



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Relatório Final de Estágio

Maria Inês de Lemos Lopes

Coimbra, julho de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Relatório Final de Estágio

**A perda do filho saudável: intervenções de enfermagem facilitadoras da
adaptação parental no processo de luto.**

Maria Inês de Lemos Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica.

Coimbra, julho de 2024

PENSAMENTO

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Augusta, que onde quer que esteja, estará orgulhosa...

AGRADECIMENTOS

Um dia aprendi que o sucesso começa com um sonho. Esse sonho transforma-se num objetivo. O objetivo revela-se disciplina. A disciplina vira persistência. E através da persistência conquista-se o sucesso.

Neste sentido, todas as palavras serão insuficientes para expressar o meu carinho e agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste caminho, que culminará na futura aquisição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Fica aqui um agradecimento especial...

...à minha mãe Leonor, ao meu irmão Pedro, ao meu avô António e ao meu pai Carlos por acreditarem sempre em mim!

...ao meu namorado João pelo carinho e paciência!

...às minhas queridas amigas e colegas Mariana e Rita por estarem sempre presentes e pelo espírito de entreajuda e equipa que desde cedo partilhámos... Sem elas não seria possível!

... à Professora Lurdes Lomba, pela disponibilidade e orientação.

...às Enfermeiras Tutoras pelo acolhimento, partilha e compreensão.

RESUMO

Com a finalidade de obter o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi elaborado o presente relatório de estágio. Os objetivos são descrever o percurso clínico, refletir criticamente sobre o desenvolvimento pessoal e profissional, explanar o aperfeiçoamento e a aquisição de competências especializadas, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, e ainda demonstrar a aquisição de competências investigativas em enfermagem.

Na primeira parte do relatório é apresentada a descrição, sistematização, análise e reflexão do processo de aprendizagem ao longo dos três diferentes contextos do estágio final, dos quais advém o desenvolvimento e aquisição das competências especializadas. E na segunda parte, apresenta-se o estudo qualitativo do tipo descritivo observacional elaborado, cujos objetivos são conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no apoio aos pais pela perda do filho saudável e, verificar e identificar, à luz da evidência científica atual, as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável que implementam.

Dos resultados do estudo surgiram três áreas temáticas: as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no apoio aos pais em luto pela perda do filho saudável; as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável; e oportunidades de melhoria. Relativamente às dificuldades, a maioria dos enfermeiros refere aquelas relacionadas com características individuais e com o contexto em que trabalham. Todos os enfermeiros referiram as estratégias comunicacionais como intervenções implementadas para promover a adaptação parental no processo de luto. Alguns enfermeiros consideram a sua presença e disponibilidade essenciais e mais de metade referem a promoção da esperança como intervenção fundamental. Estes resultados permitem concluir que os enfermeiros implementam intervenções adequadas para facilitar a adaptação parental no processo de luto, como as estratégias comunicacionais e a promoção da esperança, e reconhecem que têm inúmeras dificuldades que poderão vir a ser superadas.

Em suma, o percurso formativo levou à aquisição do conjunto de competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros necessárias à obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Luto; Perda; Pais; Processo Saúde-Doença.

ABSTRACT

In order to obtain the title of Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics Nursing, this internship report was prepared. The objectives are to describe the clinical path, critically reflect on personal and professional development, explain the improvement and acquisition of specialized skills, through a descriptive and reflective methodology, and also demonstrate the acquisition of investigative skills in nursing.

The first part of the report presents the description, systematization, analysis and reflection of the learning process throughout the three different contexts of the final stage, which comes from the development and acquisition of specialized skills. And in the second part, the qualitative study of the elaborate observational descriptive type is presented, whose objectives are to understand the difficulties experienced by nurses in supporting parents due to the loss of a healthy child and, to verify and identify, in light of current scientific evidence, the guidelines nursing facilitators of parental adaptation in the grieving process for the loss of a healthy child that they implement.

Three thematic areas emerged from the study results: the difficulties experienced by nurses in supporting parents grieving the loss of a healthy child; nursing disciplines that facilitate parental adaptation in the grieving process for the loss of a healthy child; and opportunities for improvement. Regarding difficulties, most nurses mention those related to individual characteristics and the context in which they work. All nurses mentioned communication strategies as innovative interventions to promote parental adaptation in the grieving process. Some nurses consider their presence and availability essential and more than half refer to the promotion of hope as a fundamental intervention. These results allow us to conclude that nurses implemented specific instructions to facilitate parental adaptation in the struggle process, such as communication strategies and the promotion of hope, and release that they have numerous difficulties that could be overcome.

In short, the training path led to the acquisition of the set of specialized skills defined by the Ordem dos Enfermeiros attributed to the appointment of the title of Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

Key Words: Nursing care; Pediatric nursing; Grief; Loss; Parents; Health-disease process.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento materno

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCC – Doença crónica complexa

EE – Enfermeiro/a Especialista(s)

EEESIP – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

FINE – *Family Infant Neurodevelopmental Education*

LM – Leite materno

MC – Método Canguru

NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido

PCR – Paragem cardiorespiratória

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido de pré-termo

RNT – Recém-nascido de termo

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação não invasiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dificuldades sentidas pelos enfermeiros	63
Tabela 2 – Intervenções de enfermagem facilitadoras	64
Tabela 3 – Oportunidades de melhoria	65

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	12
1.COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE DESENVOLVIDAS	13
1.1.O EMERGIR DA TEMÁTICA DE INTERESSE	17
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	19
2.1.CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	19
2.1.1.Serviço de Urgência Pediátrica	19
2.1.2.Unidade de Saúde Familiar	20
2.1.3.Neonatologia	21
2.2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	23
2.2.1.Desenvolvimento de Competências Específicas	23
2.2.1.1.Relacionadas com o Contexto de Cuidados Diferenciados.....	23
2.2.1.2.Relacionadas com o Contexto de Comunidade	32
2.2.1.3.Relacionadas com o Contexto de Neonatologia	38
2.2.2.Desenvolvimento de Competências Comuns	53
PARTE II – INVESTIGAÇÃO – A PERDA DO FILHO SAUDÁVEL: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FACILITADORAS DA ADAPTAÇÃO PARENTAL NO PROCESSO DE LUTO	56
1.INTRODUÇÃO	57
2. METODOLOGIA	61
3.RESULTADOS	63
4.DISSCUSSÃO	67
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folheto Informativo – Prevenção de Acidentes na Infância

APÊNDICE 2 – Projeto de Estágio Final

APÊNDICE 3 – Guia de Preparação para a Consulta de Saúde Infantil

APÊNDICE 4 – Folheto Informativo – Perturbações do Sono na Infância

APÊNDICE 5 – Projeto de Estudo

APÊNDICE 6 – Guião de Entrevista

APÊNDICE 7 – Declaração de Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

O percurso clínico efetuado na formação conducente à Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP) está repleto de experiências. A vivência dessas experiências contribui para a aprendizagem, a construção e o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e relacionais específicas da área.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final com Relatório, inserida no I Curso de Mestrado em ESIP, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), com a finalidade de obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), apresenta-se o presente relatório de estágio.

O relatório final de estágio é um instrumento fundamental na avaliação do processo conducente à especialização em Enfermagem, pois através da sua elaboração, o futuro Enfermeiro Especialista (EE) tem a oportunidade de fazer uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada sobre do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, analisando de forma pormenorizada e fundamentada as experiências e atividades desenvolvidas ao longo do estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

De acordo com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O EEESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família e encara este binómio como beneficiário dos seus cuidados em todas as situações. Trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e sua família, e proporciona educação para a saúde através de recursos de apoio identificados. O seu desempenho torna-se evidente na prestação de cuidados de nível avançado, em que age com segurança e competência, de modo a garantir a satisfação da criança e família. Assim, o perfil de competências específicas do EEESIP integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências especializadas (Regulamento nº 422/2018, 2018).

O EEESIP orienta a sua prática pela filosofia dos Cuidados Centrados na Família, com base num Modelo de Parceria de Cuidados, e na filosofia dos Cuidados Atraumáticos. O enfermeiro recorre ao pensamento crítico e processo de enfermagem para identificar as necessidades da criança e família e adequar a sua resposta.

A elaboração deste documento foi levada a cabo através de uma metodologia descritiva e reflexiva, aliada à sistematização e análise das experiências vivenciadas, atividades realizadas e competências adquiridas, especialmente as competências específicas do

EEESIP. Com a elaboração do presente relatório pretendo descrever o percurso formativo realizado, refletir criticamente sobre o desenvolvimento pessoal e profissional; explicar o aperfeiçoamento e a aquisição de competências especializadas do EEESIP, e ainda demonstrar a aquisição de competências investigativas em enfermagem.

Este documento é constituído pela presente introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento tem duas partes. A primeira parte, designada por estágio de natureza profissional, divide-se em dois capítulos. No primeiro capítulo faço uma breve descrição e reflexão sobre as competências previamente desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional e dos primeiros estágios do percurso formativo referentes à Unidade Curricular de Gestão de Cuidados à Criança Doente e à sua família e à Unidade Curricular de Gestão de Cuidados a Crianças com Distúrbios Emocionais e do Comportamento. No subcapítulo do primeiro identifico a área de Enfermagem de particular interesse, que provém das experiências referidas no primeiro capítulo, clarificando a temática através da explicação dos conceitos e da sua pertinência para a investigação. Relativamente ao segundo capítulo, designado por estágio final, representa a descrição, sistematização, análise e reflexão do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas. Tem um subcapítulo que se divide em dois, as competências específicas e as competências comuns. A segunda parte, designada por investigação, corresponde à componente de investigação realizada dentro da área de especial interesse descrita no primeiro capítulo. No final do documento apresento a conclusão, as referências bibliográficas e o conjunto de apêndices.

Para a realização do presente relatório final de estágio cumpro as normas recomendadas pelo Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (Conselho Pedagógico, 2023) e pelo Guia para a Realização de Citações de Texto e Referências Bibliográficas baseado na norma da *American Psychological Association 7ª Edição* (Centro de Documentação e Informação, 2023), ambos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Hoje, a Enfermagem é uma profissão e disciplina científica autónoma que apresenta uma área de atuação e de investigação próprias. No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, é importante que o futuro EE abarque as dinâmicas próprias da sua intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2021), dinâmicas essas que diferem das práticas generalistas, nomeadamente através da aplicação na prática de competências avançadas e técnicas (educação especializada, procedimentos complexos e autonomia profissional); do trabalho em equipa interdisciplinar (comunicação com diferentes profissionais, orientação de equipas com menos experiência e colaboração na criação de protocolos de cuidados); do cuidado centrado no cliente e na sua família; do confronto com dilemas éticos e com a tomada de decisão, respeitando o compromisso ético para com a profissão; da liderança e gestão; e ainda, através do aperfeiçoamento contínuo da prática e da busca do autoconhecimento enquanto pessoa e EE.

A Ordem dos Enfermeiros (2021) clarifica que a realização de estágio de natureza profissional permite que o processo de aprendizagem ocorra ao longo da prestação de cuidados em diferentes contextos, facilitando o seu essencial desenvolvimento e a consolidação de conhecimentos. Considera ainda o estágio como componente central na transição de Enfermeiro para EE, bem como a materialização do relatório com a síntese crítica da organização, estruturação e atividades que incorporaram o processo conducente à especialização, integrado numa componente de investigação.

A realização de estágio de natureza profissional e a elaboração do correspondente relatório de estágio é a forma que melhor permite alcançar os objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao EE (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Defini como objetivos gerais do estágio: mobilizar conhecimentos e habilidades na área de ESIP; desenvolver um projeto de estágio orientado por objetivos direcionados à proficiência no juízo clínico, planeamento, decisão e intervenção em situações complexas nos diferentes contextos; demonstrar capacidade de compreensão e resolução de problemas em novas situações; elaborar o presente relatório final; utilizar um discurso próprio da disciplina de Enfermagem; discutir os resultados e comunicar os conhecimentos e conclusões que emergem de ambas as componentes do relatório de estágio, de forma clara e com rigor científico.

1. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE DESENVOLVIDAS

Desde que sou enfermeira que idealizei exercer a profissão em contexto de pediatria. O meu percurso profissional, na área da ESIP, teve início em 2021 num serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, e atualmente é onde desenvolvo o exercício da profissão. A prática diária cativou-me e motivou-me a cuidar cada vez melhor da criança e família. Para melhorar esse cuidado decidi aprofundar os meus conhecimentos na área da ESIP e dar um passo em frente no meu percurso e formação profissional. Assim, em 2022, decidi ingressar num novo desafio, a especialização em ESIP.

O contexto em que exerço a minha profissão tem-me proporcionado oportunidades e experiências que constituíram um aspeto facilitador neste meu processo de aprendizagem e de aquisição de competências enquanto futura EEESIP, nomeadamente no domínio da competência especializada “cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento nº422/2018, 2018).

O caminho do desenvolvimento de competências especializadas iniciou-se durante o segundo semestre do curso, durante os primeiros estágios, inseridos na UC de Gestão de Cuidados à Criança Doente e sua Família e na UC de Gestão de Cuidados a Crianças com Distúrbios do Comportamento e Especialmente Vulneráveis.

O primeiro estágio decorreu num Serviço de Oncologia de um Hospital Pediátrico, tendo a duração de oito semanas, com início a 02/05/2023 e fim a 23/06/2023. O segundo estágio decorreu numa Unidade de Intervenção Precoce (UIP) e teve a duração de três semanas, com início a 26/06/2023 e fim a 14/07/2023.

O serviço de Oncologia, onde realizei o estágio, orienta e coordena a investigação e terapêutica, de forma interdisciplinar, das crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, com cancro ou suspeita de cancro. Existe o apoio de todas as especialidades e áreas diferenciadas da Pediatria. É um serviço que cumpre todos os Padrões Europeus de Cuidados às Crianças com Cancro, à exceção do transplante de medula óssea. No entanto, neste serviço, quando necessário, é cumprido o plano terapêutico prévio e posterior a este transplante. Para além disso, o serviço de Oncologia colabora também com o Centro de Referência em Onco-Oftalmologia na orientação terapêutica das crianças com retinoblastoma. Adota uma política de promoção do aleitamento materno, da alimentação saudável e da prática de exercício físico; promoção do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e a sua adequação em situação de doença oncológica; prevenção da morte súbita do lactente; prevenção de acidentes; e prevenção e controlo do tabagismo.

A área de internamento deste serviço é composta por 15 camas, das quais cinco correspondem a quarto individual e as restantes a cinco enfermarias de duas camas. A equipa

de enfermagem é composta por 27 enfermeiros, 10 dos quais especialistas. Destes 27, cinco trabalham no Hospital de Dia de Oncologia. A equipa médica é composta por sete médicos pediatras, quatro em formação para a subespecialidade em Oncologia Pediátrica, três Assistentes Graduados e quatro Assistentes Hospitalares. Da equipa multidisciplinar ainda fazem parte duas assistentes técnicas, seis assistentes operacionais, três educadoras e uma assistente social, bem como professores que garantem a manutenção da escolaridade da criança internada sempre que possível.

Como centro de referência inserido num hospital central, recebe crianças de diferentes faixas etárias e ocorre uma grande diversidade cultural nas famílias que ficam internadas. Isto exige dos enfermeiros, que cuidam destas crianças, estratégias comunicacionais adaptadas ao estadio de desenvolvimento e à cultura familiar, para que seja possível acolher a criança/família no serviço, explicando as normas, a doença, os tratamentos, os procedimentos necessários, bem como a comunicação de más notícias. Este estágio foi o ponto de partida da minha performance enquanto EESIP. Tive particular atenção a áreas como a gestão do bem-estar da criança e família e a resposta à complexidade da doença oncológica, nomeadamente às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Aprendi que o EESIP, de acordo com as suas competências, deve ter uma sensibilidade maior para comunicar com a criança e família de forma apropriada.

Ao longo do estágio recorri a diversos tipos de comunicação e técnicas comunicacionais adaptados à faixa etária, ao estadio do desenvolvimento e ao contexto. Recorri à comunicação verbal, utilizando linguagem simples e tom de voz agradável; à comunicação não verbal (contacto visual, gestos e expressões adequados, evitando posturas intimidadoras); à utilização de recursos lúdicos, como brincadeiras, jogos, histórias e desenhos; à escuta ativa; ao respeito pelo tempo e espaço da criança; e envolvi os pais nos cuidados de forma a facilitar a comunicação. Assim demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família, estabelecendo relação empática e respeitando as suas crenças e cultura.

A prevenção e o controlo da dor são fundamentais para o bem-estar da criança e família. Os momentos de avaliação da dor da criança foram reveladores de alguma dificuldade para mim. As estratégias que utilizei para enfrentar esta dificuldade foram a leitura de evidência científica e a reflexão diária na ação com a enfermeira tutora. Através destas estratégias, ao longo do estágio fui capaz de realizar a história de dor da criança, avaliar a dor de forma adequada e implementar medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo da dor da criança. Tive várias oportunidades de participar na preparação da criança para vários procedimentos invasivos e dolorosos, como a realização de medulograma, punção lombar, administração de quimioterapia intratecal, colocação de cateter venoso periférico e troca de agulha e execução

de tratamento ao local de inserção do cateter venoso central, onde realizei sempre a prevenção e controlo da dor. Foi notório ao longo do estágio que, de uma maneira geral, há dificuldades na avaliação da dor. Existe efetivamente uma preocupação com a gestão da dor, mas não se aplicam as escalas mais adequadas para a avaliação da sua intensidade. Nem sempre é feita recolha de informação da história de dor da criança de forma completa por parte dos enfermeiros. Este facto é, de acordo com a minha experiência profissional, transversal a muitos serviços, e seria possível de resolver se os enfermeiros tivessem mais formação nesta área.

Neste estágio aprofundi os meus conhecimentos sobre a prevenção e o tratamento da dor, constituindo um marco importante para a minha ação especializada, mudando a minha perspetiva e tornando-me mais competente para fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família, otimizando as respostas ficando mais perto de alcançar a competência especializada de “cuidar da criança nas situações de especial complexidade”. Aprendi que a Escala Visual Analógica é a escala de autoavaliação eleita como “padrão de ouro” e os princípios metodológicos a respeitar na sua avaliação são a apresentação na vertical, a definição de extremidades durante a explicação, a utilização de termos neutros sem referência ao passado ou à imaginação, assegurar a compreensão e perguntar à criança se tem dor no momento atual. A utilização vertical evita a associação com o sentido da escrita e a ausência de números evita a memorização (Batalha, 2010; Batalha, 2016).

Ao longo do estágio, fui conhecendo o funcionamento e articulação da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos pediátricos e participando neste apoio, conhecendo a criança e família e o seu processo de luto, através da realização de algumas entrevistas informais com a família e a equipa de enfermagem. Através da realização do estudo de caso aperfeiçoei o pensamento crítico e o raciocínio clínico, e fui capaz de identificar os diagnósticos de enfermagem, implementando um plano de cuidados onde as intervenções de enfermagem se mostraram pertinentes e adequadas.

São aspetos muito positivos do estágio, que contribuíram para o sucesso da minha aprendizagem, a comunicação entre a equipa de enfermagem, a relação que todos estabelecem com a criança e a família, a disponibilidade dos colegas para ensinar e a organização e método de trabalho de excelência que adotam. O facto de a Enfermeira Tutora ser das mais experientes, foi fundamental para a bagagem de conhecimentos práticos que levei comigo a partir daquele momento. Com todos os bons exemplos que me deu ao longo do estágio contribuiu para que me tornasse uma melhor profissional. Por ser também, na maioria das vezes, responsável de turno, deu-me uma grande visão também do que é a gestão de recursos e da equipa, para além dos cuidados de enfermagem. Ao longo do estágio, fui agente defensor da criança, garantindo o cumprimento dos seus direitos e respeitando as

suas preferências, crenças e hábitos. Assim, desenvolvi competências no âmbito da liderança e gestão, bem como competências éticas no cuidado à criança e família.

O Sistema de Intervenção Precoce na Infância define a intervenção precoce como “O conjunto de medidas de apoio integrado centrado na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação da saúde e ação social” (Lei nº 281/2009, 2009). A UIP é constituída pela equipa multidisciplinar, da qual faz parte a EEESIP, o Médico Obstetra, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Educadora de Infância e Assistente Operacional. Alguns destes profissionais constituem a Comissão Técnica do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco existente nesta unidade, e é através das reuniões quinzenais que a equipa avalia e orienta as diversas situações. Infelizmente devido à curta duração do estágio não tive a oportunidade de participar em nenhuma dessas reuniões. Ressalvo que na região centro esta é a única unidade em que a Consulta de Enfermagem de Pediatria de Risco Psicossocial, que permite intervir de forma precoce junto da criança e família em risco, é realizada pela EEESIP. Para além desta consulta, a EEESIP ainda dá apoio a outras consultas da área da Enfermagem como, consultas de *follow-up* neurológico e infeccioso, patologia renal, risco psiquiátrico e psicológico. A consulta de Enfermagem de Pediatria de Risco Psicossocial abrange crianças desde o nascimento até aos três anos de idade. A UIP colabora ainda na vacinação contra o Vírus Sincicial Respiratório das crianças acolhidas no Ninho dos Pequenos, casa de acolhimento de crianças e jovens em risco.

Durante este estágio tive a oportunidade de realizar essas consultas e assistir crianças em diferentes faixas etárias e fases do desenvolvimento infantil, algumas delas institucionalizadas. As famílias que assisti viviam situações socioeconómicas graves, eram imigrantes que aguardavam a sua legalização em Portugal, e muitas mães eram adolescentes, toxicodependentes, algumas com risco de desenvolver problemas psiquiátricos e outras com doenças psiquiátricas já diagnosticadas. Destaco uma situação em que uma criança de dois anos na semana anterior tinha ido à urgência após ingestão acidental de detergente da roupa. Foram realizados ensinamentos aos pais sobre a prevenção dos acidentes domésticos, dando exemplos práticos do que devem fazer para prevenir. Através da pesquisa e consulta de processos informatizados foi possível verificar que muitas das crianças acompanhadas na UIP têm acidentes domésticos, desde quedas, queimaduras a ingestão acidental de produtos tóxicos. Mesmo durante as consultas era notória a falta de consciência e conhecimento por parte dos pais ou tutores legais sobre a prevenção de acidentes. Desenvolvi intervenções essencialmente de educação para a saúde através da realização das consultas. Ao longo do estágio tornei-me muito autónoma na realização das consultas. Através da entrevista e da comunicação foi possível estabelecer uma relação empática e de

confiança com as famílias. Em conjunto com a minha colega de estágio desenvolvi um folheto informativo sobre a prevenção de acidentes nas crianças entre o primeiro ano de vida e os quatro anos de idade (**Apêndice I**), que acabou por ser implementado na UIP como estratégia de educação para a saúde na área da prevenção de acidentes até aos 4 anos de idade.

Este estágio, apesar de curto, foi essencial para o meu percurso enquanto EEESIP. Através da realização das consultas e da reflexão na e sobre a ação com a enfermeira tutora, ao longo do estágio, fui capaz de identificar situações de risco para a criança, como situações de violência e negligência, assistir a criança em situações de risco, avaliar o conhecimento da família relativamente à saúde e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança, através das intervenções de educação para a saúde, tornando-me mais competente para diagnosticar precocemente e intervir em situações de risco que possam afetar a vida e a qualidade de vida da criança/jovem, ficando mais perto de alcançar a competência especializada “assistir a criança com a família, na maximização da sua saúde”.

1.1. O EMERGIR DA TEMÁTICA DE INTERESSE

O estabelecer de um diagnóstico de doença crónica na criança constitui uma perda para os pais que enfrentam um processo de luto pela perda do filho saudável. As aprendizagens dos estágios anteriores aliadas às experiências no cuidado à criança e família que vivo ao longo da minha prática profissional, revelaram dificuldades pessoais relacionadas com o apoio ao luto parental, nomeadamente ao luto dos pais pela perda da saúde do seu filho.

Durante o primeiro estágio ocorreu uma situação que me levou a refletir sobre a intervenção do EEESIP no apoio ao luto dos pais. Uma criança diagnosticada com uma doença oncológica, teve um agravamento do estado de saúde, com necessidade de internamento. Os pais estavam extremamente cansados e em sofrimento. A mãe deixou de trabalhar para ser a cuidadora principal e estava cansada, triste e revoltada com a situação, apresentando dificuldades de adaptação à nova realidade. No segundo estágio, durante as consultas, surgiu uma situação de diagnóstico recente de paralisia cerebral. Os pais, que também viviam uma situação económica menos favorável, apresentavam dificuldades de adaptação relacionadas com a aceitação da doença do filho, apresentando sinais de tristeza e depressão.

Estas situações suscitaram a minha reflexão sobre a importância da intervenção do EEESIP no apoio ao luto da família pela perda da saúde de um filho. Sabendo que o EEESIP “aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (Regulamento nº422/2018, 2018), compreendi que é preciso dar resposta às necessidades da criança e família durante o processo de luto, promovendo a adaptação familiar e o bem-estar da criança e família, cuidando deles assim em situações de especial complexidade.

Assim, foi foco particular da minha atenção, ao longo do estágio final, a intervenção do EEESIP no apoio ao luto da família perda da criança saudável.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

A UC Estágio Final com Relatório totalizou 484 horas, das quais 410 horas em contacto direto nos contextos clínicos, 50 horas de orientação tutorial, 24 horas de seminários, a acrescentar ainda horas de trabalho autónomo e estudo individual, nas quais se incluiu a realização do presente relatório.

