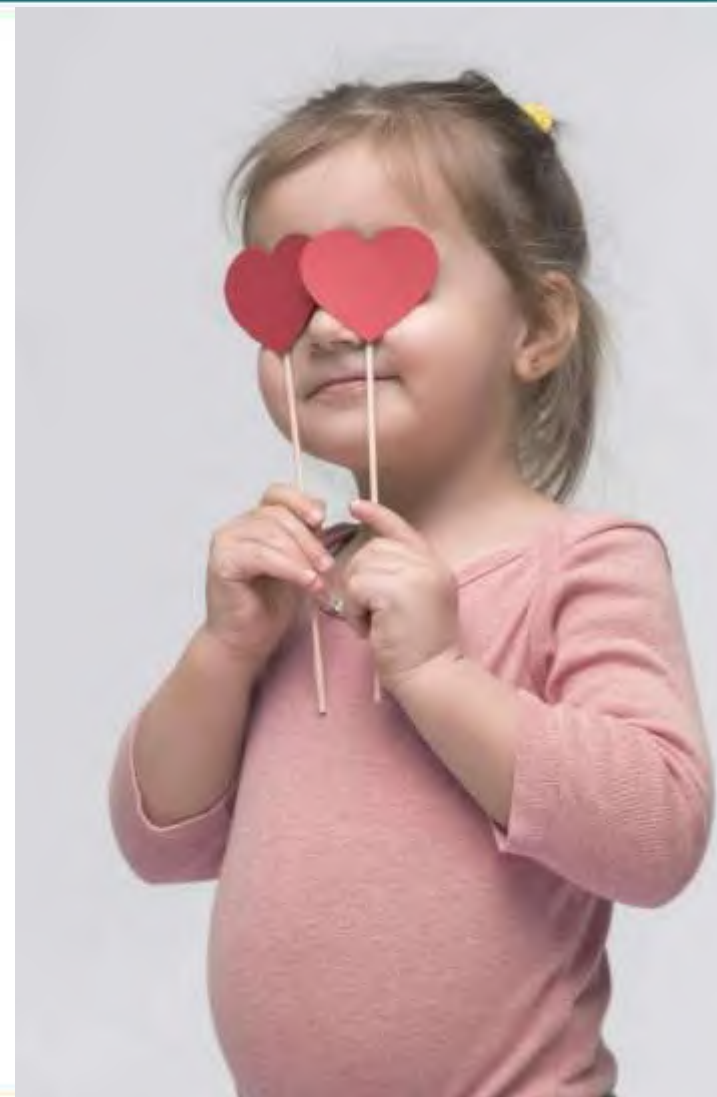
Acolhimento
Cumprimentar
Expressar afeto
Sintonia com o mundo infantil
Tornar o ambiente familiar
(fotografias, relação entre
profissionais...)