O estágio decorreu ao longo de 18 semanas, em três contextos clínicos diferentes, que foram: o contexto de cuidados diferenciados, contexto de comunidade e contexto de neonatologia.

Esta fase do meu percurso formativo teve início a 18 de setembro de 2023 no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), prosseguiu na Unidade de Saúde Familiar (USF) na Consulta de Saúde Infantil de 30 de outubro a 8 de dezembro e terminou no serviço de Neonatologia a 9 de fevereiro de 2024.

2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Com o objetivo geral comum de **integrar a equipa multidisciplinar e os cuidados**, desenvolvi em todos os contextos as seguintes **atividades**: *conhecer o contexto; conhecer e estabelecer relação de confiança com a equipa multidisciplinar; conhecer a articulação com outros contextos*. O desenvolvimento destas atividades permitiu caracterizar os diferentes contextos.

2.1.1. Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP é um serviço polivalente que representa o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e constitui-se como o "...atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas" (Despacho nº10319/2014, 2014). Dispõe, em termos de diagnóstico e tratamento, no local e de forma permanente, do apoio das diversas especialidades, que incluem Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, e ainda Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria. Funciona 24 horas por dia em todos os dias do ano.

Em termos de recursos humanos a equipa multidisciplinar do SUP é composta pela médica diretora, pela enfermeira gestora, por 46 Enfermeiros (cerca de metade com formação especializada) organizados e alocados às distintas áreas clínicas do serviço consoante as suas competências e formação; pelos médicos especialistas residentes, internos de pediatria, médicos assistentes graduados de outros serviços que colaboram e dão apoio, presencial ou por chamada, em diversas especialidades médicas. Para além destes elementos, a equipa multidisciplinar integra assistentes técnicos, assistentes operacionais e elementos da equipa

de gestão de limpeza e desinfecção hospitalar. O SUP deve ser dotado de espaços físicos com características adequadas à criança e família. Em termos de estrutura física, o SUP cumpre os requisitos recomendados (Despacho nº10319/2014, 2014) e divide-se em duas áreas clínicas, o ambulatório e o internamento.

O ambulatório é constituído por uma sala de triagem com dois postos (com a possibilidade de ser aberto um terceiro em situações de maior afluência), sete gabinetes de observação médica, duas salas de reanimação, uma sala de sub-espera cirúrgica, uma sala de sub-espera de ortopedia, uma sala de aerossoloterapia e uma sala onde se realizam.

A Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) tem cinco quartos, um deles para isolamento, com capacidade para o internamento de 14 crianças. É destinada a situações em que se realiza uma avaliação clínica e diagnóstica, com definição do plano de internamento ou alta para domicílio com orientação ou não para consulta, onde se prevê um internamento da criança com resolução até às 48/72 horas. Para além dos quartos possui uma sala de enfermagem destinada à preparação de terapêutica, uma sala para familiares, uma copa de preparação de leites e refeições, uma copa para profissionais, um armazém de material clínico, uma sala de material esterilizado, duas salas de arrumos, uma rouparia, uma sala de sujos, uma sala de limpos, dois vestiários, várias instalações sanitárias distintas para a criança, família e profissionais, e gabinetes da direção.

A criança e família hospitalizada na UICD dispõe ainda de uma sala de atividades equipada com brinquedos, televisão, livros, jogos e outros materiais lúdicos. O serviço dispõe ainda de um secretariado em funcionamento 24h por dia, bem como do apoio de outros serviços, como assistência religiosa, social e psicológica, laboratório e farmácia, e articula-se com todos os restantes serviços hospitalares, nomeadamente imagiologia e bloco operatório, bem como com todas as outras unidades de saúde locais.

O método de trabalho adotado é o método individual de trabalho.

2.1.2.Unidade de Saúde Familiar

A equipa multidisciplinar da USF é constituída por seis Enfermeiros, em que apenas um é EEESIP, seis Médicos de Medicina Geral e Familiar, seis Médicos Internos e quatro Secretários Clínicos. Tem como área de abrangência três freguesias, servindo um total de aproximadamente 11 mil utentes, dos zero aos 100 anos de vida. Destes, 1894 são crianças dos zero aos 18 anos.

Esta unidade realiza quatro diferentes tipos de consulta: consulta aberta (para a resolução de doença aguda, ou seja, sintomas que à data da consulta condicione alteração da perceção do

bem-estar); consulta programada (para avaliação do estado geral de saúde independentemente da situação do utente e à resolução de problemas pontuais apresentados); consulta de vigilância e prevenção (para grupos específicos de pessoas saudáveis para vigilância da sua saúde como a saúde infantil, saúde da mulher, saúde materna); e consulta de doença crónica (agendadas pela equipa de saúde para utentes com problemas crónicos como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença respiratória crónica). Para além destas, é ainda realizada a visita domiciliária e, se necessário, o agendamento de consulta de psiquiatria e nutrição.

No âmbito da ESIP, o enfermeiro desenvolve a consulta de vigilância de saúde infantil, a realização do diagnóstico precoce ao RN, vacinação, visita domiciliária ao RN até ao 15º dia de vida, entre outras atividades. Ao longo do estágio estabeleci relação de confiança com a equipa multidisciplinar, conhecendo qual o papel de cada elemento e trabalhando em equipa.

O método de trabalho é o de Enfermeiro de Referência, neste caso enfermeiro de família, responsável pelos cuidados de enfermagem a todos os utentes do ficheiro clínico médico que fazem parte da família.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar CSP. Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Relativamente às situações de risco, à ocorrência de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção particularmente adequadas àqueles problemas o que pressupõe a articulação privilegiada entre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), a Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros (Norma nº010/2013, 2013).

2.1.3. Neonatologia

Em termos de estrutura física é um serviço composto por três salas com 12 unidades de prestação de cuidados intensivos e especiais, com 11 unidades de ventilação, uma sala de

trabalho, a qual serve de gabinete médico e de enfermagem, uma copa, uma sala de preparação de medicação e leites, uma sala de recolha de leite materno e um gabinete da enfermeira gestora.

Os cuidados de saúde prestados são altamente diferenciados e é fundamental o trabalho de uma equipa multidisciplinar, responsável pela assistência ao RN e família, desde a sua admissão até à sua transferência e/ou alta. A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos, que são a enfermeira gestora, oito EE, seis dos quais em ESIP e os restantes generalistas. No turno da manhã trabalham quatro enfermeiros e nos turnos da tarde e noite três enfermeiros. O método de trabalho é o método individual. A equipa médica dispõe do diretor do serviço de neonatologia, sete médicos assistentes graduados, três assistentes hospitalares e um a três internos de pediatria. Da equipa também fazem parte quatro assistentes operacionais e uma secretária clínica que dá apoio. Existe ainda apoio de outros serviços como Radiologia, Assistência Religiosa, Social e Psicológica, Laboratórios, Farmácias, e quando é necessário a realização de exames complementares de diagnóstico solicita-se o apoio clínico de especialistas externos. São assegurados durante 24h por dia, todos os dias do ano, os cuidados ao recém-nascido (RN) e família.

O serviço de Neonatologia acolhe recém-nascidos de termo (RNT) e pré-termo (RNPT) nascidos na própria maternidade, provenientes da sala de partos e serviços de puerpério. Em menor número e via Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico do Instituto Nacional de Emergência Médica, vêm também RNT e RNPT de outros hospitais e maternidades localizados na sua área de influência. Inserido num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, este serviço constitui referência para os hospitais que têm serviços de assistência perinatal menos diferenciados. Articula-se com os CSP, nomeadamente através da preparação para o regresso a casa, através da elaboração da carta de alta de enfermagem, onde é feita referência aos focos de atenção ativos, constituindo desta forma um cuidado imprescindível na continuidade dos cuidados na transição para o domicílio, traduzindo-se em ganhos para a criança e a família. Colaboram com o serviço de Neonatologia associações como “Sorriso – Associação dos Amigos do Ninho dos Pequenitos”, promovendo a proteção e segurança da criança, e a “Associação dos Bissayinhos Nascidos Antes do Tempo” que promove a humanização dos cuidados aos recém-nascidos e famílias. As visitas ao serviço são permitidas exclusivamente aos pais. No entanto, pontualmente poderá haver flexibilidade relativamente a outras visitas, considerando as normas regulamentares da instituição e sobretudo o bem-estar do RN.

2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A UC preconiza o desenvolvimento de um projeto de estágio orientado por objetivos direcionados à proficiência no juízo clínico, planejamento, decisão e intervenção em situações complexas nos diferentes contextos clínicos. Nesse sentido elaborei o projeto de estágio, definindo objetivos específicos e atividades a desenvolver (**Apêndice II**).

2.2.1. Desenvolvimento de Competências Específicas

Neste subcapítulo faço a descrição, sistematização, análise e reflexão do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas em cada contexto de estágio.

2.2.1.1. Relacionadas com o Contexto de Cuidados Diferenciados

Considerei como pontos positivos, facilitadores do processo de aprendizagem, já ter alguma experiência na área de urgência e emergência na área da ESIP, saber estar e saber ser, a facilidade em estabelecer relação empática e em comunicar de forma eficaz, o pensamento crítico, a proatividade e a facilidade de adaptação às diferentes situações. As principais dificuldades que senti foram a gestão e implementação de prioridades, bem como lidar com o stress causado pela elevada afluência e pela exigência das famílias que, frequentemente, aguardam muitas horas após a triagem.

Para superar estas dificuldades recorri à pesquisa bibliográfica, à reflexão na e sobre a ação, à prática baseada na evidência, à comunicação eficaz, à iniciativa e proatividade, bem como ao trabalho em equipa com os enfermeiros do SUP. A minha Enfermeira Tutora foi fundamental para a aquisição de conhecimentos e competências, uma vez que através da sua larga experiência, essencialmente no contexto de triagem, constituiu um exemplo e uma referência para mim enquanto futura EEESIP.

A organização e estrutura física do SUP contém os elementos necessários à constituição de um SUP (Despacho nº10319/2014, 2014). Na minha perspetiva, essa organização potencia os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados, o acompanhamento da criança e contribui para a diminuição do impacto negativo que a vinda ao SUP trás para a criança e família, aproximando o mais possível o ambiente às suas rotinas, aos seus desejos e crenças, permitindo à criança que continue a ser criança, e que possa brincar, e que os seus pais continuem a ser isso mesmo, os seus pais. Em contrapartida, devido à elevada afluência que se verifica praticamente durante todo o ano, o espaço físico da triagem é insuficiente, uma vez que existe apenas uma sala de triagem, onde existem dois a três postos, apenas

separados por um biombo. Isto faz com que, na maioria das vezes, existam crianças a serem triadas ao mesmo tempo, podendo a idade das mesmas ser completamente díspar.

Este obstáculo físico traduz-se em dificuldades no respeito pela privacidade da criança e família e na comunicação com a mesma. Outro problema, relacionado com a estrutura física, tem a ver com o espaço físico das salas de reanimação que é reduzido. Nas situações que exigem uma observação em sala de reanimação, e até mesmo em situações críticas, quase não há espaço para os profissionais trabalharem em segurança. A equipa multidisciplinar tem vindo a insistir para que haja mudanças na estrutura física do serviço, nomeadamente uma reestruturação total destes espaços, de forma a solucionar estes problemas, alertando a instituição de saúde para esta necessidade.

Apesar do método de trabalho ser o individual, muitas vezes em ambulatório, devido à afluência existente, os enfermeiros acabam por ter de trabalhar à tarefa. Em reflexão pessoal, este método não trás benefícios para a humanização dos cuidados.

O SUP é muitas vezes o primeiro serviço pelo qual a criança e a família, com necessidade de hospitalização, passam. Articula-se com os outros serviços do hospital, através da existência de protocolos e diretrizes, e com os CSP, nomeadamente através da referenciação realizada pelos enfermeiros da comunidade com recurso a uma carta elaborada através do método SOAP (S – Subjetivo: traduz a queixa da criança e família; O – Objetivo: refere a observação de enfermagem; A – Avaliação: refere-se ao problema e ao que foi realizado até à data; P – Plano – esclarece as intervenções já implementadas e a necessidade de referenciação ao SUP), bem como através da carta de alta de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados (Queiroz, 2009).

Com o objetivo de desenvolver a competência específica **“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, desenvolvi as seguintes atividades: *implementar, e gerir em parceria, um plano de saúde, com criança/família, promotor da parentalidade; avaliar a família; proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais a crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; diagnosticar precocemente e intervir em situações comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e da família.*

A admissão num SUP é o primeiro contacto presencial que o enfermeiro tem com a criança/família, pelo que os enfermeiros devem acolher, transmitindo confiança e segurança. O acolhimento é uma atitude que vai promover a confiança dos pais na equipa e permitir estabelecer uma relação de confiança, que permitirá o sucesso da parceria de cuidados (Vaz & Trigo, 2020). Segundo os mesmos autores, o enfermeiro acolhe a criança e família num

contexto de doença súbita ou agudização de uma doença crónica e por esse motivo, o recurso ao SUP gera stress nos pais e na criança, sendo essencial sentirem-se acolhidos.

Em contexto de UICD, no momento de acolhimento da criança e família, procedi à minha apresentação, à apresentação do serviço e à avaliação da família através do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (Henriques e Santos, 2019), identificando a sua dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional, com o objetivo de detetar sinais facilitadores ou dificultadores da capacitação familiar para o cuidado. Identifiquei também as preferências, os hábitos e as rotinas da criança e família.

Ao longo do estágio, percebi que muitos pais não entendem o conceito de gravidade, pois para eles, a situação por norma é sempre grave, uma vez que se trata dos seus filhos, e muitas vezes põe em causa a nossa avaliação e prioridade atribuída.

No ambulatório, na triagem, o acolhimento realizado, para além da minha apresentação, baseou-se em explicar aos pais todo o processo, informando que a prioridade estabelecida é por gravidade e não por ordem de chegada, e que a cor atribuída não significa, por si só, que têm de esperar o tempo máximo referente a essa mesma cor, assim como a possibilidade de re(triar) a criança, no caso de ocorrerem alterações durante o período de espera, proporcionando a qualidade dos cuidados e diminuindo a ansiedade dos pais.

O contexto de urgência e emergência exige intervenções interdependentes em muitas situações. No entanto, as minhas intervenções não se limitaram às interdependentes. As minhas intervenções como futura EEESIP, foram na sua maioria, autónomas, dando resposta aos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados, como a febre, dispneia, risco de desenvolvimento infantil comprometido e risco de adaptação ao papel parental especial ou complexo durante a hospitalização comprometido.

Negociando, em todos os momentos, o envolvimento dos pais nos cuidados, através de intervenções de educação para a saúde, capacitei a família, para gerir a terapêutica analgésica e antipirética, a preparar e administrar terapêutica sob a forma de apresentação de suspensão oral e inalatória, bem como vigiar e reconhecer sinais de doença e sinais de agravamento.

Uma das principais dificuldades que senti, durante a triagem, foi identificar sinais e sintomas característicos de doenças comuns da infância, como as doenças exantemáticas. Perceber as diferenças que existem e os sinais de gravidade é importante para conseguir realizar a triagem e transmitir informação antecipatória aos pais, de forma a tranquilizar e promover o bem-estar. Como estratégias para superar esta dificuldade recorri à pesquisa bibliográfica e à partilha de experiências e conhecimentos com as enfermeiras tutoras, sendo capaz de aperfeiçoar e

desenvolver conhecimentos, que me permitiram agir de acordo com a evidência científica atual e sentir-me mais confiante.

As situações de doenças comuns da infância que vivenciei foram as gastroenterites, as alergias e lesões da pele, como o impetigo, e otites, muitas vezes associadas a febre e dor. Apesar de vivermos numa sociedade cada vez mais informada, constatei que a maioria dos pais não sabia como atuar na febre e na dor. Alguns pais ainda priorizavam o arrefecimento da criança em vez da administração do antipirético no caso de febre. Aproveitei estas oportunidades, para capacitar os pais a gerir a febre e a dor da criança. Em relação à febre, tendo em conta a Orientação nº 004/2018 (2018), ensinei os pais sobre técnica correta de avaliação da temperatura, definição de febre, sinais de alerta e importância da vigilância, medidas antipiréticas, nomeadamente quanto à dose e frequência de administração da terapêutica, e de alívio do desconforto. Em relação à dor, tendo em conta os conhecimentos e capacidades desenvolvidas anteriormente, ensinei os pais sobre medidas não farmacológicas adequadas à idade da criança e sobre a importância de acreditar na criança sempre que diz que tem dor. Outras situações que surgiram foram a dificuldade respiratória, principalmente agudizações de asma e infeções respiratórias em crianças mais pequenas. Ensinei os pais sobre vigilância de sinais de gravidade e sobre a administração de terapêutica inalatória através de câmara expansora e inaladores, instruindo e treinando-os para tal. Para além disso, ensinei os pais também sobre a importância da correta higienização e manuseamento do equipamento, de forma a garantir o sucesso da terapêutica inalatória, evitando consequências futuras.

Durante o estágio surgiram dois casos de situações de abuso sexual e maus-tratos a crianças. Através da sua avaliação, realizada na triagem, juntamente com a Enfermeira Tutora, numa dessas situações, foi possível encaminhar a criança para o cuidado imediato de outros profissionais, incluindo a colaboração com o Enfermeiro da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens que acompanhou a criança à urgência, colaborando na proteção da criança.

Para desenvolver a competência específica “**Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**”, desenvolvi as seguintes atividades: *reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, adequando os cuidados, especialmente na triagem; fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família; promover a adaptação parental à DCC; refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto.*

Em contexto de urgência a intervenção do EEESIP é uma constante na triagem, na abordagem à criança e família gravemente doente, no acolhimento e na humanização dos

cuidados (Vaz & Trigo, 2020). Ele assume um papel muito importante, fundamental não só para a segurança e bem-estar da criança e família, mas também para a dinâmica e funcionamento de todo o SUP.

A triagem em pediatria é um processo de avaliação rápida de crianças doentes, quando chegam ao SUP, baseado no olhar crítico de quem a faz aliado à queixa da criança e família. Exige do enfermeiro "...uma seleção da queixa, uma avaliação clínica e apreciação subjetiva, traduzindo-se na vantagem de delimitar os verdadeiros casos urgentes/emergentes dos não urgentes, garantindo assim o atendimento prioritário das situações de maior gravidade (Vaz & Trigo, 2020, p.298).

Em Portugal, a triagem é da responsabilidade dos enfermeiros. Os EEESIP estão habilitados a cuidar da criança e família em situação de especial complexidade, como é a triagem em pediatria, pelo que devem ser estes, sempre que possível, a assumir esta função (Regulamento nº422/2018, 2018). O enfermeiro, com base na colheita de dados, deve ter capacidade de organização para tomar decisões rápidas, destreza, dinamismo, agilidade mental, liderança e experiência, de modo a detetar sinais subtis que podem constituir uma situação de gravidade (Vaz e Trigo, 2020).

No SUP esta é realizada pelos enfermeiros especialistas e/ou enfermeiros peritos, de acordo com a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2024). Após a triagem, o enfermeiro encaminha a criança para observação pelas diversas especialidades médicas e cirúrgicas, respeitando as regras, os critérios e normas do serviço.

A triagem é uma área muito autónoma na ação do EEESIP, e ao longo do estágio foi onde desenvolvi mais conhecimentos e competências. O serviço mudou há pouco tempo de sistema de triagem. Antes, os enfermeiros usavam o *Canadian Paediatric Triage Acuit Scale* para realizar a triagem e há pouco tempo passou a ser implementado no serviço a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester. Durante o meu estágio, apesar de já ter existido formação no serviço, os enfermeiros ainda estavam em fase de adaptação ao sistema, apresentando algumas dúvidas sobre que fluxograma seguir, que ultrapassavam com diálogo dentro da equipa e reflexão. Esta situação constitui para mim também um desafio. O Sistema de Triagem de Manchester está indicado para as urgências pediátricas (Norma nº002/2018, 2018), no entanto existem especificidades pediátricas que não estão contempladas de forma adequada neste sistema, como é o caso da febre até aos três meses de idade, que é um sinal de gravidade importante. Isto revela que o Sistema de Triagem de Manchester não está totalmente adequado às especificidades pediátricas e que os enfermeiros que realizam a triagem devem estar despertos para tal. Esta limitação, exigiu de

mim, um aprofundado estudo sobre as particularidades pediátricas e a diversidade de sinais e sintomas, de acordo com as idades.

Ao longo do estágio, fui participando com a Enfermeira Tutora na triagem, inicialmente através da observação e da colaboração em pequenas atividades como avaliação da temperatura, administração de antipiréticos e avaliação de sinais e vitais, e à medida que fui refletindo na ação com a enfermeira tutora, adquirindo conhecimentos e competências para reconhecer rapidamente e adequadamente situações de risco, de instabilidade hemodinâmica, estabelecer prioridades e encaminhar as crianças para a especialidade adequada, fui capaz de realizar autonomamente a triagem das crianças na segunda metade do estágio.

Em pediatria, a paragem cardiorrespiratória (PCR) secundária é mais frequente. Ocorre como consequência da deterioração progressiva que resulta na incapacidade de a criança compensar a insuficiência respiratória ou circulatória, causada por uma lesão ou doença desencadeante. O prognóstico da PCR secundária é desfavorável, especialmente se a falência cardiorrespiratória for mantida durante muito tempo. Antes da PCR acontecer, a hipoxia já comprometeu gravemente todos os órgãos vitais, incluindo o cérebro e o coração. Tendo em conta tudo isto, é importante reconhecer precocemente os sinais de falência e atuar eficazmente, de modo a prevenir a PCR e o colapso na criança (Departamento de Formação em Emergência Médica, 2021).

Em 2022, realizei o Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, e como tal, o algoritmo de atuação e algumas particularidades ainda estavam presentes. Considero fundamental conhecer afincadamente as particularidades anatómicas e fisiológicas da criança para identificar sinais de instabilidade e risco de morte. De forma a estar preparada para isso, recordei e aprofundei alguns conhecimentos sobre SAV Pediátrico.

Na triagem e na sala de reanimação, durante a avaliação da situação de emergência, tive oportunidades de utilizar o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) e a avaliação primária, seguindo a sequência ABCDE (A – via aérea; B – ventilação; C – circulação; D – neurológico; E – exposição), identificando situações potencialmente fatais. Durante a triagem recorri na maioria das situações à avaliação recorrendo ao TAP. Através da observação do trabalho respiratório, aparência e perfusão periférica é possível obter uma impressão geral da criança, determinando nos primeiros 15 segundos se o seu estado fisiológico é ou não crítico (Departamento de Formação em Emergência Médica, 2021).

Particpei nos cuidados à criança em sala de reanimação, colaborando na avaliação da criança, na permeabilização da via aérea, na administração de terapêutica de emergência e na monitorização da criança.

Tal como em contextos de estágio anteriores por onde passei, a avaliação da dor continua a ser descurado entre os enfermeiros. A dor muitas vezes é avaliada consoante a “impressão geral” da enfermeira e não é explorada a história de dor da criança. A dor está presente na maioria das situações de urgência e emergência, e em muitas situações é um sintoma de gravidade. De acordo com o meu conhecimento dos estágios anteriores e com base na evidência científica, promovi a discussão com a equipa e a reflexão sobre a utilização das escalas de auto e heteroavaliação da intensidade da dor mais adequadas e da forma correta de a avaliar, e sobre a valorização da história de dor da criança, promovendo cuidados de qualidade, de acordo com a Orientação nº 014/2010 (2010).

Tendo por base a filosofia dos Cuidados Atraumáticos (Hockenberry et al., 2018) em pediatria, participei na administração de terapêutica, na colaboração em procedimentos técnicos, colheita de espécimes para análise, implementando para além de estratégias farmacológicas, estratégias não farmacológicas de controlo da dor adequadas à idade da criança, nomeadamente a amamentação e a administração de sacarose em recém-nascidos e lactentes, a aplicação do creme EMLA® e a utilização da mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto em crianças e adolescentes. Para além disso, após observação, foi possível aplicar um método não-invasivo, que desconhecia, o “clean-catch” (State-wide Emergency Care of Children Working Group, 2022), para colheita de urina em recém-nascidos e lactentes, promotor de conforto, como alternativa à punção vesical, invasiva e dolorosa. Em reflexão na ação foi possível identificar o conjunto de estratégias não-farmacológicas de controlo da dor mais adequadas a cada criança, de forma a promover o seu bem-estar. Ao longo do estágio envolvi os pais, que o desejaram, nos cuidados mais invasivos, como colheitas de sangue, colocação de cateter venoso periférico, sutura de feridas traumáticas, garantindo o suporte à criança e promovendo o direito da mesma ao acompanhamento, agindo como defensora da presença das famílias junto das crianças, para que estas se sintam seguros e protegidos.

Ao longo do estágio, no cuidado à criança recorri ao brincar como estratégia para ajudar a criança a lidar com os medos relacionados com o contexto de urgência e promover cuidados atraumáticos. O brincar é um direito da criança consagrado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2017). “A promoção do brincar deve ser uma das principais preocupações dos enfermeiros como forma de minimizar os efeitos nefastos que acarreta uma visita ao hospital” (Vaz & Trigo, 2020, p.305).

Durante o estágio, vivenciei algumas situações de diagnóstico de doença crónica e doença crónica complexa (DCC). Os diagnósticos mais frequentes foram a Diabetes Mellitus tipo 1 e a Leucemia Linfoblástica Aguda. No processo de adaptação parental à DCC no SUP, participei essencialmente durante a fase inicial, de diagnóstico e transferência para o

internamento, em conjunto com a Enfermeira Tutora. A reflexão na ação sobre esta experiência permitiu concluir que o nosso papel é dar suporte no momento do diagnóstico, transmitindo as informações que os pais querem receber, promovendo a privacidade e apoiando as estratégias de coping que cada elemento da família possui, incentivando o desenvolvimento de outras. A par disto, ter consciência de que o diagnóstico implica o confronto com a perda do filho saudável e que estamos perante o início de um processo de luto é fundamental para adequar a intervenção enquanto EEESIP, promovendo a adaptação parental à DCC.

Particpei na discussão entre a equipa sobre a presença dos pais na sala de reanimação. Existiam enfermeiros que concordavam e outros que não. Parecia não existir um consenso. Após uma pesquisa e reflexão sobre o tema, aprendi que a presença dos pais durante a reanimação da criança pode ter benefícios. A literatura, como referido por Brito et al. (2017), revela como benefícios da presença da família no contexto de reanimação a serenidade de entenderem o esforço da equipa em recuperar a vida do filho, ser possível realizar a despedida, se for o caso, aceitando a finitude como realidade, reduzindo o stress pós-traumático e o luto patológico. Segundo Mendes e Guareschi (2018) é necessário promover intervenções que facilitem a presença da família durante as situações de emergência.

Para desenvolver a competência específica **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** desenvolvi as seguintes atividades: *comunicar com a criança e família de forma adequada, ao estágio de desenvolvimento e à cultura, bem como às condições de saúde; participar na transmissão de más notícias; facilitar a comunicação expressiva das emoções dos adolescentes.*

Comunicar com as crianças desde o nascimento até à adolescência constitui um verdadeiro desafio. A comunicação é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro uma vez que possibilita conhecer a personalidade, o ambiente da pessoa e a conceção do mundo que dificulta ou motiva os seus esforços para se proteger da doença ou conformar com o tratamento (Phaneuf, 2005). Ainda de acordo com a mesma autora, comunicar pressupõe criar e recriar informação realçando a necessidade de confiança, à vontade e compreensão recíproca, pelo que é considerado um processo difícil, nomeadamente quando envolve a criança e família. “Todo o comportamento, incluindo o silêncio, constitui uma comunicação mesmo quando não é desejado ou consciente” (Pereira, 2008, p. 58). Deste modo, o tipo de comunicação pode ser verbal ou não verbal. Na comunicação com as crianças em todas as fases do desenvolvimento, a linguagem não verbal transmite a informação mais significativa.

A comunicação foi algo que desde cedo consegui estabelecer com a criança e família. Considero que é um ponto forte das minhas capacidades, pois na maioria das situações fui

capaz de adaptar a comunicação à criança, tendo em conta a sua idade e a cultura familiar. Identifiquei-me sempre como enfermeira estudante a realizar um estágio da especialidade e pelo meu nome próprio, e apesar de estar acompanhada pela Enfermeira Tutora, senti que consegui estabelecer relação de confiança e empatia com a família, fundamental para estabelecer parceria de cuidados através da negociação, quer em contexto de ambulatório, quer em contexto de UICD.

As principais dificuldades que senti relativas à comunicação foi a comunicação com a criança e família com idioma diferente e com necessidades especiais. Em situações concretas, como uma família em que todos os elementos tinham surdez, na situação da criança com paralisia cerebral e na criança com perturbação do espectro do autismo. Para superar as dificuldades relacionadas com a surdez recorri à plataforma de atendimento por videochamada para o cidadão surdo, disponível online, na página do Serviço Nacional de Saúde 24, que disponibilizou um intérprete de língua gestual portuguesa. Hoje em dia, os desenvolvimentos de tecnologias facilitam a comunicação, essencial à nossa prática. No caso das crianças com paralisia cerebral e perturbação do espectro do autismo, procurei junto da família, conhecer os comportamentos habituais e as suas reações em determinadas situações, de forma a interpretar o seu comportamento, e despistar sinais de alarme.

A Organização Mundial de Saúde atenta o aumento de prevalência de problemas de saúde mental nos adolescentes, sendo considerados como uma das principais causas de morbilidade nesta faixa etária (Conselho Nacional de Saúde, 2019). A maioria das situações que vivenciei com adolescentes na triagem, estavam relacionadas com problemas de saúde mental, nomeadamente ideação e comportamento suicidário, abuso de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e problemas alimentares. Nestas situações preocupou-me a dificuldade em promover a privacidade no SUP devido às condições mencionadas anteriormente. Recordo-me de situações de grande afluência em que estavam três crianças a ser triadas ao mesmo tempo, entre elas dois adolescentes. De forma a agir em conformidade pelo respeito pelo seu direito à privacidade, pedi ao adolescente que me acompanhasse até uma zona mais reservada para perceber o que se passava e, recorrendo à comunicação assertiva e à escuta ativa fui capaz de permitir ao adolescente exprimir as suas preocupações e emoções. Tratava-se de uma situação que acabei por encaminhar para a observação pela Pedopsiquiatria, que no final, após reflexão com a Enfermeira Tutora foi o mais adequado a fazer. Em contexto de UICD, nomeadamente nas situações de abuso de substâncias, a minha intervenção teve como objetivo negociar os comportamentos de saúde com o adolescente, identificando estratégias de coping já existentes ou não, de forma a promover a mudança de comportamentos, envolvendo os pais neste processo.

Ao longo do estágio vivenciei situações de transmissão e comunicação de más notícias. Aprendi que comunicar más notícias tem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social da família da criança. Exige uma intervenção humanizada, suportada no conhecimento da singularidade da pessoa cuidada, pois transporta um conjunto de informações que afetam seriamente, e de forma adversa, a visão que a família terá sobre o seu futuro (Diniz, 2021). Comunicar más notícias é um cuidado indispensável, que exige um conjunto de estratégias de comunicação adaptadas.

Comunicar uma má notícia à família do doente crítico é assumidamente uma tarefa de comunicação complexa, pois para além da componente verbal de transmitir a notícia, este processo, requer do enfermeiro outras habilidades e competências como responder às reações emocionais dos familiares, tendo em conta as particularidades e necessidades de cada membro da família, promovendo o seu conforto e lidando com o dilema de como dar esperança quando a situação é crítica (Baile et al. como referido por Diniz, 2021).

Refleti na ação, com a Enfermeira Tutora, sobre a utilização do Protocolo SPIKES (Lino et al., 2010) como técnica de comunicação de más notícias. Aprendi que a utilização de protocolos de comunicação na transmissão de más notícias é uma prática recorrente do SUP e que permite ao EEESIP, em equipa multidisciplinar, prestar cuidados humanizados e de qualidade. A maneira como se transmite a má notícia, que pode ser a morte de uma criança ou o diagnóstico de uma doença, influencia o processo de adaptação parental à situação, bem como o início do processo de luto.

2.2.1.2. Relacionadas com o Contexto de Comunidade

Este constituiu o contexto com maiores diferenças da minha prática diária. Realizar a Consulta de Saúde Infantil em todas as idades recomendadas pelo PNSIJ, em vigor desde 2013, foi um verdadeiro desafio. As principais dificuldades sentidas no início do estágio prenderam-se com a pouca experiência em realizar a Consulta de Saúde Infantil focada no crescimento e desenvolvimento da criança, mais concretamente em aplicar adequadamente a Escala de Mary Sheridan, identificar sinais de alerta e atividades promotoras do desenvolvimento infantil. Nesse sentido, em conjunto com a minha colega de estágio, como estratégia para superar estas dificuldades foi desenvolvido um Guia de Preparação para a Consulta de Saúde Infantil, com base na pesquisa bibliográfica e reflexão em grupo (**Apêndice III**).

A capacidade de estabelecer uma relação empática, de confiança e comunicação eficaz com a criança e família, juntamente com a proatividade e autonomia na resolução de problemas e adaptação a diferentes situações são aspetos pessoais que considerei favoráveis ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. A criatividade na utilização do brincar

como estratégia comunicacional com a criança foi um ponto também positivo. No mesmo dia realizar uma consulta a um RN e de seguida, a um adolescente, exige uma grande capacidade de adaptação comunicacional do EEESIP, e ao longo do estágio foi possível desenvolver essa mesma capacidade, que se traduziu na minha autonomia na realização das consultas. A Enfermeira Tutora mostrou-se sempre disponível para ajudar na superação das dificuldades sentidas, e demonstrou que o EEESIP na comunidade pode fazer realmente a diferença na saúde e desenvolvimento das nossas crianças.

Para alcançar as competências específicas **“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**; **“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**; e **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** desenvolvi as seguintes atividades: *realizar a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; comunicar com a criança e família de acordo com a fase do desenvolvimento e cultura; avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança; promover a vinculação; procurar, de forma sistemática, oportunidades para trabalhar com a criança e família a adoção de comportamentos potenciadores de saúde; diagnosticar e intervir em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e da família; fazer a gestão diferenciada da dor durante a vacinação; refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto.*

Tendo como alvo de cuidados a população infantil e juvenil e a sua família, a relação enfermeiro-cliente torna-se, na consulta, o instrumento principal para a promoção de saúde e prevenção de doença (Fernandes & Andrade, 2020). Ainda segundo as mesmas autoras, a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil é um espaço privilegiado para cuidar. Visa uma prática sistematizada, estruturada, com recurso a linguagem própria, que favorece a aquisição do autocuidado possível, e facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria da qualidade de vida do cliente (RN, criança, adolescente e família) inserido num contexto familiar e social. É uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações problemáticas (Norma nº010/2013, 2013).

Os enfermeiros, na sua prática clínica, recorrem a instrumentos, protocolos e às orientações do PNSIJ, interação comunicacional, processo clínico, processo de enfermagem, atividades resultantes da prescrição de outros profissionais e atividades de vigilância.

Neste contexto, é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias

seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco (Norma nº010/2013, 2013).

A comunicação tem vindo a ser indissociável de toda a minha atuação. As habilidades comunicacionais que desenvolvi no estágio anterior foram fundamentais para desenvolver as consultas. Com base em conhecimentos anteriores e de acordo com o exposto por Lambert et al. (2012), durante as consultas recorri a um conjunto variado de técnicas comunicacionais.

Em relação ao RN e lactente, que reconhecem a voz humana, são atraídos pelo rosto e respondem à interação, comunicam através do choro, tónus muscular, movimento corporal, expressão facial, recorri essencialmente à observação, a um tom de voz calmo, ao toque e aos pais para comunicar com o bebé. No lactente, que vive uma ansiedade de separação dos pais, recorri essencialmente à brincadeira lúdica, ao sorriso e dei-lhe tempo para se adaptar sozinho ao novo ambiente, protelando tocar-lhe ou pegá-lo ao colo. Estabeleci contacto visual com os pais, criando relação de confiança, transmitindo segurança ao bebé, considerando que qualquer estranho constitui uma ameaça para ele. A comunicação com os pais durante esta fase é fundamental, uma vez que são eles os principais cuidadores, e através deles que os bebés satisfazem as suas necessidades. Observar a relação e dinâmica familiar nesta fase é importante para compreender o processo de vinculação, e identificar potenciais situações de risco.

A comunicação com a criança entre um e três anos, o *toddler*, foi particularmente um desafio neste estágio. Nesta fase a criança assume uma postura desafiadora, faz birras, é inocente e obstinada (Silva, 2020). O não é habitualmente a manifestação a qualquer questão e acarreta dificuldades na relação com os pais. É uma exploradora do ambiente e curiosa, mas vive um constante medo da separação dos pais. Comuniquei com a criança através da brincadeira lúdica e da interação com os pais. A criança em idade escolar é muito centrada nela própria e não tem ainda suficientes competências de linguagem para expressar os seus sentimentos e desejos. Comunica eficazmente de modo não verbal, usando as mãos. Centrei a comunicação na própria criança, recorrendo a objetos como bonecas ou peluches, utilizando frases curtas e simples, usando denominações próprias da criança para facilitar o seu entendimento, recorrendo à brincadeira lúdica para reduzir a ansiedade. Em idade escolar, a criança apresenta interesse pelo conhecimento e tecnologia, com maior preocupação com a sua integridade corporal. Por volta dos 7 anos surgem medos relacionados com a morte e o desconhecido. Nesta fase explicar à criança os procedimentos, dar espaço para fazer questões e expressão sentimentos e emoções é muito importante.

Durante as consultas avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança, através da observação, da análise de parâmetros antropométricos e da aplicação de diferentes

instrumentos como a Escala de Mary Sheridan Modificada, a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – Schedule of Growing Skills II e a Escala M-CHAT (para identificar precocemente perturbações do espectro do autismo) (Norma nº010/2013, 2013).

Durante as consultas, a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar fez parte da minha ação, especialmente no primeiro ano de vida, estando atenta ao estado emocional dos pais e ao modo como se estão a adaptar ao novo bebé. Também tive especial atenção à adaptação dos irmãos.

As preocupações dos pais e da criança, as intercorrências desde a consulta anterior, a adaptação ao infantário e à escola, os hábitos alimentares, a prática de atividades desportivas, ocupação de tempos livres, dinâmica do crescimento e desenvolvimento e cumprimento do calendário vacinal, foram avaliações transversais a todas as consultas.

Durante as consultas, recorri maioritariamente a intervenções de educação para a saúde, negociando com a criança e família, estabelecendo uma parceria de cuidados promotora da parentalidade, capacitando os pais para cuidarem maximizando a saúde da criança.

No primeiro ano de vida as preocupações dos pais deviam-se maioritariamente à amamentação e à introdução alimentar. Em relação à amamentação tive oportunidade de observar a mamada de um RN. Através da observação foi possível identificar dificuldades de adaptação do bebé à mama e corrigi-las, ensinando os pais sobre os benefícios do leite materno e sobre a importância de manter a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade. Esclareci dúvidas quanto à conservação do leite materno. No que diz respeito à introdução alimentar ensinei os pais sobre os alimentos a introduzir, a forma de confeccioná-los, esclarecendo dúvidas.

Estimulei a opção por comportamentos promotores de saúde, através da educação para a saúde, como a alimentação adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados, explicando sobre os malefícios do sal e açúcar, bem com a importância de uma ingestão de água adequada; a prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress; a prevenção de consumos nocivos; e a adoção de medidas de segurança, prevenindo a ocorrência de acidentes, como descrito no PNSIJ.

Participei na vacinação das crianças e jovens, educando os pais e as crianças para a importância da vacinação e do cumprimento do PNV. Ensinei sobre a importância de adotar uma higiene oral adequada desde cedo.

Durante o estágio, durante uma consulta, identifiquei uma criança com alterações a nível da linguagem e do comportamento. Tratava-se de uma situação em que a mãe enfrentava uma

depressão, estava desempregada e o irmão mais velho tinha Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção. A criança em questão, após aplicação da Escala M-CHAT apresentava alto risco de desenvolvimento de Perturbação do Espectro do Autismo. Em equipa, participei no seu encaminhamento para o SNIPI e consultas de desenvolvimento.

Estive atenta aos sinais de alarme relacionadas com cada idade e ensinei os pais sobre atividades promotoras do desenvolvimento e transmiti cuidados antecipatórios. Ensinei os pais sobre doenças comuns às idades, nomeadamente febre, diarreia, obstrução nasal e dificuldade respiratória, dando ênfase aos sinais que motivam a ida à urgência.

Durante algumas consultas foi evidente que os pais se preocupavam com o sono da criança e que alguns estavam muito ansiosos por causa das crianças gritarem durante a noite sem estarem acordadas. Reconhecendo a importância de um sono adequado para a renovação celular, maturação e plasticidade do cérebro, este desempenha um papel crucial no desenvolvimento cognitivo e no crescimento das crianças. É também essencial para o bem-estar familiar, uma vez que problemas do sono na criança afetarão diretamente o sono dos pais. Além disso, as noites “mal dormidas” têm várias consequências negativas, afetando a aprendizagem, memória, níveis de atenção e concentração da criança, potenciando o desenvolvimento de doenças como a obesidade e a diabetes e alterações do comportamento. Deste modo, é imperativo transmitir aos pais conhecimento sobre estas perturbações do sono mais frequentes, minimizando a sua ansiedade face aos mesmos e dando-lhes ferramentas para saber como atuar quando acontecem. Para isso, em conjunto com a minha colega de estágio, desenvolvemos um folheto informativo sobre as perturbações do sono na infância (**Apêndice IV**).

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta e é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. É um período crucial no desenvolvimento e integração de comportamentos que influenciam a saúde futura. A presença dos adolescentes nos serviços de saúde é uma oportunidade para potenciar aprendizagens e promover a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Dei especial importância à comunicação com os adolescentes, uma vez que se trata de uma fase da vida especial. Através de uma comunicação eficaz, promotora de confiança e de relação interpessoal, que conduz à autodeterminação e envolvimento na sua responsabilização pelas escolhas em saúde, identificando vulnerabilidades e adversidades pelas quais passa, recorri essencialmente à entrevista com ele para a minha ação. De uma maneira geral na entrevista com o adolescente abordei temas como a puberdade, alimentação saudável, atividade física, saúde oral, hábitos de sono, hábitos de higiene, sexualidade e métodos contraceptivos, consumos nocivos, escola e futuro, família, amigos, tempos livres,

segurança e acidentes, riscos, violência e maus tratos (bullying, violência no namoro, entre outros).

Durante o estágio, as experiências de vacinação ocorreram maioritariamente em lactentes. Promovi a amamentação como estratégia não-farmacológica de controlo da dor durante a vacinação.

Em reflexão com a enfermeira tutora percebi que existem algumas crianças com DCC da qual ela é enfermeira de família, no entanto essas mesmas crianças não apresentam um acompanhamento pelos CSP, uma vez que existe défice na articulação entre o hospital em que tem as consultas e terapias, a equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) e os CSP. Em relação ao apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável, na USF não existe nenhuma intervenção específica. Apenas há contacto com essa família, quando vem à consulta ao centro de saúde com os outros irmãos, ou por outro motivo. O apoio ao luto acaba por ser “por acaso”. Através desta reflexão, promovi a discussão entre a equipa sobre a importância de programar consultas de apoio ao luto para estes pais e de realizar a visita domiciliária, se possível em articulação com a equipa de CPP.

Ao longo do estágio aprendi que para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o EEESIP deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização – a Escala de Mary Sheridan (Norma nº010/2013, 2013). Ao longo da avaliação do desenvolvimento, deverá, através de uma intervenção flexível e de partilha, valorizar as preocupações dos pais sobre os seus filhos, obter uma história relevante do desenvolvimento da criança, observar a criança de forma precisa e partilhar opiniões com outros profissionais. Esta avaliação permite vigiar o desenvolvimento das crianças, identificar as que possuem alterações do desenvolvimento e encaminhar atempadamente para uma intervenção precoce adequada.

Para além disso, ficou claro que as intervenções de enfermagem devem envolver a família como unidade de cuidados, onde está inserida a criança, tendo o conhecimento que cada criança é uma criança, com características diferentes e contextos diferentes. Como EEESIP devo dar ênfase aos cuidados antecipatórios e às estratégias de prevenção, promovendo e protegendo os direitos das crianças, desenvolvendo os cuidados em parceria, de forma a negociar, a empoderar e a capacitar os pais, promovendo o exercício da parentalidade. É minha responsabilidade identificar situações de risco, prevenir perturbações emocionais e do comportamento, desenvolver intervenções de acompanhamento que contribuam para a autodeterminação da criança sobre as escolhas em saúde, de forma a garantir o bem-estar da criança e família.

As intervenções EEESIP, em contexto de cuidados de saúde primários são fundamentais para continuar a garantir o processo contínuo de valorização da infância e na minha perspetiva é aqui que está a “chave” para dar resposta aos novos desafios que surgem nas sociedades atuais, contribuindo para diminuir as suas consequências no futuro, de forma a que todas as crianças, adolescentes e famílias tenham as mesmas oportunidades, tenham qualidade de vida e possam ser crianças e famílias felizes, valorizando a infância e a adolescência como fulcrais no bem-estar e nos ganhos em saúde das sociedades atuais e futuras.

2.2.1.3. Relacionadas com o Contexto de Neonatologia

Ao fim de algumas semanas, cheguei ao último estágio do meu percurso. As minhas expectativas para este estágio eram muito positivas, uma vez que sou uma apaixonada pela área da neonatologia.

Considerei como pontos positivos, facilitadores do processo de aprendizagem, para a realização deste estágio a minha curiosidade em adquirir novos conhecimentos, a criatividade na resolução de problemas, o saber estar e ser, a comunicação, o pensamento crítico, a proatividade, a facilidade de adaptação às diferentes situações, bem como a capacidade de gerir emoções. No exercício da minha profissão, cuidado de crianças em todas as faixas etárias, incluindo bebés prematuros, no entanto, os bebés prematuros que tenho vindo a cuidar têm maioritariamente problemas graves e são sujeitos a procedimentos cirúrgicos. A falta de experiência em cuidar de bebés prematuros com quadros clínicos diferentes dos supramencionados, aliada à necessidade de aprofundar os conhecimentos relacionados com os cuidados centrados no desenvolvimento, bem como ser capaz de os colocar em prática foram as principais dificuldades que senti.

Para superar estas dificuldades recorri à pesquisa bibliográfica, à reflexão na ação, à prática baseada na evidência e à proatividade, não perdendo nenhuma oportunidade para aprender e pôr em prática os conhecimentos. A minha Enfermeira Tutora contribuiu bastante para o culminar desta fase final do meu percurso devido à sua experiência e ao seu cuidado de excelência ao RN e família, permitiu que vivesse intensamente todas as oportunidades e contribuiu para a minha autonomia e superação de dificuldades. Isto foi fundamental para conseguir realizar um estágio de excelência.

Os cuidados prestados a RNPT e doentes são bastante díspares entre os diferentes países europeus. “Enquanto num país uma grande percentagem de bebés prematuros extremos acaba por morrer, noutros países os bebés nascidos exatamente com o mesmo tempo de gestação têm uma grande probabilidade de sobreviver” (*European Foundation for the Care of New-Born Infants*, 2022). Com o objetivo de garantir cuidados equitativos de elevado nível em

todos os países Europeus surgiram os Standards Europeus de Cuidados ao RN. Estes servem de referência para o desenvolvimento de protocolos ou leis a nível nacional. De acordo com estes padrões, o ambiente físico da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é muito importante para a saúde do RN. As UCIN são concebidas com o objetivo de apoiar a segurança e tratamento através da presença dos pais sem restrições, da utilização de material de apoio sensorial e de instalações de trabalho otimizadas, promovendo a colaboração entre as famílias e os profissionais na prestação de cuidados ao RN prematuro. Para além disso, os cuidados neonatais devem ser otimizados através de espaços físicos adequados que promovam a família como principal cuidadora durante o internamento. A criação de um ambiente físico facilitador da proximidade e do contacto pele-a-pele entre pais e filhos, deve ser considerado na estrutura física das UCIN. O contacto pele-a-pele precoce e continuado contribui para o sucesso do aleitamento materno e a presença dos pais nos cuidados ao bebé internado na UCIN estimula a ligação da família e promove uma boa vinculação, reforça a autoestima parental e a capacidade para tratar destes bebés tão pequenos e especiais, tão diferentes do que imaginaram ao longo da gravidez (Oliveira & Albuquerque, 2023). Em Portugal, a maioria das UCIN não se encontram desenhadas para permitir a permanência dos pais 24h por dia, em condições de conforto, privacidade e comodidade, como seria ideal.

Ao longo do estágio percebi que uma grande parte da equipa multidisciplinar está desperta para esta realidade, e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reconhecem e valorizam o papel dos pais no cuidado ao RN. No entanto, a UCIN está localizada num hospital antigo, cujo espaço físico é limitado. Recentemente sofreu remodelações na tentativa de melhorar o espaço físico e de tentar aproximar o ambiente físico do ideal, no entanto este é ainda um longo caminho a percorrer. Não há restrição quanto à permanência da mãe, pai ou familiar significativo junto da criança, no entanto a mãe é incentivada a descansar no período da noite. Após observação, discussão e reflexão com a Enfermeira Tutora concluí que o incentivo ao descanso dos pais durante a noite fora do serviço é motivado pelas condições físicas do mesmo, que não reúnem conforto, privacidade e comodidade para a permanência junto do filho.

Adotando uma postura profissional, demonstrando saber ser e estar, integrei a equipa multidisciplinar e os cuidados, sendo capaz de estabelecer uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, essencial para o processo de aprendizagem e constituindo assim um fator facilitador do desenvolvimento de competências especializadas.

Para desenvolver a competência específica “**Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**”, desenvolvi as seguintes atividades: *implementar e gerir, em parceria, um plano de cuidados promotor da parentalidade; diagnosticar e intervir em*

situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida do RN e família.

“Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança causa no seio da família.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 11). Os mesmos autores referem que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e reconhecer a sua importância e valorizá-los nos seus saberes e encará-los como parceiros, facilitando a transição que estão a vivenciar é da responsabilidade do EEESIP.

Entrar na UCIN pela primeira vez é um choque para os pais. Não só pela circunstância da prematuridade do seu bebé e toda a ansiedade e medo que isso trás consigo, mas pelo ambiente estranho e desconhecido. Os pais são confrontados com processos de transição que os remetem para uma “...crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ ou ao que os profissionais esperam que eles façam” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.19).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de cuidar maioritariamente de RNPT. Respeitando as crenças e os desejos dos pais, e considerando-os sempre como os melhores cuidadores dos seus filhos, estabeleci uma relação empática e de confiança com eles, promovendo a parceria de cuidados através da negociação da sua participação nos cuidados.