Nutrir os Cuidados com afeto

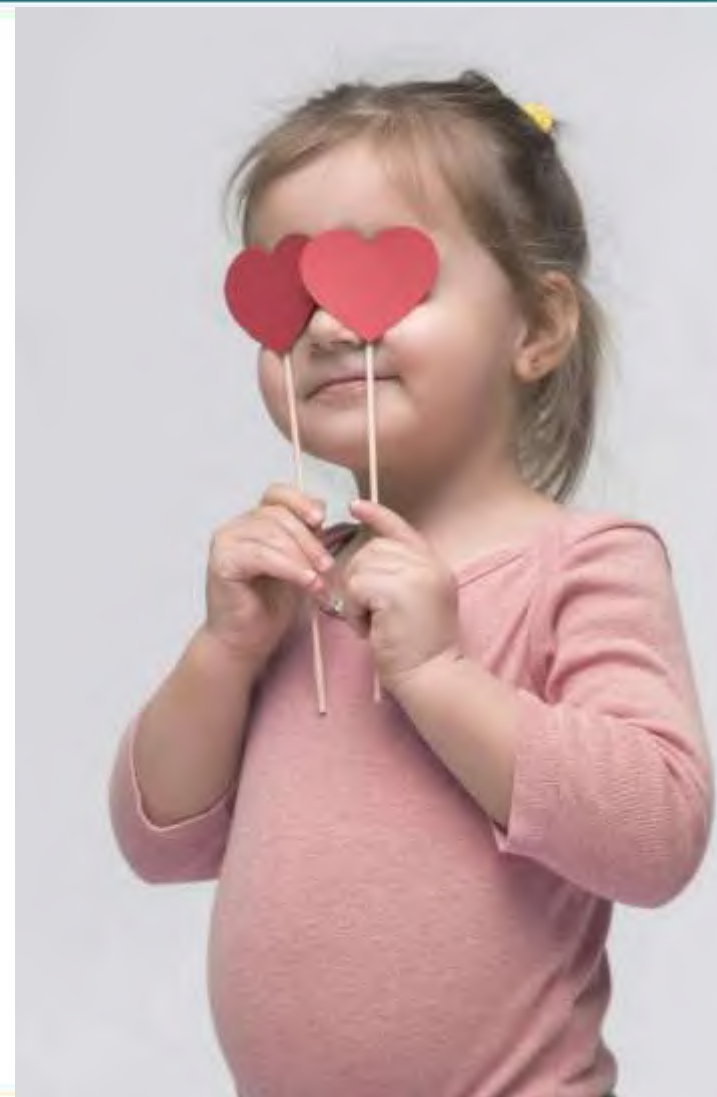
Sorriso
Tom de voz calmo
Falar animado
Expressões de Carinho
Olhar Meigo
Dar Colo





Facilitar a Gestão das emoções dos clientes

Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade;
Preparar para procedimentos - CIRURGIA; Fornecer
explicações/informações; esclarecer dúvidas;
Favorecer a expressão de sentimentos; fomentar a
esperança;
Dar reforço positivo; Distração