Através da comunicação eficaz e adequada com os pais, recorrendo à escuta ativa, conheci as suas expectativas, permiti que expusessem as suas dúvidas, demonstrando disponibilidade para exprimirem os seus medos. Facilitei a interação dos mesmos com o filho, inicialmente através de pequenas coisas como promover a sua presença, escolher a cor das botinhas ou do gorro, tocar na mão ou no pé, tirar uma fotografia, sentar-se junto à incubadora, e à medida que ia sendo possível através do contacto pele-a-pele, do toque e da participação nos cuidados.

Consegui estabelecer uma relação de confiança com as famílias que me cruzei, agindo com o objetivo de promover o desenvolvimento da parentalidade e a vinculação. Através de intervenções de apoio, ensino, instrução e treino, transmitindo conhecimentos e habilidades, promovendo a interação com o RN e estando atenta à relação entre o casal e ao funcionamento familiar, tal como é esperado de mim enquanto EEESIP. Fui agente facilitador da transição para a parentalidade estabelecendo um contacto positivo com os pais, isto é “... aumentando a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo a interação com a criança, incentivando-os a expressar as suas expectativas, motivando-os para a aprendizagem de capacidades, percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família.” (Mercer como referido por Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.27).

Constitui um elo de ligação bebé-família, especialmente no período sensível de adaptação parental, evidenciando e valorizando as capacidades do RNPT e envolvendo os pais nos cuidados.

Quando o RNPT nasce e fica internado na UCIN verifica-se uma separação dos pais quase imediata, que se agrava com os obstáculos físicos do ambiente nestas unidades. A ligação da família na UCIN é por isso, a meu ver, um processo difícil, que deve ser atenuado pelo EEESIP. “A vinculação entre a criança e as pessoas significativas é essencial para o bem-estar emocional e mental da criança, o que parece poder estar comprometido durante o internamento do prematuro na UCIN” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Assim, durante todo o estágio fui capaz de implementar e gerir, em parceria, um plano de cuidados individual, dirigido para as necessidades do RNPT e da família, com intervenções que promovem o desenvolvimento da parentalidade e o envolvimento dos pais nos cuidados ao RNPT, minimizando o impacto negativo que a separação dos pais poderá ter no desenvolvimento e crescimento do bebé. Estive muito atenta para estas questões, e através da observação, da avaliação da família, da comunicação com os pais, da reflexão com a Enfermeira Tutora e do trabalho em equipa, consegui diagnosticar e intervir em algumas situações de risco, nomeadamente as relacionadas com a ligação pais-bebé e vinculação, assim como promover a discussão na equipa sobre esta temática.

Aprendi que a preparação para o regresso a casa do RN deve ser realizada em equipa multidisciplinar e estabelecida precocemente, desde que o bebé esteja estável e/ou em fase de recuperação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Durante o estágio participei na preparação da família para o regresso a casa, através do envolvimento dos pais nos cuidados, ensinando-os sobre os cuidados relacionados com a alimentação, higiene, sono, sinais e sintomas de doença (dificuldade respiratória, febre, entre outros), medidas preventivas do Síndrome de Morte Súbita do Lactente e medidas de segurança durante o transporte. Os pais que adquirem conhecimentos e experiência para cuidar do bebé têm mais confiança e capacidade de assumir toda a responsabilidade no domicílio (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Ao participar no teste da apneia do RN na cadeira de transporte, nomeadamente no RNPT, aprendi que é essencial para avaliar se a estabilidade hemodinâmica do bebé é igual a quando está em decúbito dorsal no berço e se este está preparado para regressar a casa em segurança. Na UCIN estes procedimentos são de realização obrigatória antes da alta do RNPT (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Aprendi que é fundamental avaliar o contexto familiar e a situação socioeconómica da família, com o intuito de perceber que apoio têm da família alargada e da comunidade, bem identificar

potenciais dificuldades e riscos, para encaminhar para outros profissionais se necessário, como por exemplo a técnica de Serviço Social.

Para desenvolver a competência específica “**Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**”, desenvolvi as seguintes atividades: *identificar situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados; fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN e família; responder às doenças raras com cuidados de enfermagem adequados; apoiar a família no processo de luto; refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto neste contexto.*

Quando o RNPT chega à UCIN o cuidado subsequente vai ao encontro do estado do RN. O cuidado geral dos RNPT difere daquele dos RN de termo, especialmente no que diz respeito às intervenções relacionadas com o suporte respiratório, regulação da temperatura, nutrição, suscetibilidade à infecção e promoção do neurodesenvolvimento (Fraser, 2018).

Um RN de alto risco, independentemente da idade gestacional ou do peso de nascimento, tem maior risco de morbidade ou mortalidade. Os RNPT tardios, isto é, aqueles que nascem entre as 34 e as 36 semanas, frequentemente apresentam problemas de saúde semelhantes aos RNPT, como sofrimento respiratório, hipoglicemia, dificuldade em estabilizar a temperatura corporal e dificuldades alimentares. A avaliação e intervenção imediatas em emergências perinatais fazem a diferença na qualidade de vida da criança e família (Fraser, 2018).

Ao longo do estágio, observei atentamente os RNPT, realizando uma avaliação sistemática do mesmo, tendo em conta o aspeto geral e a estabilidade hemodinâmica. Os RNPT encontravam-se em incubadora, com humidade e temperatura controladas e adequadas à idade gestacional, com frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura e saturação periférica de oxigénio monitorizadas. Vigiei o aspeto físico, o comportamento e os sinais vitais do RNPT, identificando alterações significativas e adequando as intervenções às mesmas.

Durante o estágio as situações que vivenciei de maior instabilidade das funções vitais foram a apneia da prematuridade e a dificuldade respiratória do RNPT. Vigianto a frequência respiratória, observando o tórax, a alteração de coloração da pele e da vigilância dos valores da saturação periférica de oxigénio e frequência cardíaca, consegui identificar as situações de apneia que comprometem a vida do RNPT, adequando os cuidados à mesma com vista à estabilização das funções vitais. Destes cuidados fizeram parte a estimulação tátil, a administração de oxigénio e em situações de difícil recuperação, a ventilação por pressão positiva.

A apneia da prematuridade e a dificuldade respiratória no RNPT exigem, na maioria das situações, apoio mecânico na ventilação. Durante o estágio, cuidei do RNPT maioritariamente com necessidade de ventilação não invasiva (VNI), algumas vezes com necessidade de oxigenoterapia suplementar. Nas situações que exigiam oxigenoterapia suplementar tive especial atenção e adotei medidas de prevenção da retinopatia da prematuridade, nomeadamente a adequação dos limites do alarme do monitor e na gestão do oxigénio em função dos valores da saturação periférica de oxigénio, evitando o excesso de oxigénio fornecido ao bebé. Para além disso tive o cuidado manter o oxigénio oferecido aquecido e humidificado através da vigilância dos sistemas apropriados para o efeito. A VNI é a forma de ventilação mais utilizada atualmente e o enfermeiro deve estar especialmente atento aos cuidados necessários para a sua implementação e funcionamento de sucesso (Oliveira & Albuquerque, 2023). Durante os cuidados com a VNI tive cuidado na escolha do tamanho da interface e do sistema de fixação mais adequado, promovendo uma boa adaptação com pressões ventilatórias adequadas, vigiei o posicionamento da mesma, a pele, alternando a interface de acordo com a necessidade, tolerância e preferência do RNPT, evitando lesões por pressão e vigiando a obstrução nasal, aspirando secreções quando necessário. Relativamente à aspiração de secreções, identifiquei a necessidade para a sua realização e nunca o realizei por rotina. Tive cuidado na escolha da sonda e na definição da pressão de aspiração, evitando lesões da mucosa nasal.

Em RN de risco, nomeadamente os prematuros e filhos de mães com diabetes gestacional, agi de acordo com o protocolo instituído e em equipa, vigiei sinais de hipoglicemia no RN, nomeadamente estando atenta a sinais como hipotonia, tremores, respiração irregular (apneias, taquipneia), alterações no nível de consciência e do comportamento (irritabilidade, choro anormal, dificuldades na sucção/alimentação), cianose, vômitos ou presença de convulsões, participando na prevenção da hipoglicemia através da administração de leite materno na primeira hora de vida e em intervalos a cada 2 a 3 horas em conformidade com a equipa médica.

A prematuridade é um fator de risco para o desenvolvimento de infeções. Adotei medidas de prevenção de infeção durante todo o estágio, nomeadamente através da higienização das mãos, da utilização de equipamentos individuais de proteção, da preparação assética da medicação e da educação para a saúde dos pais sobre medidas de prevenção de infeção, nomeadamente a higienização das mãos. Durante o estágio, foi possível ainda refletir sobre a importância do leite materno para a imunidade do RNPT. Ainda não é prática recorrente na UCIN onde estagiei a colostroterapia, no entanto promovi a discussão na equipa com o apoio da Enfermeira Tutora. A colostroterapia consiste na exposição da mucosa da boca do RN a pequenas quantidades de colostro. O seu objetivo não é nutricional, mas sim "...promover a

absorção de fatores imunológicos, fatores de crescimento da mucosa intestinal, bem como contribuir para a constituição de um microbioma mais favorável. Também contribui para a lactação e para o empoderamento da mãe no cuidado ao seu filho (Oliveira & Albuquerque, 2023). Segundo as mesmas autoras, a colostroterapia deve iniciar-se o mais precocemente possível e não é contraindicada quando o bebé está em pausa alimentar.

Os RN internados nas UCIN são muitas vezes sujeitos a procedimentos dolorosos. Com base nos conhecimentos adquiridos ao longo dos contextos anteriores e desenvolvimento de capacidades para garantir a gestão da dor e o bem-estar do RN e família, recorri essencialmente a medidas não farmacológicas de controlo da dor com o envolvimento dos pais nos cuidados, à sua avaliação através da interpretação dos sinais de dor e comportamento do bebé, bem como a aplicação de escalas de avaliação da dor, nomeadamente a *Escala Échelle Douleur Inconfort Nouveau* (Orientação nº014/2010, 2010). A dor em pediatria apresenta uma prevalência que abrange quase a totalidade dos RN (Batalha, 2010). Durante os procedimentos dolorosos, como colheitas de sangue, recorri essencialmente à amamentação, à contenção, à administração de sacarose oral, à sucção não nutritiva, através do cuidado método de canguru (MC) e da negociação com os pais sobre a sua presença.

O bem-estar do RN e família vai para além do controlo da dor. Durante a prestação de cuidados adotei técnicas como a troca de fralda em posição lateral, a pesagem envolvida e o banho envolvido, negociando sempre a participação dos pais nestes cuidados, ensinando-os sobre os seus benefícios.

Relativamente à alimentação, o facto do RNPT ter sucção na chupeta não indica, por si só, prontidão total para mamar ou capacidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração sem algum stresse. De forma a promover o bem-estar do RN estive atenta aos sinais de prontidão para a alimentação oral, nomeadamente a presença de sucção forte, a coordenação da sucção e da deglutição, a presença de reflexo de vômito, presença de reflexo de busca e estado de alerta antes das refeições e sono após. Através da observação inicial e da reflexão na ação com a Enfermeira Tutora percebi que esta não é uma prática recorrente dos profissionais, e que muitos insistem para que os bebés se alimentem oralmente sem ainda estarem prontos. Promovi a discussão na equipa sobre a criação e implementação de um protocolo que valorizasse os sinais de prontidão do bebé para se alimentar oralmente.

Relativamente ao bem-estar da família refleti sobre o impacto que o nascimento de um bebé prematuro tem na vida dos seus irmãos e aprendi que a visita dos irmãos ao bebé durante o internamento é muito importante, pois ajuda-os a lidar com a realidade em vez de fantasiar como é característico nas crianças mais pequenas, ajudando a constituir a família como

unidade (Fraser, 2018). Na UCIN, quando a situação permite, é incentivada a vinda dos irmãos e dos avós para conhecerem o bebê.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de cuidar de RN com doenças raras, nomeadamente a Síndrome de DiGeorge, a Epidermólise Bolhosa e a Trissomia 18. De forma a dar resposta e prestar cuidados adequados a estas situações, recorri à reflexão e partilha de experiências com a equipa, bem como à pesquisa bibliográfica sobre a mesma, adquirindo conhecimento sobre a doença, as suas implicações e sobre a especificidade dos cuidados a oferecer, estando preparada assim para informar e esclarecer os pais das suas dúvidas, expectativas e medos.

Aprendi que o nascimento de um bebê prematuro é um acontecimento gerador de stress para a família. Surge o confronto entre o bebê idealizado e o bebê real. A adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável idealizado torna-se mais difícil com o nascimento de um bebê em risco, pois ocorre a perda do bebê idealizado e surge o bebê temido, que interfere com a dinâmica, funcionamento e bem-estar familiar, traduzindo-se em sentimentos de dor e sofrimento para os pais profissionais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Quando o RN nasce doente, a separação física que isso implica, cria alterações emocionais nos pais que podem prejudicar gravemente a capacidade de serem pais. Na dúvida da sobrevivência os pais podem ser resistentes em estabelecer uma relação com o bebê. Ao mesmo tempo que se preparam para a morte do RN esperam a sua recuperação (Fraser, 2018). Lidar com a existência de um bebê “diferente” e com a perda do bebê idealizado saudável é difícil, doloroso e demorado. O processo de luto é fundamental para a reorganização emocional e consequente aceitação do bebê real. Em algumas situações, os pais desenvolvem depressão crónica, com aparecimento de sentimentos de incompetência e ineficácia. Durante o internamento na UCIN reconhecer as dificuldades dos pais neste processo de luto e o impacto que pode ter no seu papel de pais no futuro é uma área de atenção fundamental dos profissionais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Ao longo do estágio, as minhas intervenções no apoio ao luto da família pela perda do filho idealizado saudável foram a preparação da primeira visita ao bebê, nomeadamente através da participação no projeto MAE (que descreverei mais à frente), o respeito pela cultura, crenças e desejos dos pais, dando o espaço e tempo que precisam, encorajando-os a tocar e a falar com o bebê quando mostrarem vontade para tal. Consegui estabelecer uma relação empática e de confiança com a família, demonstrando disponibilidade e capacidade de escuta ativa. Dei a conhecer aos pais grupos de apoio, como a Associação XXS, informando da existência de documentos disponíveis *online*, como informação verdadeira e fidedigna, como o “Manual para os pais de bebês prematuros, elaborado pela Sociedade Portuguesa de

Pediatria, em 2016, e o livro “Como confortar um bebê em cuidados intensivos”, desenvolvido pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, em 2021.

Recorrendo à intervenção dos cuidados paliativos pediátricos foi possível apoiar a família da bebé com Trissomia 18, cujo plano de cuidados estava delineado desde o diagnóstico pré-natal.

Para desenvolver a competência específica **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** desenvolvi as seguintes atividades: *comunicar com o RN e família de forma adequada; prestar cuidados promotores do desenvolvimento centrados no RN e família, em especial os que contribuem para o neurodesenvolvimento; promover a vinculação de forma sistemática, em especial no RNPT.*

Quanto menor a idade gestacional maior o risco e as necessidades de cuidados. As complicações ao nível dos diversos órgãos e sistemas, inerentes à sua imaturidade, potenciam o risco de lesões e sequelas, especialmente ao nível do neurodesenvolvimento. (Constante, 2017; Ramos et al., 2020). Tradicionalmente, o ambiente das UCIN representa para a maioria dos RN a completa separação dos pais, excesso de estímulos e recorrente exposição a procedimentos invasivos e dolorosos, ou seja, o cérebro do bebé desenvolve-se num ambiente oposto ao que seria esperado para desenvolvimento normal do sistema nervoso central (Santos, 2011). Isto pode estar na origem de “...potenciais sequelas relacionadas com a permatividade, como alterações neurosensoriais graves, disfunções cerebrais, atraso na linguagem, alterações do comportamento, défice de atenção e hiperatividade, entre outras.” (Ramos et al., 2020, p.123). Não respeitar os períodos de sono, realizar mudanças de posicionamento, aspiração de secreções, ambientes ruidosos e luminosos provocam efeitos no cérebro e consequentemente alterações no seu desenvolvimento (Santos, 2011).

O MC e o Aleitamento Materno (AM) promovem a adaptação do RN ao ambiente extrauterino. Relativamente ao MC existe evidência que este melhora significativamente o ritmo cardíaco, a temperatura corporal, o padrão de sono, o aumento ponderal e a maturação cerebral do RN (Ramos et al., 2020). É uma assistência prestada ao RN, onde o mesmo é posicionado em decúbito ventral, na posição vertical contra o peito da mãe. Este contato pele a pele promove a estabilidade térmica, estimula o AM e aumenta o vínculo entre mãe e o filho. Produz um aumento da atividade eletromiográfica do RNPT, favorece o sono (principalmente o sono profundo) e há uma prevalência da amamentação exclusiva até os seis meses. Quando realizada em decúbito lateral apresenta maiores benefícios relacionados com o desenvolvimento neuromotor precoce, taxas de crescimento significativamente maiores com

o ganho de peso, contribuindo também para a diminuição dos dias de internamento, acelerando a alta hospitalar (Zirpoli et al., 2019). O leite materno (LM) é o melhor alimento para o RN, quer pela sua riqueza ideal de nutrientes, quer pela imunidade que confere (Ramos et al., 2020).

Na década de 80 surgiu o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), desenvolvido por Heidelise Als. A filosofia de cuidados desenvolvida por Als assenta na avaliação individual do RN, permitindo uma adaptação ao ambiente da UCIN e dos cuidados, na sua globalidade, e integrando os pais como atores indispensáveis na relação com o RN (Als, 2015), dando assim suporte ao RN e família (Santos, 2011). Ancorado na Teoria Sinativa do Desenvolvimento Neonatal, em que as funções fisiológicas e comportamentais dependem da interação dos subsistemas autónomo, motor, de organização dos estados, atenção/interação e autorregulador (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020), o EEESIP "...conceitualiza o desenvolvimento cerebral, como o produto de um processo contínuo de interação entre o RN e as experiências que o rodeiam" (Constante, 2017, p.7).

O foco dos cuidados centrados no desenvolvimento é o relacionamento construído com o bebé (Santos, 2011). O RN é visto como um ser ativo no seu próprio cuidado, esforçando-se de forma determinada para continuar o desenvolvimento iniciado no útero. O RN, quando sujeito a estímulos inadequados, desencadeia comportamentos de afastamento que evidenciam sinais de stresse (mudança de cor, alterações na frequência cardíaca, na saturação periférica de oxigénio, alterações na respiração, extensão das extremidades, soluço, bocejo, vómito e atividade desorganizada) e quando são proporcionados estímulos adaptativos, o RN reage com comportamentos de aproximação, procurando interagir com os estímulos positivos, que se traduz em sinais de estabilidade (padrão de frequência cardíaca e respiratória regulares, coloração rosada, manutenção da postura e tónus, posição fletida, mão no rosto, mão na boca, sucção, olhar vivo e atento, aspeto e postura relaxadas, comportamentos de autoconsolo, padrões de sono organizados) (Ramos et al., 2020). Ainda segundo os autores anteriores, observar e interpretar o comportamento do RN, permite identificar as suas necessidades, bem como as estratégias utilizadas por ele para se adaptar ao ambiente, de modo a que seja possível desenvolver intervenções que possam promover o desenvolvimento global e a organização neurocomportamental. Desta forma é possível definir um plano de cuidados que melhora e fortalece o bebé, dá suporte às situações de sensibilidade e vulnerabilidade e diminui o impacto do ambiente e dos cuidados no RN (Santos, 2011). A integração da abordagem e dos procedimentos subjacentes ao NIDCAP nos cuidados a RNPT traz benefícios na diminuição da morbilidade neonatal, nomeadamente através da "...redução da incidência e gravidade da displasia bronco-pulmonar, no número de

dias de ventilação invasiva e de internamento e, também, ao nível do neurodesenvolvimento (...) refletindo-se em melhor desempenho neurocomportamental, motor e neurofisiológico, maior maturidade neuroestrutural e melhor desempenho neuropsicológico aos oito e nove anos de idade” (Constante, 2017, p.37).

No ano de 2015, em Portugal, o Centro Hospitalar de São João no Porto, inaugurou o primeiro Centro de Treino NIDCAP. Durante o meu processo de aprendizagem, com vista a obter mais conhecimento e formação nesta área, de forma a ser capaz de prestar cuidados numa perspetiva individualizada, centrada na família e no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT, em junho de 2023, meses antes de iniciar o estágio final, realizei a formação orientada para o neurodesenvolvimento do RN e para a família (Family Infant Neurodevelopmental Education (FINE) nível 1) no Centro Hospitalar de São João no Porto. Considero que o conjunto de conhecimentos e ferramentas adquiridos com esta formação foram um ponto positivo para o desenvolvimento deste estágio, que permitiu que estivesse desperta para todos os pormenores e fizesse a diferença na prestação dos cuidados.

Ao longo do estágio prestei cuidados promotores do desenvolvimento centrados no neurodesenvolvimento e na família, principalmente a duas gémeas desde o nascimento (idade gestacional de 27 semanas e 6 dias) até à idade corrigida de 32 semanas, idade que tinham quando terminou o estágio. Prestar cuidados de forma contínua a estas duas bebés, e em simultâneo, e refletir na ação com a Enfermeira Tutora, constituiu uma experiência muito enriquecedora, que me permitiu, de forma autónoma, pôr em prática os meus conhecimentos. Ao longo do estágio fiquei mais responsável por uma das gémeas, vivendo com a família todo o processo inicial de internamento, a fase mais instável de ambas, com necessidade de ventilação não invasiva e outros procedimentos dolorosos e stressantes, como colocação de sondas de alimentação, aspiração de secreções, colheitas de sangue e colocação de cateter venoso periférico, estabelecendo com a família uma relação empática e de confiança, bem como uma comunicação permanente e eficaz.

Para além de possuir conhecimentos teóricos e destreza técnica, providenciar cuidados de qualidade ao RN de alto risco engloba o saber cuidar, o saber interagir e o saber comunicar com ele (Ribeiro et al., 2016). A comunicação, como tenho vindo a descrever nos contextos de estágios anteriores, é essencial, e considero um dos meus pontos fortes como futura EEESIP. Comunicar eficazmente com o RN e família exige atenção e disponibilidade, que demonstrei em todas as situações. O RN é um ser capaz de se relacionar com o ambiente e com outras pessoas, de explorar visualmente o ambiente, de organizar a sua perceção sobre este, de ouvir e discriminar sons e de demonstrar a sua preferência pela voz humana. Durante o momento de interação, através da manifestação de um conjunto de comportamentos, de acordo com o estado em que se encontra, é capaz de comunicar (Mendes & Bonilha, 2003).

Quando o RN nasce, é através do tato que são absorvidas as primeiras informações do mundo extrauterino, recolhendo dele sensações positivas e negativas. O RNPT é dotado de sensibilidade vestibular, funcional a partir das 21 semanas de gestação, responsável pela captação das mensagens provenientes do próprio corpo, dando informação sobre a orientação do mesmo no espaço (Ferraz, 2017). Ao longo do estágio estive atenta às formas de comunicar do RN, nomeadamente através da observação dos seus comportamentos, do tônus muscular e do choro respondendo com serenidade, satisfazendo as suas necessidades fisiológicas, promovendo a sua autorregulação e conforto, através do toque, da contenção e do posicionamento adequados.

Agi, em todos os momentos, tendo em consideração a avaliação do estado de saúde do RNPT, as características da idade gestacional, os fatores de risco e a avaliação da família.

Entre as 26 e as 29 semanas, em termos visuais, os RNPT abrem os olhos ocasionalmente, sem reflexo pupilar, com movimentos oculares rápidos, respondendo a estímulos visuais, essencialmente com sinais de stresse. Apresentam breves períodos de alerta espontâneo. Em termos auditivos, começam a orientar-se para uma fonte de som suave essencialmente às 28 semanas, apresentando uma sensibilidade ao som expressa por instabilidade fisiológica, é capaz de responder e manifestar preferência pela voz da mãe. A nível motor apresentam tônus muscular diminuído e os membros estão em extensão a maior parte do tempo, apresentando movimentos espontâneos incontrolados, como tremores. Apresentam uma pele frágil e sensível, reagindo com instabilidade fisiológica em resposta ao toque, demonstrando sinais de stresse durante as manipulações. Apresentam reflexo de sucção desorganizado e são ainda incapazes de mamar, no entanto os recetores gustativos e olfativos estão funcionantes. Não têm ainda capacidade para a interação social e a sua autorregulação é limitada. É um período em que a relação parental pode estar ameaçada (Ramos et al., 2020).

Baseando as minhas ações nestes conhecimentos, durante este período, com o auxílio de ninhos e suportes adequados, tive atenção especial ao posicionamento da bebé, colocando-a em posição de flexão com alinhamento na linha média, permeabilizando a via aérea e evitando a ocorrência de apneias, posições de hiperextensão, posições viciosas e assimetria postural. Durante o posicionamento delimitar barreiras físicas, nomeadamente através do ninho com toalhas e outros instrumentos já existentes, imitando as paredes uterinas, dando espaço para a sua movimentação espontânea.

Um bom posicionamento melhora a ventilação, aumenta o tempo de sono, reduz o stresse, reduz o gasto de energias e facilita o desenvolvimento neuromotor. Se se aproximar do

ambiente uterino é ainda mais reconfortante (Oliveira & Albuquerque, 2023). À medida que fui conhecendo a bebé, fui adequando os posicionamentos às suas preferências.

Dentro da incubadora, para movimentar a bebé, usei movimentos lentos, rodando-a sobre o colchão em vez de a levantar, mantendo a posição fetal durante o movimento. Providenciei períodos de repouso, contribuindo ativamente para isso através da redução do ruído, da luz e das manipulações. Durante as manipulações (em que muitas vezes tive de usar luz artificial) protegi sempre os olhos com uma compressa e procurei direcionar o foco luminoso apenas para o local que pretendia observar, sem nunca direcionar o mesmo para a face da bebé. Falei com a bebé com tom de voz suave, agindo como agente facilitador da diminuição do ruído, em conjunto com a Enfermeira Tutora, nomeadamente através da consciencialização da equipa para o impacto do ruído no desenvolvimento dos RNPT. Planeei e organizei os cuidados, no início do turno, de forma a limitar a quantidade e a frequência das manipulações, promovendo a organização comportamental da bebé e a estimulação tátil positiva, nomeadamente através de estratégias e material de contenção, proporcionando o envolvimento dos pais nos cuidados de forma progressiva, através de intervenções de ensino e instrução em relação ao toque, ao contacto pele a pele, à amamentação e às particularidades e princípios do cuidado, dando oportunidade aos pais de verem, falarem, tocarem e participarem nos cuidados, colocando em prática o MC. Em relação à fixação de equipamentos, como o sensor de saturação periférica de oxigénio, o sensor de temperatura cutâneo ou a fixação da sonda nasogástrica, necessitei de utilizar adesivos. Durante essa utilização ponderei a escolha do material do adesivo, ou seja, sempre que possível, nomeadamente na fixação do sensor de temperatura cutânea, recorri a adesivos de silicone. O uso de produtos adesivos de silicone é recomendado para proteger a pele dos RNPT, porque aderem e removem-se com facilidade (Ferraz, 2017). Durante os períodos de alimentação, que devido à imaturidade, é realizada através da sonda de alimentação por gavagem, em todos os turnos, embebi uma compressa em LM e coloquei próximo da bebé para que pudesse sentir o cheiro do LM durante a alimentação. Evitei o uso de antissépticos para a desinfeção das mãos para proteger a bebé do cheiro intenso, não criando assim experiências olfativas negativas, optando pela higiene das mãos com água e sabão. Através da comunicação eficaz com o RN e família, da negociação com os pais, e em parceria, cuidamos da bebé promovendo a organização e a regulação do comportamento da bebé, minimizando o impacto negativo que o ambiente e os cuidados na UCIN desenvolvem nesta fase inicial.

Entre as 30 e as 32 semanas, o RNPT mantém os tremores, assusta-se com facilidade, no entanto, vai apresentando movimentos mais controlados. Começa a desenvolver a flexão em repouso e a apresentar alguns movimentos ativos dos membros. Os estados começam a

organizar-se em alerta e repouso, com aumento do sono profundo. Ocorre melhoria do reflexo pupilar, aumentando a capacidade para cerrar as pálpebras como resposta à luz, focando por curtos períodos o rosto humano, sendo possível que abra os olhos no ambiente escurecido. Demonstra preferência pela voz humana e em resposta ao som demonstra comportamentos mais consistentes e organizados. Por volta das 32 semanas inicia respostas de habituação. É capaz de coordenar o reflexo de sucção com a deglutição, com sucção mais coordenada. Aumentam comportamentos de autorregulação como levar a mão à boca. Devem utilizar-se estados de alerta e contacto visual ocasionais para promover a vinculação (Ramos et al., 2020).

Assim, juntamente com os cuidados que já tinha vindo a implementar, neste período, acrescentei cuidados como respeitar os períodos de sono profundo, através da prestação de cuidados em períodos de alerta sempre que possível. Através da observação do comportamento do RNPT, nomeadamente do reconhecimento dos sinais de afastamento e aproximação, que se traduzem em instabilidade ou estabilidade, respetivamente, encarando a bebé como agente ativo do seu processo de desenvolvimento, adequiei as intervenções de estimulação e interação social, nomeadamente com os pais. Ensinei os pais a observarem também o seu bebé e identificarem os comportamentos de aproximação, incentivando-os a interagir com a bebé nesses momentos. Durante a alimentação, em vez da compressa embebida em LM, respeitando a tolerância da bebé promovi a sucção não nutritiva com umas gotas de LM em todas as refeições. Na última semana de estágio, durante a execução do MC, respeitando a prontidão da bebé, os medos e desejos da mãe, com calma e serenidade, estimulamos pela primeira vez a sucção na mama.

Ao longo do estágio cuidei maioritariamente da família supramencionada, no entanto também tive a oportunidade de cuidar de outros RNPT, nomeadamente com idade gestacional superior às 33 semanas.

Após as 33 semanas os movimentos do RNPT continuam a tornar-se mais controlados e suaves, sendo capaz de virar a cabeça, de aumentar a resistência aos movimentos passivos das extremidades, melhorando a postura e os movimentos de autorregulação, no entanto as articulações tendem à flexão durante o repouso. Os estados começam a definir-se mais claramente, adquirindo períodos de sono calmo e profundo, com transição suave entre os períodos de alerta. Começa a acordar antes das refeições. Apresenta reflexo pupilar e aumenta a capacidade de manter as pálpebras fechadas em resposta à luz, mantendo os olhos abertos durante o estado de alerta. Reage aos estímulos visuais, mas se hiperestimulado cansa-se facilmente. O comportamento reflete a sensibilidade individual ao som. Torna-se mais tolerante aos diferentes tipos de toque, com resposta fisiológica e psicológica variada aos estímulos dolorosos. Apresenta capacidade para se alimentar, uma

vez que a coordenação entre os reflexos de sucção, nutrição e a respiração ganham consistência. A alimentação por via oral pode ainda estar limitada. Começa a estabelecer-se um padrão de alimentação à mama. O RNPT começa aos poucos a ter iniciativa e capacidade para ser ele a iniciar a interação social. Continua a demonstrar sinais de stresse, por vezes só tolerando um estímulo social de cada vez. Os comportamentos de autorregulação aumentam e diversificam-se (Ramos et al., 2020).

Neste período, promovi o apoio da flexão, otimizando o posicionamento e favorecendo os comportamentos de autorregulação, como levar as mãos à boca. Observando e interpretando a postura e os sinais do bebé, respeitando os momentos de sono profundo, adequei, em parceria com os pais, a prestação dos cuidados durante os períodos de alerta, adaptando os momentos de estimulação e de interação com o bebé com base nos sinais de stresse e estabilidade, sujeitando o bebé a um estímulo de cada vez, observando a sua resposta. Mantive cuidados com a luminosidade, ruído e com a organização comportamental e estimulação tátil positiva, através da contenção e do MC. Em parceria com os pais, estimei o AM, inicialmente planeando os momentos de amamentação, de acordo com os sinais do bebé, e ensinando a mãe sobre a importância de a mãe estar confortável, sobre a posição, a pega e a sucção, clarificando e esclarecendo as dúvidas e os medos. Através do ensino aos pais em relação à observação e interpretação dos sinais do bebé, estimulando o desenvolvimento da competência parental para a identificação das capacidades comunicacionais do bebé, promovendo a interação social entre ambos e consequentemente a vinculação. Na instituição está em curso o Projeto MAE (M- motivar a relação afetiva mãe/filho; A – articular o trabalho entre a neonatologia e a medicina materno fetal; E – estimular os pais a cuidar do RN). Ele é dirigido a todas as grávidas internadas que apresentam ameaça de parto prematuro ou gravidez de termo, em que por patologia associada, haja a possibilidade do internamento no serviço de neonatologia, de forma a promover e estimular a relação pais/filho e a vinculação. Durante um turno estava programado o nascimento prematuro de dois gémeos de 28 semanas de idade gestacional. O parto seria durante a tarde e a mãe estava internada desde o dia anterior. Com o intuito de minimizar a ansiedade, o medo, o sentimento de culpa e criar expectativas positivas, promovendo a aproximação subtil do bebé imaginário ao bebé real, comecei por explicar aos pais as características correspondentes à idade gestacional dos bebés que iriam nascer, dando ênfase às capacidades que já teriam e clarificando algumas que ainda não, alertando para eventuais necessidades de equipamentos, como a VNI, esclarecendo dúvidas e demonstrando disponibilidade. Procedi à apresentação da equipa, da estrutura física do serviço e das suas normas de funcionamento, com recurso a fotografias, vídeos e outros documentos. Sempre que possível, e quando desejado pelos pais, é realizada uma visita ao serviço. Não foi o caso

dada à condição de saúde da mãe. Posteriormente, acompanhei a primeira vinda do pai, que foi incentivado a tirar fotografias aos bebês para mostrar à mãe. O pai mostrava-se mais tranquilo.

2.2.2. Desenvolvimento de Competências Comuns

A atribuição do título de EE pressupõe, para além das competências específicas, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns. Envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de levar a cabo investigação pertinente, contribuindo para o avanço da Enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

Agora, faço a descrição, sistematização, análise e reflexão do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns ao longo de todos os contextos. No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, durante todos os estágios demonstrei uma prática segura, profissional e eticamente adequada, refletindo de forma sistemática sobre as melhores práticas e adequando-a às preferências da criança e família. Agi de acordo com as normas legais, com os princípios éticos, e com a deontologia profissional. Contribuí para a garantia de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades para com a profissão. Tive presente como documentos base, o REPE, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, o Regulamento das Competências Comuns do EE, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Carta da Criança Hospitalizada e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis do Milénio (ODS) (2020-2030). Considero fundamental esta consciência e conhecimento sobre os ODS, nomeadamente do ODS número três “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, nomeadamente através do desenvolvimento de intervenções que acabem com as mortes evitáveis de RN e crianças menores que cinco anos e da promoção da saúde mental e do bem-estar. O EEESIP tem um papel importante no atingir desta meta. Fui assídua e pontual, demonstrando saber ser e saber estar, empatia, interesse, disponibilidade e iniciativa em todos os momentos de aprendizagem. Um dos grandes desafios atuais é a multiculturalidade nos cuidados de saúde. Foi uma realidade de todos os contextos a presença de crianças e famílias culturalmente diferentes. Atualmente vivemos uma era de grande fluxo migratório, voluntário e involuntário, que traduz a multiculturalidade que vivemos. Estarmos capacitados para essa diversidade cultural é fundamental para adequar os cuidados às necessidades das pessoas que cuidamos. Estive atenta à cultura das crianças e famílias e procurei, através da pesquisa bibliográfica, e da comunicação com a

família, conhecer a sua cultura, hábitos e crenças, de forma a adequar a minha intervenção. Fui assim agente promotor dos direitos humanos, respeitando a privacidade e a dignidade da criança e família, promovendo um ambiente seguro. Desta forma desenvolvi as seguintes competências: **“desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”** e **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”**.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** colaborei com a equipa de enfermagem do SUP no seu processo de preparação para o programa de acreditação de que o serviço iria ser alvo, baseando a minha ação na experiência desenvolvida em contexto profissional, uma vez que trabalho num serviço acreditado. A OMS considera a acreditação das organizações de saúde como um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados. Colaborei ainda na monitorização e análise de indicadores de qualidade, definidos como marcadores específicos do estado de saúde da população que radicam em métricas, resultados e ganhos em saúde centrados na criança e família, nomeadamente na prevenção de complicações, resolução de diagnósticos de enfermagem e evolução das condições de saúde desde a admissão até ao momento de alta, evidenciando o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde (Direção-Geral de Saúde, 2022). Contribui para um ambiente seguro, através do respeito pelos programas existentes nos serviços de controlo de infeção, prevenção do erro terapêutico, prevenção de úlceras de pressão e identificação inequívoca da criança. Promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção, através do respeito pela multiculturalidade e pelos direitos da criança. Em todos os contextos procurei oportunidades de melhoria e promovi a discussão com a equipa sobre elas, nomeadamente no que diz respeito à gestão da dor na criança e à promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento no RNPT. Desenvolvi assim as seguintes competências: **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica”** e **“desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em projetos de melhoria contínua”**.

No **âmbito da gestão dos cuidados**, em todos os contextos, colaborei com as Enfermeiras Tutoras, todas elas EEESIP e responsáveis pelo turno, no desempenho de atividades relativas à gestão de recursos humanos, nomeadamente à sua organização e coordenação, tendo em conta os procedimentos planeados, a legislação e as dotações seguras. Participei na gestão da ocupação do serviço, através da organização de admissões e transferências, considerando a idade e estadio de desenvolvimento, respeitando as orientações do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (Direção-Geral da

Saúde, 2008). Colaborei na gestão dos recursos materiais e terapêutica. Os diferentes contextos deram-me exemplos distintos de estilos de liderança. Colaborei na otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a restante equipa de saúde e na adaptação da gestão dos recursos humanos e materiais às diferentes situações, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Através da reflexão e pensamento crítico foi possível perceber qual o mais adequado a cada situação. Desta forma desenvolvi as seguintes competências: **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”** e **“adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”**. No âmbito do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** fui capaz de desenvolver a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo as minhas limitações e as minhas dificuldades, gerindo sentimentos e emoções, atuando adequadamente sob pressão em situações mais exigentes, sendo agente facilitador de gestão de conflitos. Identifiquei necessidades formativas do serviço. Fui capaz de identificar oportunidades de investigação e de atualização do conhecimento. Aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, com iniciativa para refletir sobre as situações. Desta forma desenvolvi as seguintes competências: **“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”** e **“basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica”**.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO – A PERDA DO FILHO SAUDÁVEL: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FACILITADORAS DA ADAPTAÇÃO PARENTAL NO PROCESSO DE LUTO

A investigação em Enfermagem “...é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina...”, através da resolução de problemas e obtenção de respostas a determinadas questões, contribuindo beneficentemente para a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1). Segundo os mesmos autores, o conhecimento adquirido utiliza-se para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde.

Dentro da temática do apoio ao luto da família, selecionei para a componente de investigação o tema do apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável. Após esta seleção, foi elaborado e aprovado o Projeto de Estudo pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (**Apêndice V**) e deu-se início à investigação.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com o progresso científico e tecnológico na área da saúde, quer a nível da terapêutica quer a nível do suporte de vida por meios técnicos artificiais, é possível, por vezes, prolongar a vida de crianças com DCC. Entende-se por DCC “...qualquer situação médica, em que se espera uma duração de pelo menos 12 meses, exceto em caso de morte, com um atingimento multissistémico ou com atingimento de um órgão de forma grave, requerendo cuidados pediátricos especializados, frequentemente num centro médico terciário” (Feudtner et al., 2000). A existência de uma rede de suporte e um adequado acompanhamento clínico, médico, de enfermagem, psicológico, espiritual e social às famílias destas crianças, revela-se fundamental para que os pais cuidem do seu filho com DCC.

Não é conhecida a prevalência exata de doenças crónicas em Portugal, no entanto através de um estudo realizado no Reino Unido que estima uma prevalência de 32 por 1000 indivíduos dos 0 aos 19 anos de idade com doenças limitantes de vida, estima-se que em Portugal existam cerca de 6000 crianças com necessidades especiais de saúde e/ou paliativas (Grupo de Apoio à Pediatria da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos & Comissão de Cuidados Continuados e Paliativos da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013).

A ideia de luto não é limitada apenas à morte, mas engloba também o confronto com as perdas reais e simbólicas que vão existindo ao longo do desenvolvimento humano (Cavalcanti et al., 2013), isto é, a perda e o luto fazem parte da vida.

A perda pode ser entendida como uma mudança de vida, que implica o desaparecimento de uma condição antiga e conhecida e o aparecimento de uma condição nova e desconhecida, constituindo um processo desorganizador da vida humana (Pereira & Pires, 2018). Segundo os mesmos autores o luto é a elaboração dessa perda através do qual o indivíduo reorganiza a sua vida, constituindo um processo gradual de aceitação e adaptação.

As diferentes perdas como “...mortes, separações amorosas, (...) mudança de emprego, de casa, casamento, nascimento de um filho, onde se perde algo conhecido para viver o desconhecido (...) despertam angústia, medo, solidão (...) dor, tristeza e sofrimento...” (Pereira & Pires, 2018, p.210). A elaboração do luto permite à pessoa encontrar novos rumos para a vida e a não elaboração pode levar a complicações médicas e psicológicas (Pereira & Pires, 2018).

A existência de um diagnóstico de doença na criança constitui uma perda para os pais, a perda do filho saudável, uma vez que deixa de existir o filho idealizado e conhecido como saudável e passa a existir um “novo” filho com necessidades diferentes, especiais e/ou complexas. Sabe-se que o diagnóstico de uma doença na criança é um acontecimento marcante e trágico na vida familiar. A família vive um processo de transição saúde-doença

que implica lidar com a perda do filho saudável, isto é a aceitação parental da perda com a elaboração do processo de luto.

À semelhança da intervenção que deve existir no processo de luto pela morte de uma criança (Martins e Ramos, 2020), ao longo do processo de luto pela perda do filho saudável, a intervenção da equipa profissional deve ser dirigida à criança com DCC e à sua família. De acordo com a European Association for Palliative Care (s.d.), todas as crianças com DCC têm direito a usufruir de CPP. Estas crianças e famílias, incluindo os irmãos, deverão receber apoio clínico, emocional, psicossocial, cultural e espiritual apropriado, de forma a dar resposta às suas necessidades. O apoio durante o luto para a família destas crianças deverá, de igual modo, estar disponível enquanto for necessário. Os cuidados paliativos não são sobre a morte e o morrer (Martins e Ramos, 2020) mas sim sobre assegurar que desde o diagnóstico, todas as crianças que vivem com uma DCC e as suas famílias, recebam cuidados que vão ao encontro das suas necessidades, desejos e preferências. Mas, nem todas as crianças e famílias têm o apoio dos cuidados paliativos pediátricos, isto significa também que, nem todos os pais tem apoio durante o processo de luto pela perda do filho saudável.

Numa perspetiva reflexiva pessoal, considero que, as crianças e famílias que não têm este apoio acabam por estar sujeitas a maior sofrimento durante os processos de luto. Desta forma, o EEESIP assume um papel preponderante no apoio ao luto dos pais que vivenciam a perda do filho saudável e veem a realidade familiar alterada.

A existência de um diagnóstico de uma doença na criança pode constituir uma perda para os pais, neste caso a perda do filho saudável, uma vez que deixa de existir o filho idealizado saudável e passa a existir um “novo” filho com necessidades diferentes, especiais e/ou complexas. Sabe-se que o diagnóstico de uma doença na criança é um acontecimento marcante e trágico na vida familiar. A família vive um processo de transição saúde-doença que implica lidar com a perda do filho saudável, isto é a aceitação parental da perda com a elaboração do processo de luto.

O processo de luto inerente às perdas vivenciadas pela criança e família desde o diagnóstico de uma doença, exige a existência de planos de ação, normas e procedimentos que possibilitem um apoio adequado às necessidades de cada contexto familiar (Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014).

O luto vivenciado, neste caso, ocorre de forma lenta e gradual, dependendo unicamente do tempo, e a causa do luto parental recai na criança que tem uma doença (Santos et al., 2017). O luto normal engloba uma resposta à perda que se torna progressivamente uma adaptação pela qual a pessoa deve passar, de forma a alcançar o bem-estar emocional (Santos et al., 2017). Em 1969, Kubler-Ross, definiu cinco estágios durante o processo de luto, são eles: a

negação, a raiva, a negociação, a depressão e aceitação (Silveira et al., 2020). Para Kubler-Ross, nem todas as pessoas passam por estes estágios e algumas podem passar por eles em sequência diferente, oscilando entre raiva e depressão, ou podem sentir ambas ao mesmo tempo. As fases do luto não possuem um tempo pré-definido para acontecerem, pois dependem da realidade subjetiva de cada pessoa, sabendo-se apenas que a fase mais longa é o período entre a depressão e a aceitação (Silveira et al., 2020). Ainda segundo as mesmas autoras, Bowlby considera o luto saudável como a aceitação da mudança. Para ele, o luto patológico ocorre quando o processo do luto normal é vivenciado de forma exacerbada em relação à sua duração e características. O luto patológico pode ser definido como a intensificação do luto a um nível em que a pessoa se encontra destroçada, originando um comportamento não adaptativo face à perda, permanecendo interminavelmente numa única fase, impedindo a sua progressão com vista à finalização do processo de luto (Silveira et al., 2020). Estes autores apresentam algumas tarefas que podem ser “revisitadas e retrabalhadas” diversas vezes, como aceitar a realidade da perda, experienciar e processar a dor, a adaptação ao ambiente (no qual a pessoa perdida já não está presente) e o reinvestir noutras relações. A experiência do luto é individual (Ramos, 2016). O processo de luto deve ser vivenciado, por mais doloroso que possa ser, pois é através dele que a pessoa se adapta à nova realidade (Silveira et al., 2020). Estabelecer um ambiente acolhedor que facilite a expressão de sentimentos que surgem diante das perdas ajuda na elaboração do luto, e os primeiros apoios na elaboração do processo de luto são os familiares, amigos e profissionais de saúde (Pereira & Pires, 2018). O diagnóstico de uma doença corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a criança e família e o enfermeiro deve agir com atenção e conhecimento (Guimarães & Silva, 2016).

Após uma breve pesquisa sobre o tema percebi que, de acordo com as suas competências, baseando o exercício da profissão na Teoria das Transições de Afaf Meleis, na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e sendo detentor do conhecimento das Fases do Processo de Luto, o EEESIP desenvolve intervenções importantes no apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável. Para além disso, entendi também que o apoio ao luto dos pais é uma área já estudada pela Enfermagem, no entanto está muito direcionada para o apoio ao luto relacionado com a perda pela morte do filho e não com a perda pelo filho saudável.

E os pais que perdem uma criança saudável e passam a viver com uma criança doente? Que dificuldades sentem os enfermeiros em ajudá-los a lidar com essa perda?

O presente estudo advém da necessidade de analisar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com os pais em luto pela perda do filho saudável na prática clínica, e identificar que intervenções de enfermagem facilitam a aceitação parental pela perda do filho saudável. Para além disso, no final também se espera que seja possível identificar potenciais

Guidelines que facilitem a ação destes profissionais, contribuindo para melhorar a assistência e a qualidade de cuidados às famílias que enfrentam a perda do filho saudável.

2. METODOLOGIA

As questões de investigação que nortearam este estudo são “Quais as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros em relação ao apoio dos pais em luto pela perda do filho saudável?” e “Que intervenções facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável são implementadas pelos enfermeiros?”.

Os objetivos deste estudo, são assim, identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no apoio aos pais pela perda do filho saudável e, verificar e identificar, à luz da evidência científica atual, as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável que implementam.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo observacional.

A colheita de dados foi realizada durante o período de estágio final, entre setembro de 2023 e fevereiro de 2024, recorrendo a um guião de entrevista, com três questões abertas (**Apêndice VI**). A população alvo foram os enfermeiros dos contextos nos quais realizei estágio (cuidados diferenciados, comunidade e neonatologia). Foram escolhidos, de forma aleatória, pelo menos dois enfermeiros de cada serviço. Os critérios de inclusão utilizados foram serem EEESIP que tenham cuidado de famílias em luto pela perda do filho saudável.

A amostra é constituída por seis enfermeiros, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 35 e os 60 anos, cuja experiência profissional é superior a 10 anos. Não foi estabelecido um tempo limite para a realização das entrevistas, deixando os enfermeiros falar livremente. Antes de cada entrevista, foi solicitada aos participantes autorização para gravação áudio.

O método de análise de dados usado foi a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2022). Esta análise compreende um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das entrevistas. A análise decorreu em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise iniciou-se com uma leitura flutuante das entrevistas que permitiu a elaboração de um conjunto de impressões e orientações iniciais, facilitando as sucessivas leituras e, mais tarde, a construção de categorias.

Numa segunda fase procedeu-se à exploração das entrevistas, que consistiu na aplicação sistemática das decisões tomadas. Foi efetuada a análise das entrevistas, com uma leitura mais profunda, ocorrendo a transformação dos dados, em unidades de significação, através da codificação. Estas unidades de registo permitiram a descrição exata das características

pertinentes do conteúdo das entrevistas. Após a sua delimitação, estas unidades de registro foram organizadas em temas, categorias e subcategorias.

Os temas resultaram das questões colocadas aos participantes, que se encontravam no guião da entrevista. Durante este processo respeitaram-se os princípios que segundo Bardin (2022), devem prevalecer na construção das categorias: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Na última fase os resultados em bruto foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência foi realizada com base na identificação dos temas e categorias.

Foi assinado termo de consentimento informado (**Apêndice VII**), explicando em que consiste o mesmo, os seus objetivos e garantindo a sua confidencialidade. Foi também declarado o compromisso de que as gravações áudio seriam apagadas após a sua transcrição. Na apresentação dos resultados não se incluirão dados que permitam a identificação do participante, de modo a garantir a confidencialidade e a proteção de informação no processo de análise da informação. Foi atribuída uma sigla composta por uma letra e um número, sendo a entrevista representada pela letra “E” e os relatos dos participantes identificados com números de acordo com a sequência das entrevistas (E1, E2, E3, E4, E5 e E6).

3. RESULTADOS

É importante referir que os enfermeiros participantes neste estudo, de uma forma geral, relacionam o luto dos pais pela perda do filho saudável com a criança diagnosticada com doença crónica, nomeadamente a DCC.

A análise dos resultados, permitiu organizá-los em três áreas temáticas: as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no apoio aos pais em luto pela perda do filho saudável; as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável; e oportunidades de melhoria.