Visita Pré-operatória

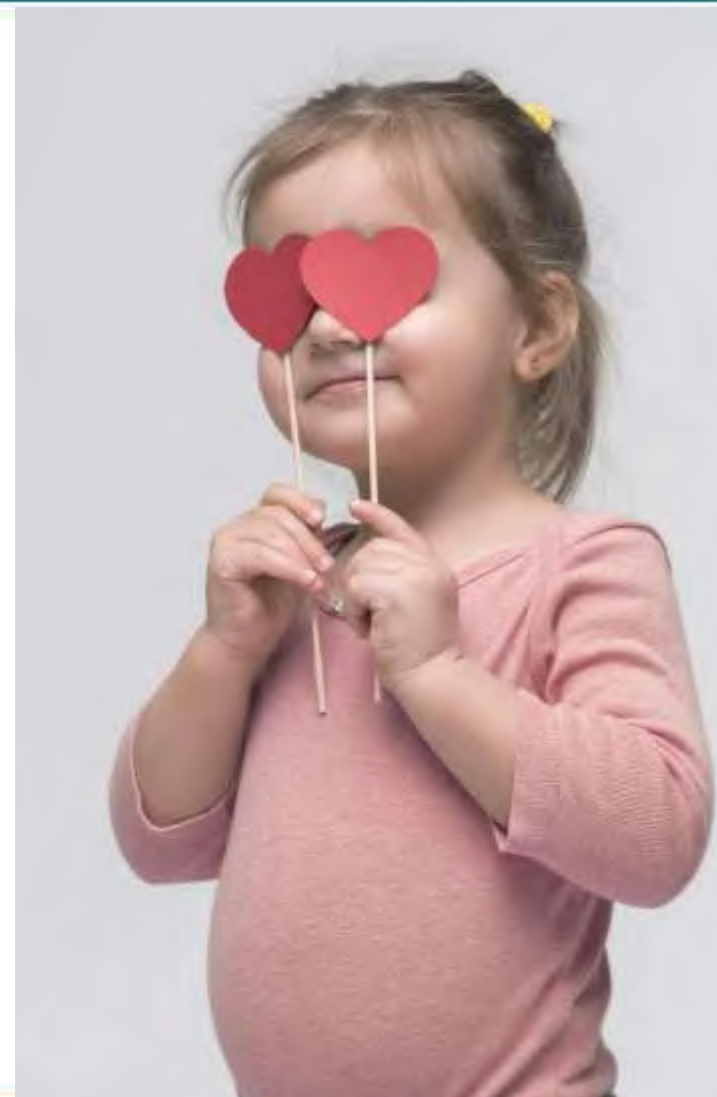
Visita à UCI

Acompanhamento
dos pais até ao BO



Construir a estabilidade na relação

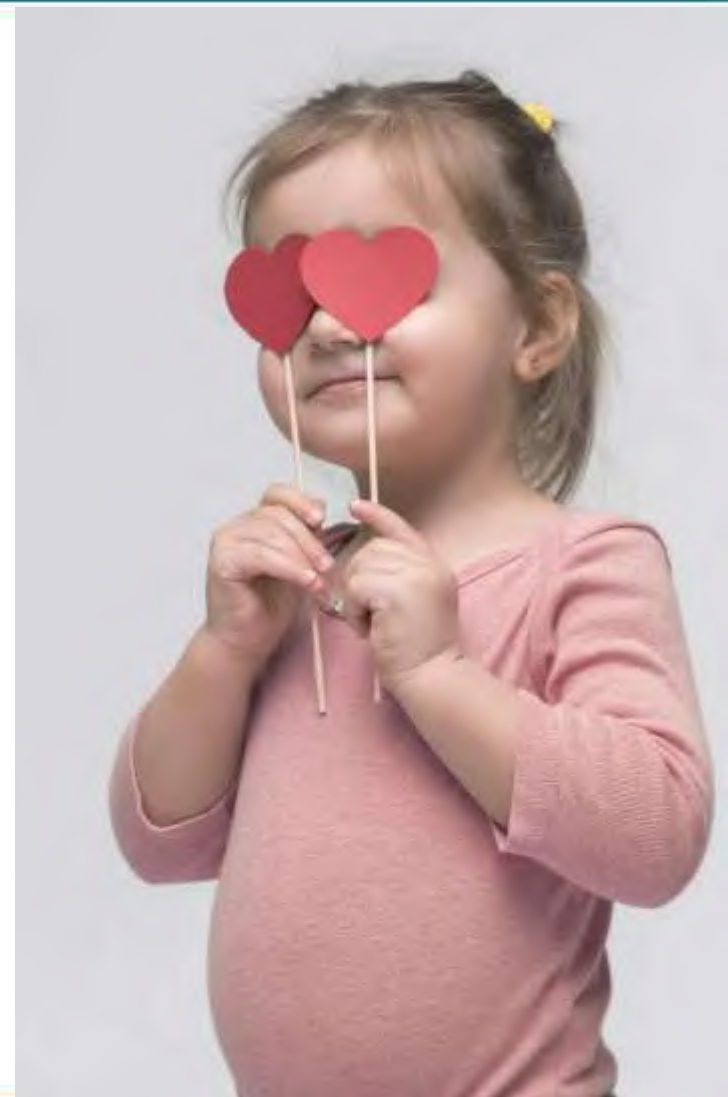
- Envolvimento emocional: Proximidade, ligação afetiva e confiança
- Gestão de episódios conflituosos: Calma, dar oportunidade à expressão de sentimentos; não fazer julgamentos de valor
- Equilíbrio de poderes/parceria de cuidados





Regular a disposição emocional para cuidar

Analisar as experiências,
partilhar o que sentem e
tentar compreender as reações do
cliente, para atenuar positivamente
algumas possíveis falhas e não se deixar
afetar mantendo-se conectado e
disponível para relação terapêutica
enfermeiro-cliente.



Grupo dinamizado por duas das colegas na qual os pais, dos meninos internados ou que já tiveram alta, podem reunir-se mensalmente e em vários eventos promovidos pelo grupo

Durante a Pandemia Covid-19 as reuniões têm ocorrido via ZOOM





- Estratégias/Projetos para melhorar





- Estratégias/Projetos para melhorar





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. 2.ª ed. Loures: Lusodidacta
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-52.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47
- Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2017). Desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico: a função de suporte do enfermeiro supervisor. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 149-194). Loures: Lusodidacta
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática. 2.^a versão revista. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista consultado a:
- Diogo, P., Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40



Fim