A primeira área temática tem três categorias: as dificuldades individuais, as dificuldades relacionadas com os pais e as dificuldades relacionadas com o contexto, sendo que a última categoria se subdivide em: espaço físico e a organização (ver tabela 1).

Tabela 1 – Dificuldades sentidas pelos enfermeiros

Dificuldades Individuais (E1, E5)

E1 – “Várias primeiro... Além de enfermeiros somos pessoas, não é? Tentamos colocar-nos no papel dos pais... e não é fácil lidar com os nossos próprios sentimentos...”; “Em cuidados de saúde primários estou habituado a lidar com a criança saudável e não tenho tanta experiência com crianças doentes, com doenças crónicas que exigem cuidados complexos... Somos humanos e imagino-me como pai que tem um filho saudável e a comunicação é difícil... não é fácil ajudar a criar expectativas realistas... não sei o que dizer...”

E5 – “É impossível colocarmo-nos do outro lado. A perda é dos pais. É muito difícil para mim confortar os pais nestas situações... Não há receitas... E nós somos humanos... lidar com estas situações também depende muito da nossa maneira de ser e ver a situação...”

Dificuldades Relacionadas com os pais (E1, E2, E3, E5 e E6)

E1 – “Os pais isolam-se com a criança...”

E2 – “Nós identificamos as necessidades dos pais, isso é fácil. O difícil depois é ajudá-los a ultrapassar essas necessidades, porque as famílias são todas diferentes... É difícil encontrar a forma certa de ajudar...”; “A mãe tem uma forma de lidar... o pai tem outra... São diferentes.”

E3 – “Depois a família nessa fase normalmente está em negação... de não quer ouvir... ou não está disposta a ouvir ... e só numa fase posterior na área do internamento de curta duração é que estão mais dispostos para ouvir e perceber as coisas e iniciar a aceitação... é muito difícil...”

E5 – “As dificuldades são várias porque também todas as famílias são diferentes e as pessoas têm as suas características próprias e a sua personalidade própria. E a maneira como lidam com as situações também varia de pessoa para pessoa.”

E6 – “As dificuldades muitas vezes é, além depois da forma como cada pessoa reage à situação, aquele choque inicial, depois muitas vezes a revolta, porque é um luto, não é? É lidar com a fase inicial do choque e da negação. É como se os pais vivessem um luto de um bebé que morreu, mas continua vivo,

mas diferente do que imaginaram, é prematuro e está doente... Os pais são todos diferentes, também podem reagir de maneiras diferentes.”; “Por isso as dificuldades vão variando também com a pessoa que nós temos à frente. É isso.”

Dificuldades Relacionadas com o contexto

Espaço Físico (E3 e E5)

E3 – “Várias dificuldades... Até porque o diagnóstico às vezes é dado na área ainda ambulatoria e em termos de privacidade essencialmente sentem-se algumas limitações...”; “não há um espaço para estas crianças... a partir do momento que há uma suspeita de diagnóstico de doença crónica... não há um espaço com privacidade...”; o espaço físico em si, muito na triagem... até mesmo quando não é uma primeira vinda... há limitação da privacidade... pois existem várias crianças a ser triadas ao mesmo tempo... e os pais não se sentem à vontade para expressar sentimentos, emoções...”

E5 – “Não existir uma sala de apoio aos pais que nos permita dar-lhes privacidade para o momento do diagnóstico... ou até mesmo um espaço em que possam sentir-se à vontade para esclarecer dúvidas e conversar... desabafar...”

E6 - “Dá para fazer sempre melhor..., mas essencialmente precisávamos de espaço físico para os pais poderem expressar os seus sentimentos com privacidade... talvez uma sala...”

Organização (E2, E3, E4)

E2 – “Sinto que não tenho... que perco o contacto com essas famílias.”

E3 – “Desde a admissão até a alta ou transferência para outro serviço, intervém diversos profissionais... o enfermeiro nem sempre é o mesmo... em algumas situações tem de se trabalhar à tarefa... principalmente em ambulatório...”; Outra dificuldade é os recursos humanos insuficientes para dar a resposta adequada.”

E4 – “No serviço de urgência tendo sempre um curto de espaço temporal com as famílias... na maioria das vezes é uma correria... é difícil dar aquele apoio... na transição para uma doença aguda é mais fácil dar apoio... quando é uma doença crónica... habitualmente as crianças são transferidas para outros serviços de internamento e é aí que existem mais condições para apoiar os pais... A dificuldade tem a ver com a tipologia do serviço... aqui quase que é o foco muito na doença e no tratamento... não há muito a preocupação com esse processo de transição...”

A segunda área temática “intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável” agrega duas subcategorias: as estratégias comunicacionais e a esperança (ver tabela 2).

Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem facilitadoras

Estratégias Comunicacionais (E1, E2, E3, E4, E5 e E6)

E1 – “Estar sempre atento... apoiar psicologicamente... tentar evidenciar e potenciar as capacidades daquela criança menosprezando as limitações que tem...”; “conhecer as expectativas dos pais e estar atento à família alargada... esclarecer as dúvidas dos pais estando sempre disponível...”

E2 – “Demonstrar disponibilidade... Escutar... Respeitar o tempo de cada um e os silêncios...”

E3 – “Trabalhar em parceria também ajuda muito... a escuta ativa na primeira fase é fundamental... dando oportunidade para verbalizar as preocupações... Tento assegurar a continuidade dos cuidados recorrendo ao SClinico, a passagem de turno e no momento da alta a nota de alta ajuda a garantir a continuidade... mantendo a ligação com o centro de saúde e outras instituições. Nestas situações quando se deteta necessidade de apoio psicológico e dificuldades económicas, nós enfermeiros é que encaminhamos a criança/família para o devido apoio... Fornecer informação clara e precisa, promovendo a participação na tomada de decisão...”

E4 – “Deixo sempre os pais expressarem as suas emoções... habitualmente há logo uma projecção no futuro... e o que tento é que eles expressem os seus medos, emoções...”

E5 – “Dar um abraço e ouvi-los. Dizer que estou com eles. Dar-lhe a minha disponibilidade... é a melhor coisa que eu pude fazer. Ouvi-los principalmente.”

E6 – “É o preparar. Antecipar. Explicar o que o bebé será capaz de fazer e de que cuidados provavelmente irá precisar... Utilizar uma comunicação sempre verdadeira e honesta...”

Esperança

E1 – “Ser realista... não criar expetativas falsas e alimentar alguma esperança mais realista...”

E2 – “Consciencializar para a realidade... Alimentar a esperança dos pais...”

E4 – “...Consciencializá-los para a realidade atual, para o momento... sem criar expetativas irrealistas...”

E6 – “Utilizar uma comunicação sempre verdadeira e honesta, sempre com expectativas reais, mas mantendo sempre a esperança... uma esperança realista.”

A terceira área temática envolve três subcategorias: a formação, o trabalho em equipa e a organização dos cuidados (ver tabela 3).

Tabela 3 – Oportunidades de melhoria

Formação (E1, E2, E3, E4 e E6)

E1 – “Fala-se muito no luto pela morte e esta questão do luto dos pais pela perda do filho saudável é muito importante pois as famílias vivem muitas vezes em sofrimento... Seria importante existir mais formação... mais partilha de experiências entre os profissionais para melhorar o apoio no luto...”

E2 – “Promover educação para a saúde na escola para apoiar também os irmãos e educar para a inclusão/aceitação...”

E3 – “Seria importante existir mais formação no âmbito desta área...”

E4 – “Mais formação também ajudaria a equipa de enfermagem...”

E6 – “A formação nesta área também seria importante... Muitas vezes não sabemos o que fazer...”

Trabalho em Equipa (E1, E2 e E5)

E1 – “A articulação com outros serviços, como os cuidados paliativos pediátricos, devia ser mais frequente devia trabalhar-se mais em equipa...”

E2 – “Melhorar o trabalho em equipa... Melhorar o acompanhamento desde o diagnóstico e a articulação entre os cuidados (hospital – cuidados de saúde primários) ... Usar mais a família alargada e os recursos da comunidade... Realizar visitas domiciliária com o propósito de apoiar os pais...”

E5 - “Talvez existir maior articulação na equipa multidisciplinar, nomeadamente através do acesso ao psicólogo de todos os pais.”

Organização dos Cuidados (E3, E4, E5 e E6)

E3 – “O que mudaria mais era no âmbito dos recursos humanos na área ambulatorio... para conseguir facilitar a aceitação dos pais... “Mesmo com a formação os recursos humanos deveriam ser maiores... melhorar a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde...”; “identificar as competências específicas dos profissionais implicados na prestação de cuidados e da informação a prestar nas diferentes fases do processo de cuidados, de forma a promover a participação e corresponsabilização ativa nas decisões sobre doença... preservar a segurança e o conforto, com cuidados mais humanizados assegurando a intimidade e privacidade... existência de recursos humanos adequados às necessidades da criança/família com capacidade de resposta para esclarecer e apoiar os pais...”

E4 – “...melhorar os recursos humanos melhoraria a disponibilidade em termos de tempo para apoiar os pais. Este primeiro impacto do diagnóstico influencia o modo como os pais vão aceitar e como se vão adaptar à situação...”

E5 – “Não temos uma sala disponível para termos os pais, para os ouvir, para chorar com eles...”; “Falta a privacidade que eles precisam...”

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo apresento a discussão sobre os resultados que emergiram do processo de análise.

A doença de uma criança constitui um evento dramático na vida familiar, com impacto na relação do casal, na vivência dos pais, dos irmãos e avós, mas também na equipa de profissionais (Nunes, 2020). Neste sentido, é muito provável que os enfermeiros vivenciem várias dificuldades no apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável, especialmente porque lidam com as crianças e famílias em momentos emocionalmente desafiadores e inesperados, e porque os pais são todos diferentes, apresentando diferentes formas de lidar com as perdas.

De uma maneira geral, os enfermeiros que participaram no estudo têm dificuldades no apoio aos pais em luto pela perda do filho saudável. A maioria refere as dificuldades relacionadas com as suas próprias características e com o contexto em que trabalham, nomeadamente as dificuldades relacionadas com a existência de barreiras físicas, que não permitem a privacidade, bem como dificuldades com a organização do contexto que impedem o acompanhamento e seguimento destas famílias, funcionando como um obstáculo ao apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável. A literatura é escassa no que diz respeito às dificuldades dos enfermeiros no apoio ao luto pela perda do filho saudável; não existe evidência científica que nos diga exatamente quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável. Existem alguns estudos que envolvem as dificuldades dos pais, mas poucos que abordam as dificuldades dos enfermeiros. No entanto, alguns autores referem que as equipas de saúde podem ter dificuldades com o que surge de forma imprevisível (Lari et al., 2018).

Segundo Aparício et al. (2015) a intervenção dos profissionais de saúde no apoio ao luto é importante na prevenção e identificação do luto patológico, recorrendo a estratégias e intervenções facilitadoras da adaptação à perda.

Faz parte dos pilares da enfermagem, não só, mas especialmente quando se lida com o sofrimento de quem se cuida, estabelecer relações empáticas. Para além da empatia, é essencial demonstrar disponibilidade e escutar (Martins e Ramos, 2020). Os mesmos autores referem ainda que a comunicação de um diagnóstico que implique uma má notícia é muito angustiante para todos os envolvidos. nenhuns pais estão preparados para um diagnóstico de uma doença crónica do filho, e geralmente ficam em choque, com raiva, sentem-se culpados e muitas vezes podem negar a realidade. Os pais que perdem o filho saudável passam por diversas fases de adaptação semelhantes às fases do luto. No início podem ter dificuldade em acreditar que o diagnóstico da doença é real, bem como negar que existe uma

doença desse tipo na família. Se os pais forem capazes de partilhar as suas preocupações, falar e chorar será mais fácil enfrentar a perda (Soares, 2024).

De uma forma geral, todos os enfermeiros participantes no estudo referiram as estratégias comunicacionais como intervenções implementadas para promover a adaptação parental no processo de luto. Isto revela a consciência que os enfermeiros têm da importância da comunicação e a valorização que fazem das suas habilidades comunicacionais. Sabe-se que uma comunicação eficaz é necessária em todo o processo de doença, pois além de proporcionar uma maior perceção do que se está a viver, permite também melhorar a qualidade de vida e proporcionar uma melhor experiência para a família (Martins e Ramos, 2020). Os mesmos autores salientam a singularidade de cada família, bem como da situação que vivem. Cada família é uma família e o enfermeiro deve ter isso em consideração.

Os profissionais de saúde devem conhecer a forma como a família, nomeadamente os pais, vivem os seus problemas e manifestam as suas necessidades e medos. Esse conhecimento permitirá à equipa realizar a avaliação das diversas situações experienciadas e definir estratégias de intervenção, entre as quais as que promovam a adaptação aos processos de doença e a promoção do papel parental. Assim, a comunicação é completamente indispensável a todo o processo, permitindo o estabelecimento da relação de ajuda e a expressão de sentimentos e preocupações (Martins e Ramos, 2020).

O enfermeiro deve ajudar os pais em luto, satisfazendo as suas necessidades de confiança, informação, orientação e apoio, constituindo-se assim uma ferramenta de que os pais irão necessitar para lidar com os desafios do diagnóstico da doença na criança (Martins e Ramos, 2020). Segundo os mesmos autores o enfermeiro tem "...potencial para detetar precocemente as dificuldades que os diferentes intervenientes podem estar a viver, identificando sinais de sofrimento e sabendo diferenciar entre um agravamento da situação ou uma resposta de adaptação" (p.286).

O enfermeiro deve apresentar congruência entre a comunicação verbal e não verbal, ultrapassando barreiras linguísticas e culturais, cada vez mais presentes. Para além disso, deve estar atento e respeitar as crenças da família, evitando conflitos que possam surgir dos processos de comunicação (Martins e Ramos, 2020).

Os resultados obtidos permitem afirmar que os enfermeiros consideram a sua presença e disponibilidade fundamentais para promover a adaptação parental à perda e utilizam essas ferramentas na sua prática. Os pais tendem a culpabilizar-se e por isso é importante orientá-los para a aceitação. Para tal, o enfermeiro deve acolher a família e estar presente (Martins e Ramos, 2020).

As fases do luto têm durações diferentes, vão se substituindo ou coexistem lado a lado, sendo a esperança a única coisa que persiste ao longo de todas elas (Soares, 2024). O Enfermeiro, tendo em conta as suas competências e responsabilidades profissionais, assume um papel autónomo na promoção de recursos como a crença religiosa, a espiritualidade, o sentido da vida, o apoio familiar, a rede de suporte comunitário, a entreatajuda e a esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A esperança é uma experiência humana complexa e universal, inerente à própria condição humana, caracterizada como uma resposta humana básica essencial na adaptação à doença (Cutcliffe e Herth conforme citado por Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 23)

A esperança tem se revelado um pilar na esfera de ação do EEESIP que lida com crianças com doença crónica. Promover a esperança é fundamental para a reorganização estrutural da família, apresentando um impacto positivo nos desafios e adversidades que surgem após o diagnóstico (Antunes, 2023).

Os resultados obtidos permitem dizer que as intervenções facilitadoras da adaptação parental no processo de luto implementadas pelos enfermeiros, apesar das dificuldades relacionadas com as suas características individuais, vão ao encontro do que é esperado que façam. Todos os enfermeiros dão importância à comunicação e mais de metade referem a promoção da esperança.

A realização deste estudo permite constatar que os enfermeiros têm conhecimento e tentam implementar intervenções facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável, no entanto têm inúmeras dificuldades com potencial de ser superadas. Os enfermeiros mostram essa consciência, e referem oportunidades de melhoria que pensam contribuir para melhorar a sua intervenção no apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável, contribuindo para a adaptação parental. A maioria dos enfermeiros refere a existência de formação sobre o tema como a principal estratégia de melhoria. Alguns enfermeiros fazem referência à organização dos cuidados e ao aperfeiçoamento do trabalho em equipa como formas de melhorar o apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável, dando ênfase à necessidade de aumentar os recursos humanos para terem maior disponibilidade para intervir junto dos pais, especialmente em contexto de urgência e neonatologia, assim como a necessidade de existir um espaço físico apropriado para dar esse apoio, e a necessidade de garantir uma continuidade de cuidados relacionados com o apoio ao luto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com os pais em luto pela perda do filho saudável, bem como verificar as intervenções de enfermagem implementadas que são facilitadoras da aceitação parental pela perda do filho saudável. Em Portugal, as famílias que têm apoio dos cuidados paliativos pediátricos são acompanhadas por profissionais da área da saúde que facilitam o luto e a adaptação parental. No entanto, sabe-se que nem todas as crianças com doença crónica reúnem critérios para ter esse apoio. Os pais destas crianças vivem também um processo de enfrentamento da doença do filho, que pode ser visto como um processo de luto. Por esse motivo seria pertinente que estas famílias fossem também acompanhadas por profissionais de saúde formados na área do apoio ao luto, e que sejam capazes de desenvolver intervenções que facilitem a adaptação parental à nova realidade, nomeadamente EEESIP com competências especializadas no apoio ao luto.

Em suma, verifica-se que os enfermeiros enfrentam dificuldades no apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável, nomeadamente as dificuldades individuais, relacionadas com as características pessoais, as dificuldades relacionadas com os pais, que são todos diferentes e têm maneiras diferentes de lidar com a perda, e as relacionadas com o contexto profissional, nomeadamente as relacionadas com os obstáculos à privacidade e à garantia da continuidade dos cuidados. Os enfermeiros implementam intervenções adequadas para facilitar a adaptação parental no processo de luto, como as estratégias comunicacionais e a promoção da esperança, e reconhecem que têm inúmeras dificuldades que poderão vir a ser superadas. Recorrendo especialmente à formação e ao trabalho em equipa acreditam ser capazes de melhorar a assistência e a qualidade de cuidados a estas famílias em luto.

É possível identificar algumas limitações neste estudo, nomeadamente seria desejável que a amostra de participantes fosse maior (mais representativa da realidade) e envolvesse enfermeiros do mesmo contexto profissional. Deste modo, seria até possível desenvolver um projeto de melhoria contínua com o intuito de melhorar a prática relacionada com as intervenções de apoio ao luto, nomeadamente as que facilitam a adaptação parental à perda do filho saudável. Neste sentido, e como implicações para a prática, proponho-me a desenvolver este estudo no meu contexto de trabalho, com o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, permitindo-me identificar as dificuldades sentidas e as lacunas que existem ao nível das intervenções de enfermagem que facilitam a adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável, levando a cabo a implementação de um projeto de melhoria contínua adequado às necessidades identificadas.

CONCLUSÃO

O percurso de aprendizagem efetuado na formação conducente à Especialização em ESIP, descrito neste relatório, constituiu um compromisso para com a profissão, especialmente na área da ESIP, no sentido de cuidar o melhor que aprendi das crianças e suas famílias.

Cumpridos os objetivos iniciais propostos na introdução, nomeadamente descrever o percurso formativo realizado; refletir criticamente sobre o desenvolvimento pessoal e profissional; e explicar o aperfeiçoamento e a aquisição de competências especializadas do EEESIP. Situando-me assim nesta reta final, prestes a concluir mais uma etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional, faço uma breve avaliação final das aprendizagens e competências desenvolvidas, refletindo também sobre o processo de autoconhecimento.

Saliento a riqueza dos contextos, bem como a disponibilidade, preocupação e qualidade formativa das Enfermeiras Tutoras, que permitiram que vivesse uma grande diversidade de experiências enriquecedoras e motivadoras de diferentes aprendizagens. Ao longo do estágio final, foi possível aperfeiçoar e desenvolver competências essenciais para o exercício de uma enfermagem de qualidade e excelência, como fui descrevendo ao longo do relatório.

Considero um ponto forte do meu desenvolvimento profissional e pessoal, a capacidade de autoconhecimento que fui desenvolvendo ao longo do percurso. Em todos os estágios refleti e identifiquei os fatores facilitadores e dificultadores da minha aprendizagem, fazendo uso dos mesmos para potenciar o desenvolvimento de competências, recorrendo a fatores facilitadores para superar a maioria das dificuldades. Isto, aliado às reflexões na ação com as Enfermeiras Tutoras e Professores, permitiu que me conhecesse melhor, não só enquanto pessoa, mas principalmente enquanto enfermeira.

Todos os contextos clínicos demonstraram ser adequados e impulsionadores das competências e aprendizagens especializadas, importantes no processo de transição de enfermeira para EE. Destaco entre eles, os estágios em contexto de comunidade e neonatologia, uma vez que constituíram marcos importantes de desenvolvimento pessoal e profissional.

O percurso formativo realizado ao longo do estágio em contexto de comunidade revelou-se um verdadeiro desafio. Conferiu-me conhecimentos e habilidades essenciais à prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento das crianças. Sabendo que as crianças representam o futuro da humanidade, este estágio fez-me aprender sobre o papel tão importante que o EEESIP tem no presente. Através da sua ação individual e coletiva, tem a responsabilidade de as educar em saúde, bem como às suas famílias, contribuindo para que tenham um crescimento equilibrado, gerando mais tarde homens e mulheres saudáveis e felizes. Isto terá um impacto positivo a longo prazo nas

sociedades futuras, contribuindo para um desenvolvimento sustentável das sociedades. O contexto de neonatologia foi o culminar do meu percurso formativo. Conferiu-me maior domínio da prática, maior capacidade de previsão, compreensão intuitiva do problema e gestão de situações complexas, essencial para alcançar e pôr em prática as competências especializadas.

As aprendizagens e competências adquiridas ao longo do percurso formativo foram importantes para a reflexão crítica do que significa ser EEESIP. Permitiram olhar para a ESIP com um sentido de compromisso e responsabilidade. Levaram à mudança de atitudes e comportamentos, contribuindo para melhorar a humanização e qualidade dos cuidados à criança e família.

Viver este percurso seria mais difícil se não tivesse o apoio de profissionais tão formados e dedicados. Destaco o contributo da professora orientadora, bem como dos EEESIP que foram tutores nos meus estágios e dos outros profissionais que tive o privilégio de conhecer. Considero a dinâmica funcional e a estrutura organizacional dos contextos da prática clínica, onde se realizaram os estágios, uma mais valia para o processo de aprendizagem.

A motivação foi a principal característica pessoal que permitiu superar as dificuldades que surgiam.

A componente de investigação revelou-se essencial para aprofundar a temática de interesse do apoio ao luto parental pela perda do filho saudável, e para complementar e aperfeiçoar competências especializadas relacionadas com as situações de especial complexidade que as crianças e famílias possam viver. Aprendi que o conhecimento gerado pela investigação em enfermagem permite desenvolver uma prática baseada na evidência, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde. Surgiu assim, através das conclusões do estudo realizado, uma proposta de desenvolver o estudo no meu contexto de trabalho levando a cabo a implementação de um projeto de melhoria contínua relacionado com a perda do filho saudável e as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto. Com base no desenvolvimento desse projeto de melhoria, seria importante elaborar uma *Guideline* de apoio ao luto dos pais pela perda do filho saudável para divulgação e aplicação no meu contexto profissional para acesso de todos os profissionais, colmatando as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros e melhorando a qualidade de vida destas famílias.

Em suma, considero que o percurso formativo levou ao cumprimento dos objetivos e à aquisição do conjunto de competências especializadas, que vão ao encontro das exigidas no plano de estudos do Curso de Mestrado em ESIP e às definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, permite-me desempenhar um exercício profissional de forma autónoma, com

competência e responsabilidade, assegurando a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e famílias, exigida à performance de especialista.

Importa ainda referir que, apesar de chegar ao fim esta etapa profissional, não a considero literalmente o fim. Uma das aprendizagens que retiro deste percurso formativo, é a de que este caminho é infundo. A prática de uma enfermagem especializada e avançada constitui um objetivo que quero alcançar ao longo de todo o meu exercício profissional, querendo continuar a prestar os melhores cuidados à criança e família, dignificando a minha profissão. Irei, certamente, servir de exemplo, transmitir e inspirar os meus pares a serem melhores, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida das crianças e famílias que sempre cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (2015). *Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): an education and training program for health care professionals*. <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2023/10/Program-Guide-Rev-13Oct2023.pdf>
- Antunes, N. M. M. (2023). *Promoção da esperança dos pais das crianças e jovens com necessidades especiais de saúde: um cuidado confortador*. [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Aparício, M.; Bragança, J. Ferreira, J. & Rodrigues, C. (2015). *Apoio ao luto em familiares de clientes em cuidados paliativos*. Hospital da Luz Lisboa.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Como confortar um bebé nos cuidados intensivos*. <https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>
- Bardin, L. (2022). *Análise de Conteúdo*. Edições 70 Lda.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lidel
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor – manual de estudo – versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Brito, A.; Sartóris, A.; Silva, C.; Rodrigues, G. & Costa, M. (2017). Presença dos pais durante a reanimação da criança. *Percursos*, 38, pp. 3 -25. https://www.researchgate.net/publication/333642720_Presenca_dos_pais_durante_a_reanimacao_da_crianca_Uma_reflexao_epistemologica_etica_deontologica_e_juridica
- Cavalcanti, A., K., S., & Samczuk, M., L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspetiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo informação*. 17(17). 87-105.
- Centro de Documentação e Informação. (2023). *Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Conselho Pedagógico. (2023). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Constante, A. (2017). *Eficácia do NIDCAP na morbidade neonatal e no neurodesenvolvimento – Scoping Review*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/82618/1/Andreia%20Constante%20Tese%20NIDCAP.pdf>
- Departamento de Formação em Emergência Médica. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 153*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diniz, S. M. L. T. (2021). *Comunicação de más notícias como cuidado fundamental à pessoa em situação crítica e família – intervenção especializada de enfermagem*. [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização*. https://anes.pt/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-doPNCI_2008.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: saúde sustentável: de tod@s para tod@s*
- European Association for Palliative Care. (s.d.) *Carta Europeia dos Cuidados Paliativos para Crianças e Jovens*.
- European Foundation for the Care of New-Born Infants. (2022). *Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-Nascido*. https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/05/2022_05_18_ESCNH_Information-brochure_PT.pdf
- Fernandes, I. & Andrade, L. (2020). Nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-94). Lidel
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Feudtner, C.; Christakis, D. A. & Connell, F. A. (2000). Pediatric Deaths Attributable to Complex Chronic Conditions: a population-based study of Washington State, 1980-1997. *Pediatrics*. 106. pp. 205-509.

- Fraser, D. (2018). Problemas de Saúde dos Recém-Nascidos. In M. J. Hockenberry; D. Wilson; & C. C. Cheryl (Coord.) *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 229-300). Elsevier Editora Ltda.
- Grupo de Apoio à Pediatria da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos & Comissão de Cuidados Continuados e Paliativos da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). *Reunião “Cuidados Paliativos Pediátricos: uma reflexão. Que futuro em Portugal?”*
- Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. (2014). *Cuidados paliativos pediátricos: relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretariado de estado adjunto do ministério da saúde*. <http://hdl.handle.net/10400.4/1871>
- Grupo Português de Triagem. (2024, May 15). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-da-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Henriques, C. M. G. & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*
- Hockenberry, M. J.; Wilson, D. & Cheryl, C. C. (2018). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier Editora Ltda.
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da criança hospitalizada*. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf>
- Lambert, V.; Long, T. & Kelleher, D. (2012). *Communication Skills for Children's Nurses*. McGraw-Hill. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ny1FBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Communication+skills+for+children%C2%B4s+Nurses&ots=ABktEs9HrN&sig=zjb1eK2t5UiiM378TkaGz3gL4As&redir_esc=y#v=onepage&q=Communication%20skills%20for%20children%C2%B4s%20Nurses&f=false
- Lari, L. R.; Shimo, A. K. K.; Carmona, E. V.; Lopes, M. H. B. M. & Campos, C. J. G. (2018). Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão da literatura. *Aquichan*. 18(1). pp. 80-94
- Lei nº 281/2009 da Assembleia da República. (2009). *Diário da República: 1.ª Série, n.º 193*. <https://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/SNIPI.pdf>

- Lino, C. A.; Augusto, K. L.; Oliveira, R. A. S.; Feitosa, L. B. & Carpara, A. (2010). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 35(1), pp. 52-57. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5qBdL9YrscGF8chzfcqrXP/?lang=pt&format=pdf>
- Martins, L. & Ramos, S. (2020). In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 282-309). Lidel
- Mendes, E. N. W. & Bonilha, A. L. L. (2003). Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1), pp.109-118
- Mendes, L. A. M. & Guareschi, A. P. D. F. (2018). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, 18(2), pp. 96-102. https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-18-2-0096/2238-202X-sobep-18-2-0096.x60241.pdf
- Norma nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde. (2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma nº010/2013 da Direção-Geral da Saúde. (2013). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Nunes, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 66-79). Lidel
- Oliveira, G. & Albuquerque, M. E. (2023). Cuidados e técnicas em medicina neonatal – o essencial. Rei dos Livros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem – tomada de posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática – volume III*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia orientador de boa prática - adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedepositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*

- Orientação nº 004/2018 da Direção-Geral da Saúde. (2018). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-030820181.aspx>
- Orientação nº 014/2010 da Direção-Geral da Saúde (2010). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formasau
- Pereira, S. M. & Pires, E. F. (2018). As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. *Revista Educação*, 13(1) pp. 200-217. <https://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2837>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência
- Queiroz, M. J. (2009). SOAP Revisitado. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 221-227. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10610/10346>
- Ramos, M.; Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 117-134). Lidel
- Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *Psicologia.pt – o portal dos psicólogos*. pp. 1-16.
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 133*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2.ª Série, n.º 26*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, J. F.; Silva, L. L. C.; Santos, I. L.; Luz, V. L. E. S. & Coêlho, D. M. M. (2016). O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. *Journal of Nursing*, 10(10), pp. 3833-3841
- Santos, A. (2011). NIDCAP: uma filosofia de cuidados... *Nascer e crescer: revista do Hospital de crianças Maria Pia*, 20(1), pp. 26-31. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Santos, R., C., S., Yamamoto, Y., M. & Custódio, L. M. G. (2017). Aspectos teóricos sobre processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt – o portal dos psicólogos*.
- Silva, G. M. (2020). A criança do 1 aos 3 anos. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 147-158). Lidel
- Silveira, J.; Ramos, C.; Rodrigues, I.; Oliveira, I.; Rocha, R.; Almeida, A.; Barbosa, G.; Pacheco, S. & Nascimento, G. (2020). O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano. *Psicologia em foco: temas contemporâneos*. pp. 175-188.

Soares, P. (2024). *Sobre a morte e o morrer*. Lua de Papel.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer prematuro em Portugal*.
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>

State-wide Emergency Care of Children Working Group. (2022). Queensland Paediatric Emergency Care – Clean Catch Urine.
https://www.childrens.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0037/179686/clean-catch-urine.pdf

Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-309). Lidel

Zirpoli, D. B.; Mendes, R. B.; Barreiro, M. S. C.; Reis, T. S. & Menezes, A. F. (2019). Benefícios do método canguru: uma revisão integrativa. *J. res.: fundam. care. Online*, 11, pp.547-554
https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6541/pdf_1

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folheto Informativo – Prevenção de Acidentes na Infância



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

JÉSSICA ELIANA GASPAR FERREIRA

MARIA INÊS DE LEMOS LOPES

PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM CRIANÇAS ATÉ AOS 4 ANOS

Os acidentes são a maior causa de morte e incapacidade nas crianças, tendo se convertido nas últimas décadas num problema de saúde pública, pelas enormes consequências ao nível social e económico, que afeta todos os países do mundo.

Os acidentes variam de acordo com a idade da criança e a etapa do seu desenvolvimento, e constituem um grave problema de saúde pública, com um impacto importante nos sistemas de saúde e de proteção social, bem como na vida familiar e pessoal das vítimas, pelo que a aplicação de estratégias preventivas é cada vez mais necessária (Saraiva & Sousa, 2022).

Ao longo do estágio, através da pesquisa e consulta de processos informatizados foi possível verificar que muitas das crianças acompanhadas na Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto tiveram acidentes domésticos, desde quedas, queimaduras a ingestão acidental de produtos tóxicos.

Durante as consultas era notória a falta de consciência e conhecimento sobre a prevenção de acidentes nas crianças por parte das famílias.

Neste sentido e no âmbito da Unidade Curricular “Gestão de Cuidados a Crianças com Distúrbios do Comportamento e Especialmente Vulneráveis”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação da Enfermeira Especialista Graça Santana e da Professora Doutora Dulce Galvão, idealizamos e desenvolvemos um panfleto informativo como estratégia de educação para a saúde das famílias das crianças acompanhadas na Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto.

RESUMINDO...

Supervisione o seu filho sempre que possível.

Deve ter a certeza que os brinquedos do seu filho são adequados à sua idade.

Apesar de todo o cuidado nas divisões da casa e no espaço envolvente existem objetos e situações que podem provocar acidentes, representando perigo para o seu filho.

A MELHOR FORMA DE EVITAR A OCORRÊNCIA DESTES ACIDENTES É ESTAR CONSCIENTE DOS RISCOS E CRIAR UM AMBIENTE SEGURO!



PREVENÇÃO PRIMEIRO

SABIA QUE...

Os **acidentes domésticos** são a **principal causa de morte** entre o primeiro e os quatro anos de vida?



ACIDENTES EM CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

QUEDAS

Não deve deixar o seu filho **sem supervisão na cama**, trocador ou cadeirão.
Quando trocar a fralda, leve logo consigo tudo o que precisar.
Deve **levantar sempre as grades** do berço ou da cama.
Deve colocar **grades de proteção nas escadas**.

AFOGAMENTO

Sempre que o seu filho estiver perto de superfícies com água, como banheiras, piscinas, tanques ou poços, **não o deve deixar sem supervisão**.
Deve **usar sempre** boias, braçadeiras, coletes salva-vidas ou outros dispositivos de flutuação.

ASFIXIA

Promover sempre que o seu filho **durma no berço** dele.
Evitar a utilização de fraldas, lençóis ou qualquer objeto **que possa cobrir o nariz e a boca**.
Evitar brinquedos e objetos com peças pequenas e fáceis de colocar na boca.
Não deve deixar o seu filho dentro do carro **sem supervisão**.

QUEIMADURAS

Deve **verificar sempre a temperatura do leite** antes de lhe oferecer.
Na hora do banho deve **verificar a temperatura da água previamente**.
Enquanto tem o seu filho ao colo **evite contacto com bebidas ou objetos quentes**.
Evitar que o seu filho se aproxime de **eletrodomésticos com fonte de calor**, lareiras ou velas.
Deve colocar **proteções nas tomadas elétricas** e em todos os dispositivos com fonte de calor.
Não deve fumar perto do seu filho.

INTOXICAÇÕES

Manter **produtos de limpeza, higiene e medicamentos bem fechados, altos e trancados**.
Não deve guardar produtos de limpeza em garrafas de água ou sumos.
Deve ter **atenção às plantas tóxicas**, que não devem estar ao alcance do seu filho.

ACIDENTES RODOVIÁRIOS

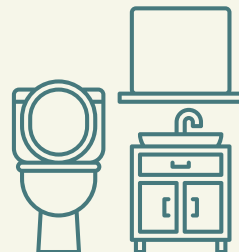
Deve transportar sempre o seu filho na **cadeira indicada**.
A cadeira deve sempre ser no **banco de trás, voltada para o vidro de trás**.
O seu filho deve utilizar bicicletas ou outros equipamentos com rodas em locais apropriados e com **proteção adequada**, evitando a estrada.

ACIDENTES EM CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE VIDA



COZINHA

Evitar que brinque perto dos locais de fonte de calor.
Manter os **cabos das panelas virados para dentro** do fogão.
Deve **manter fora do alcance do seu filho todos os objetos que possam ser perigosos**: eletrodomésticos com fonte de calor, isqueiros, fósforos, utensílios de cozinha (facas, tesouras...) e botijas do gás.
Não deve utilizar toalhas de mesa compridas que o seu filho possa puxar.
Deve ter sempre o lixo **fechado**.



CASA DE BANHO E DESPENSA

Deve manter a **porta fechada**.
Vigiar o seu filho durante o banho.
Manter **produtos de limpeza, higiene e medicamentos bem fechados em locais altos e trancados**.
Deve **evitar que o seu filho se aproxime da máquina de lavar roupa** quando esta estiver a ser utilizada e manter os seus cabos elétricos fora do alcance.



EXTERIOR

Evitar brincadeiras em varandas ou terraços desprotegidos.
Proteger com grades ou redes zonas de perigo (escadas, varandas e piscinas).
Deve manter o **portão de saída para a rua trancado**, de forma a que o seu filho não consiga abri-lo sozinho.
Deve **ensinar o seu filho a não colocar plantas na boca**.
O seu filho deve utilizar bicicletas ou outros equipamentos com rodas em locais apropriados.



CARRO

Deve transportar o seu filho sempre **sentado na cadeira, no banco de trás, virada para a frente**.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as intoxicações. Recuperado de:

<https://www.insa.min-saude.pt/>

Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as quedas. Recuperado de:

<https://www.insa.min-saude.pt/>

Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e as queimaduras. Recuperado de:

<https://www.insa.min-saude.pt/>

Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e os acidentes de viação. Recuperado de:

<https://www.insa.min-saude.pt/>

Direção Geral da Saúde (s.d.). As crianças e os afogamentos. Recuperado de:

<https://www.insa.min-saude.pt/>

Saraiva, H. & Sousa, A. (2022). Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. (1ªed.). Lisboa, Portugal: Lidel.

APÊNDICE 2 – Projeto de Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

Objetivo Geral – Integrar a equipa multidisciplinar e os cuidados.

Atividades a desenvolver:

- conhecer o contexto;
- conhecer e estabelecer relação de confiança com a equipa multidisciplinar;
- conhecer a articulação com outros contextos.

Objetivos Específicos – Adequados a cada contexto.

Contexto de Cuidados Diferenciados – SUP	
Objetivos	Atividades a desenvolver
Desenvolver a Competência Específica 1 – “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”.	<ul style="list-style-type: none">○ implementar, e gerir em parceria, um plano de saúde, com criança/família, promotor da parentalidade;○ avaliar a família;○ proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais a crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;○ diagnosticar precocemente e intervir em situações comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e da família.
Desenvolver a Competência Específica 2 – “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”.	<ul style="list-style-type: none">○ reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, adequando os cuidados, especialmente na triagem;○ fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família;○ promover a adaptação parental à DCC;○ refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto.
Desenvolver a Competência Específica 3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”	<ul style="list-style-type: none">○ comunicar com a criança e família de forma adequada, ao estágio de desenvolvimento e à cultura, bem como às condições de saúde;○ participar na transmissão de más notícias;○ facilitar a comunicação expressiva das emoções dos adolescentes.

Contexto de Comunidade – Consulta de Saúde Infantil na USF	
Objetivos	Atividades a desenvolver
Desenvolver a Competência Específica 1 – “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”.	<ul style="list-style-type: none"> ○ realizar a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; ○ comunicar com a criança e família de acordo com a fase do desenvolvimento e cultura; ○ avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança; ○ promover a vinculação; ○ procurar, de forma sistemática, oportunidades para trabalhar com a criança e família a adoção de comportamentos potenciadores de saúde; ○ diagnosticar e intervir em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e da família; ○ fazer a gestão diferenciada da dor durante a vacinação; ○ refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto.
Desenvolver a Competência Específica 2 – “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”.	
Desenvolver a Competência Específica 3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”	

Contexto de Neonatologia – UCIN	
Objetivos	Atividades a desenvolver
Desenvolver a Competência Específica 1 – “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”.	<ul style="list-style-type: none"> ○ implementar e gerir, em parceria, um plano de cuidados promotor da parentalidade; ○ diagnosticar e intervir em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida do RN e família.
Desenvolver a Competência Específica 2 – “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”.	<ul style="list-style-type: none"> ○ identificar situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados; ○ fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN e família; ○ responder às doenças raras com cuidados de enfermagem adequados; ○ apoiar a família no processo de luto; ○ refletir sobre os conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto neste contexto.
Desenvolver a Competência Específica 3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”	<ul style="list-style-type: none"> ○ comunicar com o RN e família de forma adequada; ○ prestar cuidados promotores do desenvolvimento centrados no RN e família, em especial os que contribuem para o neurodesenvolvimento; ○ promover a vinculação de forma sistemática, em especial no RNPT.

APÊNDICE 3 – Guia de Preparação para a Consulta de Saúde Infantil



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

MARIA INÊS DE LEMOS LOPES

MARIANA SOFIA QUITÉRIO ALVES

GUIA DE PREPARAÇÃO PARA A CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

Durante o desenvolvimento da consulta de saúde infantil, o enfermeiro especialista deverá, através de uma intervenção flexível e de partilha, valorizar as preocupações dos pais sobre os seus filhos, obter uma história relevante do desenvolvimento da criança, observar a criança de forma precisa e partilhar opiniões com outros profissionais. Esta avaliação permite avaliar e vigiar o desenvolvimento das crianças, identificar as que possuem alterações do desenvolvimento e encaminhar atempadamente para uma intervenção precoce adequada. Além disso, a consulta de saúde infantil representa um momento preponderante para fornecer aos pais o conhecimento e as ferramentas necessárias para um adequado desenvolvimento do seu filho.

Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização – a Escala de Mary Sheridan. Além disso, o enfermeiro especialista deve conhecer o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, uma vez que este é o documento que contempla a informação relevante para o desenvolvimento da consulta de saúde infantil.

As principais dificuldades sentidas no início do estágio prenderam-se com a pouca experiência clínica em realizar a Consulta de Saúde Infantil focada no crescimento e desenvolvimento infantil, mais concretamente em aplicar adequadamente a Escala de Mary Sheridan, identificar sinais de alerta e atividades promotoras do desenvolvimento infantil.

Neste sentido, como estratégia para superar estas dificuldades foi desenvolvido um guia de preparação para a consulta de saúde infantil, sob orientação da Enfermeira Especialista Elisabete Carreira e da Professora Doutora Dulce Galvão, o âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final com Relatório”.

Este documento é baseado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e está organizado por ordem crescente de idades. Contempla também a informação relativa ao Programa Nacional de Vacinação. Nas idades em que se aplica, apresentamos o método que consideramos mais adequado para aplicação da Escala de Mary Sheridan, isto é, a forma como devem ser elaboradas as questões (sempre que não seja possível observar diretamente) para não ser facultada a resposta na própria questão e outras estratégias para a sua aplicação, que no decorrer do estágio se mostraram favoráveis para uma avaliação de desenvolvimento mais eficaz e correta.



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ano Letivo 2023/2024

Elaborado por: Maria Inês Lopes e Mariana Alves

Sob orientação da Enfermeira Especialista Elisabete Carreira



Guia de Preparação para a Consulta de Saúde Infantil



PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

Primeiro ano de vida

- 1ª semana;
- 1 mês;
- 2 meses;
- 4 meses;
- 6 meses;
- 9 meses;

Entre os 4 e os 9 anos:

- 4anos;
- 5 anos;
- 6/7anos (fim 1º ano);
- 8 anos;

Entre o 1º ano de vida os 3 anos:

- 12 meses;
- 15 meses;
- 18 meses;
- 2 anos;
- 3 anos;

Entre os 10 e os 18 anos:

- 10anos (início 2º ciclo);
- 12/13anos;
- 15/18anos

EM TODAS AS CONSULTAS DEVE AVALIAR-SE:

- Preocupações dos pais, ou da criança, no que diz respeito à saúde e à relação parental;
- Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- Adaptação ao infantário, ATL e escola;
- Hábitos de vida: alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres, entre outros;
- Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento (se cruzamento de percentis, requer reavaliação ou mesmo referenciação) e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação e vacinas extra programa.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN modificada

A escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada aplica-se a todas as crianças até aos 5 anos de idade, inclusive. Avalia a postura e a motricidade global, a visão e a motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social, sinais de alarme e atividades promotoras do desenvolvimento. Neste documento desenvolvemos e apresentamos estratégias para a aplicação das escalas, nomeadamente a forma como poderão ser elaboradas as questões aos pais para uma avaliação mais correta.

Aplicação de outras escalas sempre que é identificada essa necessidade, nomeadamente a Escala de avaliação Growing Skills II e a Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT).



Recém-nascido – 1ª Consulta de Vida

Preocupações:

Adaptação familiar, relação com irmãos, satisfação do principal cuidador com o bebê, segurança do bebê;

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, Índice de Massa Corporal (IMC) e Perímetro Cefálico.

Observar: coloração da pele, olhar, tônus muscular.

Relativamente ao peso, avaliar:

- Se perda ponderal até 10% do peso de nascimento, com recuperação aos 10 a 14 dias de vida;

- Se perda ponderal de 10-12%: verificar adaptação ao aleitamento materno (realizar avaliação da mamada, avaliar a interação mãe-bebê e ajudar a reduzir a ansiedade materna); reforço dos sinais de alerta de amamentação ineficaz (intervalos longos entre as mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do nº de dejeções e de micções, icterícia); reavaliação ponderal em 24-48h;

- Se perda ponderal superior ou igual a 12% referenciar para o médico de família e programar reavaliação nas próximas 24h ou encaminhar para a urgência.

Cuidados antecipatórios:

Verificar a realização das Vacinas Hepatite B e BCG (se aplicável), rastreio de doenças metabólicas e rastreio auditivo; Promoção do Aleitamento Materno em exclusivo até aos 6 meses; Administração da vit D; Acidentes e segurança (posição de deitar); Hábitos de sono (rituais, noturno vs diurno); Hábitos intestinais (cólicas); Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada”); Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebê e nas interações familiares.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Pegar no(a) bebê e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves:
Chamar o(a) bebê pelo nome.



- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e).
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
- Oferecer o polegar do(a) bebé para que esta(e) se auto conforte e reorganize.
- Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebé.

4 – 6 semanas

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC. (análise dos percentis)

Não esquecer de abordar:

- Adaptação familiar à chegada do recém-nascido; Estado emocional da mãe; Ligação mãe-filho; Vinculação;
- Aleitamento materno exclusivo; Observação da mamada sempre que possível.
- Administração da vit D;
- Hábitos de sono (rituais, noturno vs diurno); Segurança: posição de deitar;
- Hábitos intestinais (cólicas);
- Como lidar com sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e febre);
- Benefícios e esquema de vacinação (inclusive vacinas extra plano disponíveis).



APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Questionar:

- Durante a amamentação qual é a interação que o bebê tem consigo?
- Chora quando está desconfortável? Produz sons em resposta a situações como música ou outra atividade prazerosa?

Observar (sempre que possível):

- Se sorri às 6 semanas;
- Olhar: segue pendente a aproximadamente 20cm de distância;
- Tônus muscular;
- Resposta postural em decúbito ventral - cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça;
- Resposta postural em decúbito dorsal - virando subitamente cabeça do recém-nascido para um lado observa-se flexão/adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral;
- Resposta postural à tração pelas mãos para sentar – queda da cabeça;
- Resposta postural sentado - dorso em arco e mãos fechadas;
- Resposta postural em suspensão ventral – cabeça alinhada com o tronco e membros semi fletidos;
- Resposta ao som (voz, roca ou sineta) a 15cm do ouvido – volta os olhos e/ou para a atividade, pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos.

Sinais de alerta:

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado;
- Hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana);
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera;
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;
- Observar o bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto;



- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço;

- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir;

- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos;

- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

2 meses

VACINAÇÃO (vasto externo):

1. Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB (1ª dose contra difteria, tétano, tosse convulsa (DTPa), 1ª dose contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), 1ª dose contra poliomielite (VIP), 2ª dose contra Hepatite B (VHB).
2. Pn13 (contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*).
3. *Men B* (contra *Neisseria meningitidis B*).

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC.(análise dos percentis)

Observar: Tónus muscular

Preocupações:

Adaptação familiar, parentalidade; relação com irmãos, satisfação do principal cuidador com o bebé, segurança do bebé; Cuidados pós-vacinação.

3 meses

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC. (análise dos percentis)

Preocupações:

Adaptação familiar, relação com irmãos, satisfação do principal cuidador com o bebé, segurança do bebé, amamentação.



APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Se sorri, galreia ou responde com movimentos de excitação a situações familiares como mostrar o biberão ou à amamentação;
- Resposta à aproximação de uma face familiar;
- Segura a roca e move-a em direção à face, embora sem coordenação;
- Segue pendente em meio círculo e horizontal, a 15-25cm da face;
- O olhar converge (com bola pendente ou face humana a aproximar);
- Pestaneja como forma de defesa à aproximação de um objeto;
- Resposta postural em decúbito dorsal – mãos abertas, junta as mãos na linha média e brinca com elas;
- Resposta postural em decúbito ventral – faz apoio nos antebraços;
- Apresenta movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos dos membros;
- Resposta postural à tração pelas mãos para sentar - cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar);
- Resposta postural em suspensão ventral – a cabeça encontra-se acima da linha do corpo;
- Resposta postural à colocação de pé – flete os joelhos (não faz apoio plantar);
- Resposta ao som – atende e volta-se em direção ao som;

Sinais de alerta:

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.



- Pobreza de movimentos.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.
- Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebê ao colo. Cantar.
- Mobilizar o(a) bebê, evitando que esteja deitada(o) demasiado tempo e na mesma posição.
- Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a).
- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los.
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

4 meses

VACINAÇÃO (vasto externo):

1. 2ª dose DTPa, Hib e VIP (pentavalente)
2. 2ª dose de Pn13
3. 2ª dose MenB

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC. (análise dos percentis)

Preocupações:

Observar ou perguntar ao principal cuidador se o bebê reage à voz familiar; Segurança;

Sinais de alerta:

- Não segue objeto com os olhos, mãos sempre fechadas; não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ausência de prazer interativo (interação desadaptada).

6 meses

VACINAÇÃO (vasto externo):

1. 3ª dose DTPa, Hib, VIP e VHB (hexavalente)



Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC e PC (análise dos percentis) e Erupção dentária.

Cuidados antecipatórios:

Diversificação alimentar; Conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional; Saúde oral; Hábitos de sono (promover a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz); sintomas/sinais de alerta; relação emocional – reação a pessoas estranhas.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Ativo, curioso e atento
- Resposta postural em decúbito ventral – faz apoio nas mãos;
- Resposta postural em decúbito dorsal – levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos;
- Resposta postural à tração pelas mãos – faz força para sentar;
- Mantem-se sentado sem apoio
- De pé faz apoio dos pés;
- Apresenta preensão palmar;
- Leva os objetos à boca;
- Transfere objetos;
- Esquece o objeto se este cair;
- Apresenta boa convergência;
- Resposta ao som a 45cm do ouvido;

Questionar:

- Dá gargalhadas?
- Já começa a emitir sons? Quais?

Sinais de alerta:

- Ausência de controlo da cabeça.



- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.

- Não olha nem pega em qualquer objeto.

- Apresenta assimetrias.

- Não reage aos sons.

- Não vocaliza.

- Tem desinteresse pelo ambiente.

- Apresenta irritabilidade.

- Tem estrabismo manifesto e constante.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas arredadas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra.
- Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebê.
- Colocar o(a) bebê num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).
- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão.
- Ritual do sono reforçado antes de dormir.

9 meses

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC (análise dos percentis) e Erupção dentária.

Preocupações:



Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina.

Cuidados antecipatórios:

Alimentação (capacidade de mastigação, individualizar os alimentos para ter oportunidade de conhecer os diferentes sabores); Hábitos de sono - Promover cama e quarto próprios; Desenvolvimento - estimular a compreensão da linguagem – associação da mesma palavra a objetos ou conceitos simples (ex: onde está luz?); Acidentes e segurança.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Reconhece-nos como pessoas estranhas;
- Leva os objetos à boca;
- Aponta com o dedo indicador;
- Faz pinça;
- Atira objetos ao chão de forma deliberada e procura-o;
- Senta-se sozinho;
- Resposta ao som a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido;

Questionar:

- Leva a bolacha à boca? E mastiga?
- Consegue ficar quanto tempo sentado?
- Ele já consegue colocar-se de pé com apoio?
- Fica atento rapidamente a sons perto e longe;
- Ele repete sílabas ou sons?

Sinais de alerta:

- Não se senta.
- Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca.



- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.
- É apático(a), sem relação com familiares.
- Engasga-se com facilidade.
- Tem estrabismo.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento.
- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia.
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa.
- Oferecer papel para amassar e rasgar.
- Dar a experimentar diferentes texturas.
- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema».
- Brincar ao «esconde».
- Ser firme e terno no «não».
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...).
- Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

12 meses

VACINAÇÃO (deltóide):

1. 3ª dose Pn13;
2. 3ª dose MenB;
3. MenC;
4. 1ª VASPR (vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola).

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC (análise dos percentis) e Dentição.



Cuidados antecipatórios:

Alimentação (anorexia fisiológica 2º ano, a criança inicia a dieta da família, que deve ser cuidada, diversificada e saudável); Saúde oral; Desenvolvimento (Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros); Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé; Estilos de vida saudáveis (Brincar, passear e dormir); Acidentes e segurança; Calçado; Vida na creche/ama e rotinas.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Demonstra afeto pela mãe/pai durante a consulta;
- Passa de decúbito dorsal a sentado;
- Tem equilíbrio do tronco sentado;
- Responde a sons;
- Dá-se pelo nome e volta-se para procurar a fonte;

Questionar:

- Como é que bebe água?
- Faz preensão da colher?
- Quando o está a vestir ele ajuda? Como?
- Já tenta fazer alguma coisa sozinho?
- Como é que ele se desloca pela casa? - não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por ex. arrastando as nádegas pelo chão, de gatas, com apoio nas mãos e pés, etc.).
- Coloca-se de pé? Como?
- Se lhe der um objeto para as mãos o que é que ele faz?
- Se lhe esconder um objeto ele tem interesse em encontrá-lo? - Com um pano, esconder / cobrir o objeto ou brinquedo em frente à criança, perguntando seguidamente “Onde está o brinquedo?”. Observa o brinquedo a ser escondido dentro de um copo e rapidamente o encontra.



- Desloca-se para alcançar um objeto que está mais longe ou procura apenas objetos mais próximos? - Fora de casa, observa as pessoas / animais / veículos em movimento durante períodos prolongados; gosta de espreitar à janela, etc.

- Como é que tenta comunicar ou chamar a atenção? (vocaliza sons impercetíveis)

- Já responde a alguma ordem simples? Quais?

- Já come alimentos sólidos sem se engasgar?

Sinais de alarme:

- Não aguenta o peso nas pernas;

- Permanece imóvel, não procura mudar de posição;

- Apresenta assimetrias;

- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão;

- Não responde à voz;

- Não brinca nem estabelece contacto;

- Não mastiga.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Promover a aquisição de capacidades motoras.
- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança.
- Reagir calmamente e com firmeza às birras;
- Manter os rituais do sono;
- Não entrar em conflito na hora da refeição;
- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas;
- Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos;
- Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas.
- Evitar pressões para o controlo esfíncteriano;
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



15 meses

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC (análise dos percentis) e Dentição.

Cuidados antecipatórios:

Alimentação (anorexia fisiológica 2º ano, dieta familiar cuidada saudável e diversificada); Saúde oral; Desenvolvimento (Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros); Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé; Estilos de vida saudáveis (Brincar, passear e dormir); Acidentes e segurança; Calçado; Vida na creche/ama e rotinas; Ansiedade de separação e terrores noturnos; Promover o equilíbrio entre a autonomia e a necessidade de proteção do bebé.

18 meses

VACINAÇÃO (deltóide):

1. 4ª dose DTPa + VIP + Hib (pentavalente)

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento, IMC, PC (análise dos percentis) e Dentição.

Cuidados antecipatórios:

Alimentação (anorexia fisiológica 2º ano, dieta familiar cuidada, saudável e diversificada); Saúde oral; Desenvolvimento (Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros); Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé; Estilos de vida saudáveis (Brincar, passear e dormir); Acidentes e segurança; Vida na creche/ama e rotinas; Ansiedade de separação e terrores noturnos; Falar do desmame do biberão e do leite ao adormecer.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Constrói torre de 3 cubos;
- Faz rabiscos, preferindo uma mão;
- Anda bem;



- Aponta os olhos, o cabelo o nariz e os sapatos em si próprio ou num boneco;

Questionar:

- Como é que bebe água? Utiliza as duas mãos? Entorna muito?
- Como é que ele come? Que talher utiliza? Leva sozinho os alimentos à boca?
- Gosta que lhe peguem?
- Exige muita atenção?
- Consegue comunicar de ir à casa de banho? Como?
- Tenta copia-la nas atividades domésticas?
- Tenta fazer desenhos? Como são? Utiliza mais uma mão do que a outra? Qual?
- Tem interesse por livros com bonecos? Como é que folheia o livro?
- Apanha os brinquedos?
- Na comunicação, reconhece que ele utiliza algumas palavras de forma clara? Quais?
- Compreende mais do que fala? Reconhece mais palavras do que aquelas que diz?

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se.
- Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.
- Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial.
- Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela.
- Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha.
- Continuar a incentivar o convívio.
- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



2 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Comprimento/altura, IMC, PC (análise dos percentis) e Dentição.

Cuidados antecipatórios:

Segurança/maus tratos; Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada); Saúde oral (com desmame da chupeta); Desenvolvimento (Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros); Novos rituais para adormecer (desmame do biberão); Independência, ansiedade de separação e terrores noturnos; Prevenção de acidentes; Estilos de vida saudáveis (Brincar, desenhar, hábitos de uso de ecrãs, rituais de dormir); Controlo de esfíncteres; Vida na creche/ama e rotinas;

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Constrói torre de 6 torres;
- Imita um rabisco circular;
- Diz o primeiro nome;
- Nomeia objetos;
- Estrabismo;

Questionar:

- Calça-se sozinho? Coloca o chapéu?
- Como é que ele come? Que talheres utiliza?
- Por onde bebe água? Bebe sem entornar?
- Tem interesse por livros? Como é que folheia o livro?
- Corre?
- Como é que sobe e desce os degraus?
- Quando está a brincar fala sozinho?
- É capaz de dizer pequenas frases? O que é que ele diz?
- Percebe tudo o que ele diz?



Sinais de alarme:

- Não anda sozinho(a);
- Deita os objetos fora;
- Não constrói nada;
- Não parece compreender o que se lhe diz;
- Não pronuncia palavras inteligíveis;
- Não se interessa pelo que está em seu redor;
- Não estabelece contacto;
- Não procura imitar;
- Tem estrabismo.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
- Controlo esfíncteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala;
- Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo;
- Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico;
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;
- Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

3 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis), e Dentição;



Cuidados antecipatórios:

Segurança/maus tratos; Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada); Saúde oral; Impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança; ciúmes, birras, negativismo, rivalidade; Reconhecimento como menino ou menina; Medos vs terrores noturnos vs pesadelo; Prevenção de acidentes; Estilos de vida saudáveis (Brincar, desenhar, hábitos de uso de ecrãs, rituais de dormir); Controlo de esfínteres; Vida na creche/ama e rotinas;

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Constrói torre 9 cubos;
- Imita/copia a ponte de 3 cubos?
- Copia o círculo?
- Imita a cruz?
- Diz o nome completo

Questionar:

- Consegue despir-se sozinho? Precisa de algum apoio?
- Vai sozinho à casa de banho?
- Como é que ele come? Que talheres utiliza?
- Já reconhece algumas cores? Quais? Confunde algumas?
- Salta ao pé coxinho?
- Como sobe as escadas? E desce?
- És um menino ou uma menina?
- Consegue compreender o que ele diz? Usa palavras variadas para comunicar? Como é a construção das frases?

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc;
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar;



- Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida;
- Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário;
- Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico);
- Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta;
- Não ridicularizar comportamentos;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância;
- Acompanhamento de programas televisivos;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

4 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Cuidados antecipatórios:

Segurança/maus tratos; Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada); Saúde oral; Autoridade dos pais - impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança; os ciúmes, as birras, negativismo, rivalidade; Reconhecimento como menino ou menina; Medos vs terrores noturnos vs pesadelo; Prevenção de acidentes; Estilos de vida saudáveis (Brincar, desenhar, hábitos de uso de ecrãs, rituais de dormir); Controlo de esfíncteres; Vida na creche e rotinas;

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Constrói escada com 6 cubos;
- Copia a cruz;
- Nomeia 4 cores;
- Diz o nome completo, a idade, o sexo e a morada;
- Se apresenta uma linguagem compreensiva;



Questionar:

- Veste e despe-se sozinho? Necessita alguma ajuda?
- Na pré-escola, relaciona-se e brinca com as outras crianças?
- Sabe esperar pela sua vez ou chama até que lhe retribua a atenção?
- Salta ao pé coxinho?
- Como sobe e desce as escadas?
- Ainda usa termos mais infantis na comunicação? Como diminutivos;

Sinais de alarme (4 e 5anos):

- É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual.
- Apresenta perturbação do comportamento.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Promover as construções com lego e com puzzles.
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.
- Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.
- Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.
- Mostrar as sequências das atividades.
- Promover brincadeiras onde exista movimento físico.
- Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).
- Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.
- Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



5 anos

VACINAÇÃO:

1. 5ª dose DTPa + VIP (tetraivalente)
2. 2ª dose VASPR

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Cuidados antecipatórios:

Segurança/maus tratos; Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada); Saúde oral; Impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança; ciúmes, birras, negativismo, rivalidade; Reconhecimento como menino ou menina; Medos vs terrores noturnos vs pesadelo; Prevenção de acidentes; Estilos de vida saudáveis (Brincar, desenhar, hábitos de uso de ecrãs, rituais de dormir); controlo de esfíncteres; Vida na creche/ama e rotinas.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE MARY SHERIDAN

Observar:

- Constrói escada de 4 degraus com 10 cubos;
- Copia o quadrado e o triângulo;
- Nomeia 4 cores;
- Conta 5 dedos;
- Diz o nome completo, idade morada e data de nascimento;
- Utiliza vocabulário diversificado e constrói frases adequadamente, ainda que possa haver confusão dos ditongos.
- Diz o nome dos seus amigos;

Questionar:

- Veste-se sozinho?
- É capaz de lavar as mãos e a cara e secar-se autonomamente?
- Se brincarem, é capaz de compreender as regras?
- Salta ao pé coxinho com os dois pés e os braços cruzados?



Sinais de alarme (4 e 5anos):

- É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual.
- Apresenta perturbação do comportamento.

Atividades promotoras do desenvolvimento:

- Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo.
- Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.
- Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.
- Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.
- Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.
- Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.
- Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

6/7 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Importante abordar: Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada), hábitos de sono, atividade física, saúde oral (cheque dentista, introduzir fio dentário), escola (como correu o 1º ano do 1º ciclo?), família, amigos, tempos livres, sexualidade, segurança e acidentes, violência e maus tratos, higiene.



8 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Importante abordar: Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada), hábitos de sono, atividade física, saúde oral, escola, família, amigos, tempos livres, sexualidade, segurança e acidentes, violência e maus tratos, higiene.

10 anos

VACINAÇÃO:

1. Reforço Td
2. 2 doses da vacina (com intervalos de 6 meses) contra infeções pelo vírus do Papiloma humano de 9 genótipos (HPV9)

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Importante abordar: Puberdade, alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada), hábitos de Sono, atividade física, saúde oral (cheque dentista), escola, família, amigos, tempos livres, sexualidade, autoestima, segurança e acidentes, consumos nocivos, riscos, violência e maus tratos, higiene.

12/13 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;

Importante abordar: Puberdade, alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada), hábitos de sono, atividade física, saúde oral, escola, relação com a família, amigos, tempos livres, sexualidade, autoestima e autoimagem, segurança e acidentes, consumos nocivos, riscos, violência e maus tratos, higiene.

15/18 anos

Parâmetros a avaliar:

Peso, Altura, IMC, TA (análise dos percentis) e Dentição;



Importante abordar: Alimentação (restrição do açúcar/gordura, dieta saudável e diversificada), hábitos de sono (horas de sono, qualidade do sono), atividade física, saúde oral, escola (expectativas para o futuro, áreas de interesse), relação com a família, amigos e relação com os colegas, tempos livres, sexualidade, autoestima, autoimagem, saúde mental, segurança e acidentes, consumos nocivos, riscos, violência e maus tratos, higiene; objetivos de vida, crenças, valores.

BIBLIOGRAFIA:

Direção-Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal.
Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>



APÊNDICE 4 – Folheto Informativo – Perturbações do Sono na Infância



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

MARIA INÊS DE LEMOS LOPES

MARIANA SOFIA QUITÉRIO ALVES

PERTURBAÇÕES DO SONO NA INFÂNCIA

No âmbito do desenvolvimento do estágio de cuidados de saúde primários na USF Briososa, integrado na unidade curricular Estágio Final com Relatório, foi desenvolvido o folheto informativo “Perturbações do sono na infância”. Este surge na sequência das consultas de saúde infantil realizadas durante o estágio, onde foi possível identificar o desconhecimento dos pais sobre como atuar face aos pesadelos e terrores noturnos e a ansiedade dos pais face aos mesmos.

Reconhecendo a importância de um sono adequado para a renovação celular, maturação e plasticidade do cérebro, este desempenha um papel crucial no desenvolvimento cognitivo e no crescimento das crianças. É também essencial para o bem-estar familiar, uma vez que problemas do sono na criança afetarão diretamente o sono dos pais. Além disso, as noites “mal dormidas” têm várias consequências negativas, afetando a aprendizagem, memória, níveis de atenção e concentração da criança, potenciando o desenvolvimento de doenças como a obesidade e a diabetes e alterações do comportamento.

Deste modo, é imperativo transmitir aos pais conhecimento sobre estas perturbações do sono mais frequentes, minimizando a sua ansiedade face aos mesmos e dando-lhes ferramentas para saber como atuar quando acontecem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Monteiro, J. (2006). Perturbações do sono na criança – perspetiva do pediatra. *Nascer e crescer*. Vol. XV n.º3. Recuperado de: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1187/1/PerturbacoesDoSono_15-3_Web.pdf

Silva, J. (2021). Perturbações do sono na criança: como agir. *Revista Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS*. Edição Especial – outubro. 12-13.

Recuperado de: https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/17/2021/04/HDS_Saude-Mental_Revista_out-2021.pdf?fbclid=IwAR1n0SrECDejM0FKI0x-0abPuI8Gm67YGgQR64ZxRkrBb8o5H_rchlC0ZUo

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente*. 1ª ed. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

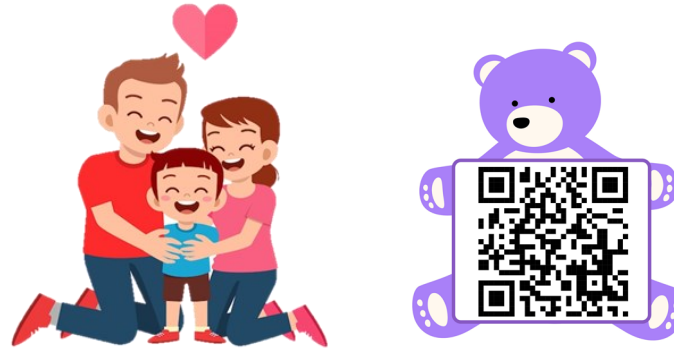


Sonambulismo

Pode aparecer associado aos terrores noturnos. É um fenómeno normal que se intensifica em alturas de maior stress.

A criança pode deambular pela casa, abrir as portas ou até tentar sair, sempre com os olhos abertos. O que fazer?

Adotar medidas para garantir a segurança da criança e encaminhá-la com cuidado para a cama sem a despertar.



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Elaborado por: Maria Inês Lopes e Mariana Alves
Mestrado Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

Orientadora: Enfermeira Elisabete Carreira

Data elaboração: Nov/2023

Aprovado pelo Conselho Técnico e Coordenadora

Revisto em: 2023

Referências Bibliográficas:

- Monteiro, J. (2006). Perturbações do sono na criança – perspetiva do pediatra. *Nascer e crescer*. Vol. XV nº3. Recuperado de: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1187/1/PerturbacoesDoSono_15-3_Web.pdf
- Silva, J. (2021). Perturbações do sono na criança: como agir. *Revista Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS*. Edição Especial – outubro. 12-13. Recuperado de: https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/17/2021/04/HDS_Saude-Mental_Revista_out-2021.pdf?fbclid=IwAR1n0SrECDeiM0FKl0x-0abPui8Gm67YGqQR64ZxRkrBb8o5H_rchlCOZUo
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente*. 1ª ed. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

PERTURBAÇÕES DO SONO NA INFÂNCIA





Na infância algumas perturbações do sono são frequentes. Na maioria são **normais, passageiras e pouco graves.**

Sabe como pode ajudar a sua criança? Nós ajudamo-lo a compreender melhor estas perturbações e de que formas pode lidar com elas, tornando as **noites mais tranquilas** aí em casa.

Os Monstrinhos

Os monstros não são reais, mas o **medo deles é real.**

Podem ser consequência da televisão ou jogos. Ajuda



optar por atividades calmas antes de ir para cama. Deve aceitar que é normal a criança ter medos e que está lá para a proteger.



Terros Noturnos vs Pesadelos

Nestas duas situações a criança parece **assustada, agitada e desorientada.** Mas há **diferenças** que deverá conhecer:

* O **terror** não é um sonho. Aparece nas fases menos profundas do sono, normalmente nas primeiras horas. A criança **continua a dormir, não é possível consolá-la** e quando acorda **não tem memória** do que aconteceu.

* Na verdade, os terros noturnos são mais um terror para os pais do que para a criança. O que fazer? **Não fazer nada e esperar que passe.**



* Se a sua ansiedade não permitir, pode abraçar a criança ou fazer festas nas costas sem a despertar.



* O **pesadelo** surge habitualmente nas fases mais profundas do sono e no final da noite. No pesadelo

a criança **desperta**, o que a leva a ter **medo de voltar a dormir**, momento em que pode ser confortada.

* Quando a criança acorda é capaz de descrever o sonho “mau” ao pormenor.

* Podem ter origem em medos e conflitos normais da idade. Estratégias como pedir à criança para fazer um desenho sobre o medo, amachucá-lo e deitá-lo fora pode ajudar.



APÊNDICE 5 – Projeto de Estudo



Anexo III – Modelo de proposta de projeto de estudo e designação do orientador relativo ao relatório final de estágio (CTC informa nº41, 10 de janeiro 2022)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE
PROPOSTA DE PROJETO DE ESTUDO E DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR
DO RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

(Regulamento n.º 42/2020, Regulamento Geral do Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem - Versão 2.1 do DR II Série, nº11 de 16/01/20. Anexo II-Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio)

Este documento será enviado à UICISA: E para agregação ao Projeto Estruturante indicado.

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Responsável pela UC de Estágio com Relatório: Jorge Apóstolo

Estudante: Maria Inês de Lemos Lopes

Orientador proposto: Lurdes Lomba

Grupo de investigação da UICISA-E onde se integra o Relatório Final de Estágio:
Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde

Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra o Relatório Final de Estágio:
Prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde de crianças, adolescentes e jovens: Contributos para uma intervenção de Enfermagem

Responsável do Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra o Relatório Final de Estágio: Lurdes Lomba

Título do Relatório Final de Estágio: A perda do filho saudável: intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto.

Assinaturas:

Estudante

Orientador

Assinado por : **Maria de Lurdes Lopes de Freitas**

Lomba

Num. de Identificação Civil: BI07769437

Responsável pela UC de Estágio com Relatório

Responsável pelo projeto estruturante da UICISA: E

Assinado por : **Maria de Lurdes Lopes de Freitas**

Lomba

Num. de Identificação Civil: BI07769437

RESUMO DO PROJETO - RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Enquadramento:

A perda e o luto fazem parte da vida, e a ideia de luto não é limitada apenas à morte, uma vez que engloba o confronto com diversas perdas. O diagnóstico de uma doença crónica ou incapacitante numa criança é um acontecimento marcante e trágico na vida de uma família, levando à ocorrência de um processo de transição saúde-doença que implica a perda do filho saudável, a aceitação parental da perda com o enfrentamento do processo de luto e a adaptação familiar à nova realidade.

O apoio à família em luto pela perda do filho saudável é uma área ainda pouco explorada, motivo pelo qual é meu desígnio aprofundá-la.

Objetivos:

- Identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no apoio à família em luto pela perda do filho saudável.
- Verificar e analisar, à luz da evidência científica atual, as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável.

Metodologia:

Estudo de metodologia qualitativa do tipo descritivo cujo método usado será a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2022).

A colheita de dados será realizada recorrendo a um guião de entrevista.

Serão escolhidos, de forma aleatória, pelo menos seis enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que tenham cuidado de famílias em luto pela perda do filho saudável.

Resultados esperados:

- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em apoiar o luto dos pais pela perda do filho saudável.
- Perceber se as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto, que os Enfermeiros implementam na prática clínica, estão de acordo com a evidência científica atual.
- Analisar o estado de arte de enfermagem pediátrica no que diz respeito ao apoio à família em luto pela perda do filho saudável.

Palavras-chave:

Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Luto; Pais; Processo Saúde-Doença

APÊNDICE 6 – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

✍ Ao longo da sua experiência profissional, ao intervir junto das famílias que, em algum momento da vida, vivenciaram a perda do filho saudável, que dificuldades sentiu?

✍ Que intervenções e estratégias implementou para facilitar a adaptação parental no processo de luto pela perda do filho saudável?

✍ Hoje consideraria agir de forma diferente? Se sim, o que faria?

APÊNDICE 7 – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da formação conducente à Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, eu, Maria Inês de Lemos Lopes encontro-me a realizar um estudo cujo tema é “A perda do filho saudável: intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação parental no processo de luto”.

A ideia de luto não é limitada apenas à morte, mas engloba também o confronto com as perdas reais e simbólicas que vão existindo ao longo do desenvolvimento humano (Cavalcanti et al., 2013), isto é, a perda e o luto fazem parte da vida. A perda pode ser entendida como uma mudança de vida, que implica o desaparecimento de uma condição antiga e conhecida e o aparecimento de uma condição nova e desconhecida, constituindo um processo desorganizador da vida humana (Pereira & Pires, 2018). Segundo os mesmos autores o luto é a elaboração dessa perda através do qual o indivíduo reorganiza a sua vida, constituindo um processo gradual de aceitação e adaptação.

A existência de um diagnóstico de doença na criança constitui uma perda para os pais, a perda do filho saudável, uma vez que deixa de existir o filho idealizado e conhecido como saudável e passa a existir um “novo” filho com necessidades diferentes, especiais e/ou complexas. Sabe-se que o diagnóstico de uma doença na criança é um acontecimento marcante e trágico na vida familiar. A família vive um processo de transição saúde-doença que implica lidar com a perda do filho saudável, isto é a aceitação parental da perda com a elaboração do processo de luto.

A área do apoio à família em luto pela perda do filho saudável é uma área ainda pouco explorada, motivo pelo qual a pretendo fazer emergir através da realização do meu relatório de estágio.

Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa, cujos dados serão recolhidos através de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que sejam Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que trabalhem nos contextos de estágio pelos quais passei (cuidados diferenciados, cuidados de saúde primários e neonatologia), e que tenham cuidado de famílias em luto pela perda do filho saudável. As gravações áudio das entrevistas serão apagadas após a sua transcrição.

Os objetivos principais da realização deste estudo são identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com os pais em luto pela perda do filho saudável, bem como

verificar as intervenções de enfermagem implementadas que são facilitadoras da aceitação parental pela perda do filho saudável.

Asseguro que os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais, anónimos e apenas serão usados no âmbito desta investigação.

Assim:

- Declaro que compreendi todos os procedimentos relativos ao estudo, uma vez que a informação me foi transmitida de forma objetiva, clarificando de forma satisfatória todas as minhas dúvidas e questões.
- Compreendo que é meu direito colocar, agora e em qualquer outro momento do desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
- Reconheço as condições, procedimentos, vantagens e desvantagens em participar neste estudo.
- Estou devidamente informado(a) e sei que os processos que dizem respeito ao estudo serão usados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Reconheço que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Agora, que estou devidamente informado(a), autorizo a minha participação neste estudo.

O(A) Participante:

A Investigadora: