



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sufrimento moral dos enfermeiros em contexto pediátrico

Nurses' moral distress in pediatric care

Por

Ana Cristina Ribeiro Miranda

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sufrimento moral dos enfermeiros em contexto pediátrico

Nurses' moral distress in pediatric care

Por

Ana Cristina Ribeiro Miranda

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa, 2023

“ (...) a educação é uma ajuda para a vida. É a proteção da vida (...) desenvolvendo as poderosas energias no interior do Homem em absoluta normalidade.” (Montessori, 2023)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Sílvia Caldeira pela disponibilidade e compaixão que demonstrou durante todo este meu percurso, pautada ainda pelo seu conhecimento inigualável nas mais diversas áreas.

Agradeço à Professora Doutora Margarida Lourenço pela confiança que em mim depositou e pela flexibilidade e compaixão que demonstrou.

Agradeço aos meus pais pela educação e valores que me transmitiram, e pelo apoio incondicional que me deram. Sem eles não teria conseguido.

Agradeço à vida pelas pessoas boas que colocou no meu caminho, que fizeram parte deste percurso académico e pessoal, e ajudaram-me a concretizá-lo, Enfermeira Marlene, Enfermeiro Francisco, Enfermeira Susana e Enfermeira Ângela.

Aos meus príncipes, Rúben e Benjamim, muito obrigada por serem meus companheiros, por terem-me inspirado diariamente. Por me terem dado força para continuar todo o percurso, com vista, sempre, a tornar-me em um melhor ser humano e mãe.

Por fim, agradeço-me, com toda a humildade, por acreditar em mim, ter sempre a capacidade de me superar e não ter perdido a esperança.

RESUMO

O presente relatório analisa as aprendizagens e as dificuldades, profissionais e pessoais, encontradas durante a realização da última unidade curricular para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O fenómeno do sofrimento moral nos enfermeiros em contexto pediátrico foi o tema principal e transversal a todo o relatório, bem como, nos contextos de estágio, por ser emergente abordar e adquirir mais conhecimentos sobre o impacto que os locais de trabalho têm nos profissionais de enfermagem e, se de alguma forma, assim, o cuidado às crianças/jovens e às suas famílias pode ser prejudicado.

Paralelamente, e tendo em conta o diagnóstico situacional de cada serviço, foram desenvolvidas atividades que permitissem desenvolver e/ou adquirir competências de enfermeiro especialista, tendo como principal objetivo o desenvolvimento profissional e pessoal. Nomeadamente, nos cuidados de saúde primários foi possível acompanhar e participar em grupos de trabalho que têm como foco o cuidar de crianças com necessidades de saúde especiais e crianças em risco. Durante o estágio de neonatologia, foram adquiridos mais conhecimentos sobre a intervenção de enfermagem no desmame ventilatório e na autonomia alimentar de grandes prematuros. Por fim, no serviço de internamento de pediatria o foco foi a intervenção de enfermagem na adaptação da criança/jovem e família à hospitalização, pelo impacto negativo que pode ter na dinâmica familiar e no desenvolvimento saudável da criança.

Por conseguinte, ser Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é conseguir coordenar a teoria, sustentada em pilares teóricos como a Filosofia dos cuidados centrados na Família com a parceria de cuidados de Anne Casey e os cuidados traumáticos, com a mais recente evidência científica operacionalizada através dos cuidados diários a crianças/jovens e suas famílias, cada vez mais, com necessidades de saúde complexas e diversificadas. Porém, um enfermeiro não cuida sozinho, mas sim, inserido em diferentes contextos de trabalho e dentro de equipas multidisciplinares, sendo, ultimamente, influenciado, positiva ou negativamente pela instituição em que trabalha e as condicionantes da sociedade em que está inserido.

Palavras- Chave: Sofrimento moral – Resiliência moral – Pediatria –
Desenvolvimento Profissional – Desenvolvimento Pessoal

ABSTRACT

This assignment analyses the professional and personal learnings and difficulties found during the last phasis of the academic course to obtain a Master in Pediatric Nursing.

The phenomenon of nurses' moral distress in pediatric care was the main topic throughout this assignment, as well, during the clinical placements as it is emergent to develop more knowledge regarding the impact of institutions in nurses and in what way the care of children and their families can be harmed. Alongside this, during each placement, activities were developed to achieve competencies of a pediatric nurse, having as the main objective professional and personal development. Such as, in community care was possible to be part of work groups for children with special needs and children at risk. At the neonatology unit the focuses of learning were the nurses' interventions during the weaning of ventilation and in the feeding autonomy for extreme premature babies. In the last placement, the pediatric ward, the aim was to gain more knowledge regarding nurses' intervention for children and their family's adaptation to hospitalization due to its known negative impact in the families dynamic and healthy children development.

In this way, to be a pediatric nurse is to be able to coordinate important nursing theoretical subjects, like Centered Family Care, Anne Casey' partnership in care and atraumatic care in pediatrics, with daily care, based in the most recent literature, to children and their families with growing, diverse and more complex needs. Although, nurses are not isolated healthcare workers, they are part of different contexts and within multidisciplinary teams, and, ultimately, influenced, negative and positively, by the institutions that they work for and by the society where they live.

Keywords: Moral distress – Moral resilience – Pediatric care – Professional development – Personal development

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADI-R – *Autism Diagnostic Interview- Revised* (Entrevista Diagnóstica para Autismo Revista)

ADOS – *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Protocolo de Observação para Diagnóstico de Austismo)

APMI – Associação Portuguesa de Massagem Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EBR – Entrevista Baseada nas Rotinas

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

ELI – Equipa Local de Intervenção

EPVA – Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos

EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP – *Newborn Individualized Care and Assessment Program*

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIAF – Plano de Intervenção e Apoio à Família

PIIP – Plano Individual da Intervenção Precoce

PSI – Plano de Saúde Individual

PMHH - *PSYCH-MENTAL HEALTH HUB*

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TSSS – Técnico Superior do Serviço Social

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Definições do sofrimento moral	23
Tabela 2 Conceitos relacionados com o sofrimento moral.....	23
Tabela 3 Causas identificadas para o sofrimento moral	24
Tabela 4 Fatores influenciadores do sofrimento moral	25
Tabela 5 Sintomas do sofrimento moral.....	25
Tabela 6 Consequências do sofrimento moral.....	26
Tabela 7 Estratégias para o sofrimento moral	27

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO	14
2.1. Pilares teóricos da enfermagem pediátrica	14
2.2. Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad	16
2.3. O sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria: uma revisão <i>scoping</i>	19
3. DESENVOLVIMENTO	35
3.1. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio em cuidados de saúde primários	35
3.1.1. Contextualização do local de estágio	35
3.1.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas	36
3.1.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática	42
3.2. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio na UCIN	43
3.2.1. Contextualização do local de estágio	43
3.2.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvida	43
3.2.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática	49
3.3. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio no serviço de Internamento de Pediatria	50
3.3.1. Contextualização do local de estágio	50
3.3.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas	51
3.3.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática	55
4. CONCLUSÃO	56
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	69
Apêndice 1: Estratégia de pesquisa e resultados (06/05/2022)	70
Apêndice 2: Seleção de artigos para a revisão de scope	71
Apêndice 3: Tabela com a extração de dados dos artigos	72
Apêndice 4: Esquema da análise do sofrimento moral	85
Apêndice 5: Diagrama sobre a intervenção da EESIP na UCC	86
Apêndice 6: Sessão de formação da UCC	87
Apêndice 7: Documento de auto-avaliação do sofrimento moral	102
Apêndice 8: Sessão de formação para a Unidade de Neonatologia sobre o sofrimento moral	103

Apêndice 9: Questionário de satisfação das sessões de formação sobre o Sofrimento Moral.....	114
Apêndice 10: Reflexão de Gibbs sobre uma situação vivida.....	115
Apêndice 11: Sessão de formação para o Serviço de Internamento de Pediatria sobre o sofrimento moral.....	118
Apêndice 12: Pasta com documentos de apoio sobre o sofrimento moral	129
Apêndice 12.1: Documento de avaliação do sofrimento moral	129
Apêndice 12.2: Recursos importantes relacionados com o fenómeno do sofrimento moral.....	130
Apêndice 12.3: Questões para autorreflexão sobre o sofrimento moral	131
Apêndice 12.4: Artigo “ <i>The use and misuse of moral distress in neonatology</i> ” ..	132
Apêndice 12.5: Artigo “ <i>Building moral resilience through the nurse education and support team initiative</i> ”	133
Apêndice 12.6: Artigo “ <i>Organizational Influences on Health Professionals Experiences of Moral Distress in PICUs</i> ”	134
ANEXOS	135
Anexo 1: Objetivos da Unidade Curricular	136
Anexo 2: Escala de Observação das Competências Orais	137

1. INTRODUÇÃO

A formação contínua ao longo da vida é encarada como estimulante e promotora do desenvolvimento profissional, mas também essencial para um ser humano que cuida de pessoas. Há muito que a educação é considerada uma via para conhecer novas realidades e desafios, fomentando o desenvolvimento do autoconhecimento e autonomia para a vida futura (Montessori, 2023). Assim, a experiência clínica proporciona a vivência de situações de aprendizagem impossíveis de ensinar apenas pela teoria (Benner, 2001).

A elaboração do presente relatório irá refletir o percurso de Enfermeira Generalista para Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) ao retratar de forma aprofundada e objetiva a realização da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do terceiro semestre do 15º Curso de Mestrado em ESIP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Foram realizados três estágios com duração de cento e vinte horas cada, em regime de turnos rotativos. Os contextos de estágio foram cuidados de saúde primários, unidade de cuidados intensivos e intermédios de neonatologia e serviço de internamento de pediatria.

O tema central foi o sofrimento moral que, durante este percurso, fez todo o sentido por ser considerado desconhecido na prática clínica (Prentice et al., 2021), apesar de mundialmente reconhecido como impactante no desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados às crianças e suas famílias (DeGrazia et al., 2021). Mais ainda, segundo Liaschenko & Peter (2016) o grande desafio moral do século XXI é a influência mútua que um profissional de saúde, caracterizado pela sua identidade pessoal e valores morais exerce sobre o seu local de trabalho e, por sua vez, é influenciado pelo clima ético e comunidade moral da instituição que o emprega. Para um enfermeiro cuidar bem dos outros tem de saber, concomitantemente, como cuidar de si (Rego, 2016) e de ser cuidado pela instituição em que trabalha, ao invés, as vozes dos enfermeiros são muitas vezes silenciadas (Molloy et al., 2015; Larson, 2017).

Assim, o referencial teórico que guiou o pensamento ao longo deste percurso profissional é a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, por realçar a experiência do enfermeiro, bem como, da pessoa cuidada durante o encontro diário na prestação de cuidados. Para além disso, esta teoria preconiza como pilares da enfermagem

a comunicação, a reflexão e, a compreensão das situações vividas, de forma, a promover o desenvolvimento profissional e pessoal (de Paula et al., 2004; Schafer et al., 2020).

Por conseguinte, o objetivo geral **desenvolver competências de EESIP no âmbito do desenvolvimento profissional e pessoal**, foi o ponto de partida para cada estágio. Posteriormente, para cada contexto clínico foi utilizada a metodologia de projeto com a identificação de objetivos específicos e decorrentes atividades, tendo por justificação o diagnóstico situacional e a potencialidade de cada contexto para a aprendizagem da mestrandia. Estes projetos foram discutidos com o enfermeiro e professor orientadores nas reuniões de orientação tutorial, uma para cada estágio, de forma, a criar um projeto de estágio concreto e factível, de acordo com a evidência científica mais recente.

No que concerne à estrutura do relatório, no primeiro capítulo será feito o enquadramento conceptual deste percurso académico e profissional, com a discussão de três pilares teóricos essenciais, a Filosofia dos cuidados centrados na Família com a parceria de cuidados de Anne Casey e os cuidados traumáticos. De seguida, será apresentado e justificado o modelo teórico de enfermagem escolhido e, por fim, será apresentada a revisão intitulada “O sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria: uma revisão *scoping*”.

O segundo capítulo está dividido nos três contextos clínicos. Para cada um deles será feita uma contextualização de cada local de estágio com a fundamentação dos objetivos específicos e atividades desenvolvidas. Com a consequente análise do percurso feito, desafios encontrados e superados e ainda, as competências adquiridas de EESIP.

Seguidamente, estará o capítulo da conclusão que irá refletir e identificar as principais aprendizagens de todo este percurso. Após as referências bibliográficas, realizadas segundo a norma APA (Azevedo & Azevedo, 2008), estarão apêndices referentes à revisão de *scoping* e atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos para cada local de estágio e, anexos relevantes para a realização deste relatório.

2. FUNDAMENTAÇÃO

Este capítulo irá abordar de forma objetiva e aprofundada os pilares teóricos para a enfermagem pediátrica. De seguida, será apresentada e justificada a escolha da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad e, por fim, será abordado o tema do sofrimento moral nos enfermeiros em contexto pediátrico com apresentação da revisão de *scoping*.

2.1. Pilares teóricos da enfermagem pediátrica

Os EESIP têm um vasto campo de atuação, desde a promoção e vigilância da saúde em qualquer tipo de contexto da comunidade até à prestação de cuidados em ambiente hospitalar, seja por doença aguda ou agudização de uma situação crónica, da criança/jovem com menos de 18 anos de idade, em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, ou 25 anos e a sua família, assegurando a passagem tranquila e estabilizadora para os cuidados de saúde destinados à população adulta (Pereira, 2017).

Ser-se EESIP é uma forma de estar e ver a vida porque para se cuidar de crianças é necessária formação específica em termos de desenvolvimento infantil, relações humanas e formas de comunicar. É estar atento aos pormenores de cada criança/jovem e a sua envolvência, de forma a promover o bem-estar e crescimento saudável ao mobilizar recursos materiais, humanos, familiares, sociais e comunitários necessários (Pereira, 2017), envolvendo sempre que possível o próprio, promovendo a literacia em saúde desde cedo (Ramos, 2020).

Na área da pediatria cuida-se da criança/jovem e a sua família. Esta é uma condição inerente, sendo a família constituída pelas pessoas, na sua maioria os pais, responsáveis pela prestação de cuidados no dia-a-dia. Assim, preconiza-se a filosofia de cuidados centrados na família com especial enfoque no empoderamento da capacidade parental durante a parceria de cuidados (Pereira, 2017), através do respeito, cooperação e colaboração mútuos, sendo o objetivo principal desta interação entre família e profissional de saúde, o bem-estar físico, emocional, psicológico e social da criança/jovem (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Anne Casey foi a enfermeira pioneira ao propor o modelo de parceria de cuidados, onde os pais estão em posição de

igualdade em relação aos profissionais de saúde e participam ativamente no processo de tomada de decisão. É-lhes reconhecido valor e experiência como os melhores conhecedores dos seus filhos (Monteiro & Cerqueira, 2020). Para além de que, para a criança/jovem são na sua maioria fonte de segurança e afeto, extremamente debilitados em situações de stress, doença e hospitalização (Instituto de Apoio à Criança, 1996). Desta forma, segundo este modelo, é dos pais a responsabilidade de prestar cuidados de higiene, alimentares, conforto e afeto. Enquanto os enfermeiros prestam cuidados relacionados com as necessidades de saúde. Claro está que esta dinâmica é, muitas vezes, ajustada às necessidades da criança e consoante as capacidades e disponibilidade que os pais têm para realizarem cuidados de enfermagem, como aspiração de secreções, após receberem treino e serem supervisionados pela equipa de enfermagem (Monteiro & Cerqueira, 2020). Isto não só demonstra a parceria de cuidados preconizada em contexto pediátrico como visa promover as capacidades e confiança parentais para cuidar das crianças em ambiente domiciliário.

Inerente aos processos de doença e hospitalização da criança/jovem, é fundamental abordar a necessidade da prestação de cuidados atraumáticos. Em 2011, o Conselho Europeu elaborou diretrizes sobre os cuidados amigos das crianças ao reconhecer que pela imaturidade, limitações de comunicação e expressão, dificuldades na autorregulação, as crianças estão em maior risco de desenvolver consequências nefastas ao seu desenvolvimento durante a hospitalização (Fernandes, 2020). Constituem, assim, um conjunto de medidas que visam aliviar a ansiedade, medo e dor muitas vezes causados pela hospitalização (Carvalhais et al., 2022). Tal como Barros et al. (2021) alertam, a hospitalização torna a criança/jovem mais vulnerável, tira-lhes o controlo sobre o seu dia-a-dia devido à alteração de rotinas, afastamento do ambiente familiar e pessoas de referência e põe-nos em relação com profissionais de saúde, figuras desconhecidas que realizam, muitas vezes, procedimentos que causam dor.

Estes pilares teóricos da enfermagem pediátrica acima analisados são fundamentais para o desenvolvimento de competências de EESIP, tais como, cuidar da criança/jovem e família em situações de complexidade e prestar cuidados específicos respeitando as necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento, promovendo sempre a maximização da saúde (OE, 2018). Desta forma, serviram como guia orientador para a

prática dos cuidados de enfermagem ao longo dos estágios e agora como fundamentação da análise dessa prática na elaboração deste relatório.

2.2. Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad

Defender os cuidados centrados na família como forma de olhar a interação entre enfermeiro- criança- família, segundo Morais & Costa (2009) baseia-se na Teoria Humanística de Enfermagem, pelo ser humano ser o centro da atenção, encara todos os intervenientes responsáveis de criar no outro e ser influenciado pelo mesmo, através de estímulos, atitudes e comportamentos. Para além disso, esta teoria considera como única a interação estabelecida em cada momento da prestação de cuidados de enfermagem (de Paula et al., 2004) em que o enfermeiro e o membro da família presente durante a hospitalização têm igual significância (Schafer et al., 2020), estão em pé de igualdade ao partilhar os cuidados e na tomada de decisão (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Mais ainda, esta teoria enquadra a profissão de enfermagem como uma experiência existencial, tendo como uma das suas fundações o existencialismo, pautada por relações transacionais onde se procura, responsabilmente, o autoconhecimento e o conhecimento do cuidador e da pessoa cuidada (de Paula et al., 2004). Esta análise das experiências vividas e o conhecimento resultante são fruto da fenomenologia, outra influência filosófica desta teoria (Schafer et al., 2020), de forma, a prestar cuidados de enfermagem que correspondam às necessidades da criança e família e espelhem o que é moralmente aceite pelo enfermeiro.

Assim, a abordagem aos cuidados centrados na família e o fenómeno do sofrimento moral, alicerça-se na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad pela partilha de aspetos em comum, a importância de cada ser humano nas interações e sempre com o objetivo, o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, sendo este também o objetivo geral identificado neste percurso académico e profissional.

Mais concretamente, esta teoria foi desenvolvida por duas enfermeiras norte americanas, Josephine Paterson e Loretta Zderad, na década de 1970, ao longo da relação de amizade que criaram quando se conheceram como docentes na universidade e através da investigação que realizaram com as vivências profissionais de enfermeiros do seu

país. O seu objetivo era que esta teoria servisse como guia para reflexão sobre a prática clínica dos enfermeiros (PSYCH-MENTAL HEALTH HUB, PMHH, 2022).

Para as autoras, a teoria operacionaliza-se através do diálogo, não só no sentido comunicacional, mas de presença ativa e genuína onde é possível perceber, detalhar e apreciar o contributo de cada interveniente (Morais & Costa, 2009). França et al. (2018) consideram que a comunicação efetiva, através da escuta ativa, contato visual e recetividade, é essencial para cuidar de forma integral e humanizada, onde se identificam as necessidades específicas que são verbalizadas pela criança/jovem/família. Assim, as relações de cooperação com sensibilidade intersubjetiva potenciam o sucesso da interação entre cuidador e pessoa cuidada, com troca de ideias e conhecimento e, conseqüente, mudança na vida dos envolvidos. Os enfermeiros são enfermeiros no verdadeiro sentido da profissão e, em termos fenomenológicos, enquanto estão em relação com os que necessitam de cuidados diferenciados, e esse aprimorar das características da relação humana, é o que os torna diferentes de outros profissionais de saúde, pela proximidade e possibilidade de maior contato que têm com as crianças/jovens/famílias em situações de vulnerabilidade.

Para uma enfermagem humanística, a disponibilidade da parte dos seus profissionais é essencial para a concretização das cinco fases do processo de enfermagem (PMHH, 2022). A primeira fase pressupõe necessidade de autoconhecimento do enfermeiro para preparar-se para o desconhecido, com a mente aberta, quando estiver em relação com o outro (França et al., 2018). Passando para a segunda fase, o enfermeiro conhece de forma intuitiva a pessoa de quem vai cuidar, uma relação de sujeito para sujeito, de igual para igual (PMHH, 2022). Na terceira fase, existe a transição da intuição para a análise, a objetividade em que a observação de enfermagem é feita à distância, a relação passa a ser de sujeito (enfermeiro) para objeto (pessoa alvo dos cuidados) (França et al., 2018). A quarta etapa ocorre no final da interação entre enfermeiro e criança/jovem/família em que se comparam as experiências vividas com experiências anteriores, tratando-se de uma relação “nós”, onde ambos os intervenientes ganham positivamente com a dinâmica estabelecida entre ambos e cooperam para maximização da saúde da pessoa alvo de cuidados (França et al., 2018). Por fim, a última etapa é caracterizada pela autorreflexão do enfermeiro que criticamente identifica aprendizagens e erros ocorridos para melhorar a prática de enfermagem (PMHH, 2022). Assim, para

Schafer et al. (2020), a aplicação desta teoria na prática de enfermagem está dependente das experiências anteriores de cada profissional, aprendizagens decorrentes dessas experiências, características pessoais e a forma como sente que pode e é influenciado pelas crianças/jovens/famílias que cuida. Com toda a simplicidade, estes encontros diários são feitos e dependentes dos seres humanos presentes, com todas as suas vicissitudes e características individuais.

No que concerne aos paradigmas de enfermagem, conceitos epistemológicos da profissão, é possível concluir que as definições dos paradigmas de enfermagem de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Pereira et al., 2017) apresentam semelhanças e operacionalizam-se à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Para Pereira et al. (2017), a saúde é um estado subjetivo, variável no tempo e que necessita de constantes ajustes para a sua maximização. Complementarmente, a teoria humanística considera saúde como um objetivo atingir através dos cuidados de enfermagem, e o conceito de saúde vai para além da ausência de doença, considerando também situações de doença crónica ou doença terminal. A enfermagem deve preocupar-se com a melhoria do bem-estar e das condições de ser humano no contexto particular de saúde (PMHH, 2022) de cada criança/jovem e família.

Em enfermagem de saúde infantil e pediátrica o conceito de pessoa, envolve a criança/jovem, dependente de cuidados contínuos e ajustáveis conforme a etapa de desenvolvimento, por parte da família para atingir a maturidade e autonomia. Detentora de direitos, tais como, opinião sobre o seu estado de saúde e presença nos processos de tomada de decisão sempre que possível. Mas também envolve a família, como parte do conceito de pessoa, esta, responsável pelos cuidados diretos à criança/jovem. Bem como, qualquer interveniente da comunidade que possa influenciar positiva ou negativamente o bem-estar da criança/jovem e família (Pereira et al., 2017). À luz da teoria humanística, cada pessoa é vista como um campo energético aberto e multidimensional que vive várias experiências de vida. As pessoas são caracterizadas com consciência, dinamismo, pensamento abstrato, criatividade e responsabilidade e, por isso, tal como Pereira et al., (2017) defende, têm a capacidade e direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu processo de tomada de decisão (PMHH, 2022).

Em termos de ambiente, este conceito engloba todos os estímulos, familiares, sociais, políticos, económicos e culturais, que possam influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento e bem-estar da criança/jovem/família (Pereira et al., 2017). Paralelamente, para Paterson & Zderad, o ambiente é caracterizado pelo tempo e espaço em que os cuidados de enfermagem ocorrem, dependentes e subjetivos da sociedade e cultura em que está inserido (PMHH, 2022), para além do espaço físico, tais como, centro de saúde, hospital ou escola.

Para o EESIP os cuidados de enfermagem têm por base a filosofia de cuidados centrados na família, através de relações dinâmicas, comunicação efetiva, cooperação e negociação entre enfermeiro e criança/jovem/família de forma a promover o empoderamento das suas capacidades e adaptação ao que vivenciam (Pereira et al., 2017). Concomitantemente, para Paterson & Zderad a enfermagem é uma experiência vivida entre seres humanos, em que a individualidade de cada interveniente influencia a relação estabelecida. Mais ainda, é determinante o conhecimento que o enfermeiro tem de si próprio e como aceita humildemente as suas características e limitações de ser também um humano (PMHH, 2022).

Neste contexto e intrinsecamente relacionado surge o tema do sofrimento moral nos enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico, que a seguir será abordado através da apresentação da revisão *scoping*.

2.3. O sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria: uma revisão *scoping*

O conceito de sofrimento moral foi descrito pela primeira vez por Andrew Jameton em 1984, como causador de sentimentos negativos ao enfermeiro e surge quando o profissional é impossibilitado de prestar cuidados da forma que considera correta (Jameton, 2017). Este autor inspirou-se nas experiências em ensino clínico que os estudantes de enfermagem retratavam na sua sala de aula (Jameton, 2017). De acordo com Corley (2002), esta ação indesejada ocorre devido a influências internas do próprio e externas como, da sociedade, instituição do profissional de enfermagem.

A moral é temporal e influenciada pelos valores e regras da sociedade, bem como, de princípios subjetivos de cada profissional (Schaefer, 2017). Permite atingir bem-estar

peçoal e sentido de vida. Por conseguinte, quando um enfermeiro age contra a sua moral, esta ação transforma-se em imoral, podendo causar impacto em todas as suas dimensões de vida (Rodney, 2017; Fachini et al., 2017; AACCN, 2020).

Fachini et al. (2017) identificaram num estudo, com enfermeiros de cuidados intensivos pediátricos, que a falta de recursos tecnológicos e cuidados desumanizados são as causas para cuidados com pouca qualidade e para o sofrimento moral, bem como, a perda de autonomia profissional devido ao poder hierárquico dentro da instituição. Mais ainda, o sofrimento moral pode surgir na desigualdade entre a distribuição de recursos a nível local e mundial. Passos dos Santos et al. (2018) adicionam que cuidados em final de vida, com o prolongamento do sofrimento da criança e dificuldades na comunicação com a família, e dentro das equipas de saúde, são outras causas identificadas por enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Da mesma forma, o sofrimento moral também é relatado por enfermeiros que trabalham em oncologia pediátrica e associada a procedimentos dolorosos, os pais ocultarem a verdade às crianças, conflitos dentro da equipa de saúde, falta de recursos humanos e tempo para dedicar às necessidades das crianças e famílias. Importante será referir que os autores alertam que a intensidade das experiências vividas com sofrimento moral é mais prejudicial do que a sua frequência (Ventovaara et al., 2021).

A literatura é unânime ao identificar consequências devastadoras deste fenómeno no enfermeiro, como o Burnout. Este é caracterizado por exaustão emocional, física e psicológica causado pela atividade profissional que pode levar ao afastamento nos cuidados e despersonalização (AACCN, 2020), o que, por sua vez, leva à diminuição da qualidade nos cuidados prestados (AACCN, 2022), mudança de emprego e mesmo abandono da profissão (Ventovaara et al., 2021).

Por outro lado, e de forma positiva, Rodney (2017) e Deschenes et al. (2020) identificam que o sofrimento moral pode inspirar autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e maior autonomia no enfermeiro para defender os melhores interesses da criança e família.

Os profissionais de saúde são humanos, com toda a subjetividade que isso implica, e, por isso, parece não ser possível extinguir por completo o sofrimento moral. O foco deverá ser em reduzi-lo, potenciando uma carreira em enfermagem saudável e respeitosa (Passos dos Santos et al., 2018). Assim, o principal objetivo é atingir bem-estar moral,

coerência entre o pensamento e a ação e, para isso, é necessário desenvolver estratégias e recursos para a resolução de conflitos morais (Falco-Pegueroles et al., 2015; AACCN, 2020; Ventovaara et al., 2021).

Apesar de terem sido identificado por vários autores as implicações severas que o sofrimento moral pode ter nos enfermeiros (Deschenes et al., 2020), não há registro na Prospero de uma revisão neste contexto, fortalecendo a motivação para realizá-la. Segundo Jameton (2017) e Schaefer (2017) ainda existem muitas incoerências em redor deste tema, sustentando-se em conhecimento falível.

Para além disso, é emergente desenvolver conhecimento no que diz respeito ao cuidado dos profissionais de saúde (Fachini et al., 2017), pois a interação entre o contexto complexo e diverso dos cuidados pediátricos assombrados pelo sofrimento moral e as exigências feitas aos enfermeiros especialistas, apenas podem conviver e prosperar, se o profissional consegue reconhecer e resolver o seu sofrimento moral e o dos outros que consigo trabalham.

Ao realizar um estudo nesta área, eleva o profissional de enfermagem a agente moral, caracterizado por coragem moral necessária para defender os interesses das crianças e suas famílias, independentemente da opinião de terceiros (Falco-Pegueroles et al., 2015). Assim, estudar o sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria aspira um cuidado mais humanizado e realista para as necessidades da população pediátrica. Desta forma, o objetivo principal da revisão *scoping* foi mapear a evidência disponível do sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria, incluindo cuidados de saúde primários e o contexto hospitalar. Mais especificamente, mapear as suas definições, causas, sintomas, consequências e estratégias em contextos de saúde pediátricos.

Em termos de metodologia, esta revisão foi realizada de acordo com as indicações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2021), aspirando responder à seguinte questão de revisão: Qual a evidência científica disponível sobre o sofrimento moral nos enfermeiros em contexto de pediatria?

Foram incluídos estudos que incluíam enfermeiros a trabalhar em contexto de pediatria, que o conceito abordado fosse o sofrimento moral, com descrição das definições, sintomas, causas, consequências e estratégias, em que o contexto abrangesse estudos em cuidados comunitário e hospitalar. Esta revisão considerou para inclusão

estudos de natureza quantitativa, qualitativa, estudos mistos, revisões sistemáticas, artigos de opinião e teses.

No que diz respeito à estratégia de pesquisa foram incluídos artigos publicados e não publicados. Uma pesquisa inicial foi realizada na Medline e CINAHL com palavras presentes em títulos de artigos, resumos e termos de índice de artigos relacionadas com o tema. Estas mesmas palavras foram utilizadas para desenvolver uma estratégia de pesquisa nas bases de dados da Medline, CINAHL e Pubmed (**Apêndice 1**).

A literatura não publicada e literatura cinzenta foram pesquisadas no Google Scholar e Repositórios. Foram considerados artigos nas línguas: inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. Não houve nenhum limite de tempo determinado.

Após a pesquisa, todos os resultados foram inseridos no Zotero e os artigos duplicados foram removidos. Foi feito um teste piloto e os títulos e resumos dos artigos foram revistos de acordo com os critérios de inclusão por dois revisores independentes. A última revisão foi realizada após transferência para o Rayyan, para que a seleção de artigos e resolução de conflitos de opiniões fosse facilitada, de modo independente. Foram selecionados um total de 54 artigos para a revisão como ilustrado no **Apêndice 2**.

Os 54 artigos selecionados foram removidos do Rayyan e foi feita leitura e análise integral de cada artigo por dois revisores independentes, tendo sempre em consideração os critérios de inclusão. Não foi excluído mais nenhum artigo desta revisão. Qualquer desacordo entre os revisores durante o processo de seleção foi resolvido através de discussão.

Devido ao elevado número de artigos foi criada uma tabela (**Apêndice 3**) com os seguintes aspetos de cada artigo para extração: autor, ano de publicação, título, país, população, tipo de estudo, contexto e resumo dos principais resultados. A extração dos dados de cada artigo foi realizada por dois revisores independentes e organizada por ordem alfabética para facilitar a consulta dos artigos durante a apresentação e discussão dos resultados.

No que diz respeito à apresentação dos resultados, os revisores criaram questões específicas, que retratam o que está envolvido quando analisamos o sofrimento moral de forma detalhada e aprofundada.

A primeira questão específica está relacionada com as definições existentes para o sofrimento moral (Tabela 1).

Tabela 1: Definições do sofrimento moral

DEFINIÇÕES/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Sufrimento moral: (Austin et al., 2009, p. 58); (Bagnasco et al., 2018, p.117); (Baliza, 2017, p.98); (Burton et al., 2020, p. 102); (Butz et al., 1998, p.187); (DeGrazia et al., 2021, p. 96); (Fachini et al., 2017, p. 114); (Garros et al., 2015, p. 885); (Green et al., 2016, p. 180); (Jacobs, 2005, p. 365); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 13); (Larson et al., 2017, p. 1); (Mekechuk, 2006, p. ii); (Maguire et al., 2012, p. 281); (Prentice et al., 2017, p. 706); (Welborn, 2019, p. 500)
Sufrimento moral (modelos e processos): (Kain, 2007, p. 244); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 13); (Tiedje, 2000, p. 38); (Ventovaara et al., 2021, p. 1069); (Welborn, 2019, p. 501-502)
Visão positiva e negativa do sofrimento moral: (Mekechuk, 2009, p. iv); (Pergert et al., 2019, p. 2353)

Associado com a definição de sofrimento moral surgiram vários conceitos relacionados (Tabela 2).

Tabela 2: Conceitos relacionados com o sofrimento moral

CONCEITOS RELACIONADOS/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Enfermeiros como agentes morais: (Maguire et al., 2012, p. 281); (Passos dos Santos et al., 2016, p. 111); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 226); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1573)
Angústia moral: (Wiggs, 2011, p. 607); (Woods, 2011, p. 613)
Conforto moral: (Cavaliere et al., 2010, p. 153-154)
Comunidade moral: (Sauerland et al., 2015, p. 44)
Coragem moral: (Baliza, 2017, p. 102); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 229)
Experiências morais: (Pergert et al., 2019, p. 2359)
Integridade moral: (Prentice et al., 2018, p. 42)
Responsabilidade moral: (Prentice et al., 2018, p. 41)
Sensibilidade moral: (Cavaliere et al., 2010, p.153); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Prentice et al., 2017, p. 43); (Sauerland et al., 2015, p. 44); (Welborn, 2019, p.500)
Subjetividade moral: (Ghasemi et al., 2019, p. 669); (Prentice et al., 2017, p. 41)
Clima ético: (Burton et al., 2020, p. 102); (Cavaliere et al., 2010, p. 153); (De Boer et al., 2015, p. e20); (Kain, 2007, p. 245); (Karakachian et al., 2021, p. 688, 700); (Pergert, et al., 2019, p. 2352, 2359); (Prentice et al., 2016, p. 706); (Prentice et al., 2018, p. 43); (Sorlie et al., 2003, p. 291); (Ventovaara et al., 2021, p. 1061-1069); (Wall et al., 2015, p. 55)
Competência moral: (Bagnasco et al., 2018, p. 112); (Baliza, 2017, p. 103); (Green et al., 2016, p. 186); (Pergert et al., 2019, p. 2359); (Tiedje, 2000, p. 37)
Memória ética: (Bagnasco et al., 2018, p. 118)
Adormecimento ético: (Choe et al., 2019, p. 546)

De seguida serão apresentadas as causas encontradas para o sofrimento moral (Tabela 3).

Tabela 3: Causas identificadas para o sofrimento moral

CAUSAS/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Relacionado com a pedopsiquiatria: (Twomey, 2000, p. 41-42)
Cuidados desnecessários que prologam o sofrimento das crianças: (Austin et al., 2009, p. 61); (De Boer et al., 2015, p. e24); (Cavaliere et al., 2010, p. 150); (Epstein, 2010, p. 586); (Fachini et al., 2017, p. 114); (Ghasemi et al., 2019, p. 668); (Green et al., 2016, p. 181); (Jacobs, 2005, p. 362); (Kain, 2007, p. 245); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Larson et al., 2017, p. 4); (Lazzarin et al., 2012, p. 191); (Montagnino & Ethier, 2007, p. 443); (Prentice et al., 2021, p. 702); (Prentice et al., 2016, p. 4); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 112); (Passos dos Santos et al., 2016, p. 228); (Sauerland et al., 2014, p. 38); (Sorlie et al., 2003, p. 289); (Wall et al., 2016, p. 62); (Webb et al., 2014, p. 734); (Woods, 2011, p. 613)
Razões relacionadas com a equipa: (Molloy et al., 2015, p. 56); (Prentice et al., 2021, p. 4); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570); (Thomas et al., 2016, p. e305); (Ventovaara, et al., 2021, p. 1068)
Razões relacionadas com a família das crianças: (Burton et al., 2020, p. 105); (Choe et al., 2019, p.547); (Jacobs, 2005, p. 366); (Molloy et al., 2015, p. 55); (Prentice et al., 2021, p.4, 5); (Welborn, 2019, p. 502)
Dificuldades na comunicação: (Baliza, 2017, p. 100); (Burton et al., 2020, p. 106); (De Boer et al., 2015, p. e24); (Garros et al., 2015, p. 885); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Karakachian et al., 2021, p. 692); (Prentice et al., 2018, p. 702); (Pye, 2013, p. 256); (Larson et al., 2017, p. 4); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 228); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1575)
Falta de recursos humanos: (Choe et al., 2019, p. 545); (De Boer et al., 2015, p. e24); (Garros et al., 2015, p. 885); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Lazzarin et al., 2012, p. 191); (Pergert et al., 2019, p. 2358); (Sauerland et al., 2015, p. 38); (Wall et al., 2016, p. 55, 59); (Ventovaara et al., 2021, p. 1068)
Alívio inadequado da dor: (Lazzarin et al., 2012, p. 190); (Montagnino & Ethier, 2007, p. 443); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 228); (Webb et al., 2014, p. 735)
Uso inadequado de recursos tecnológicos: (Fachini et al., 2017, p. 114); (Prentice et al., 2016, p. 702)
Razões relacionadas com o doente: (Molloy et al., 2015, p. 57); (Prentice et al., 2016, p. 706); (Prentice et al., 2021, p. 4)
Legislação e políticas institucionais: (Garros et al., 2015, p. 885); (Wall et al., 2016, p. 56); (Ventovaara et al., 2021, p. 168)
Reconhecimento de falta de competências: (Ghasemi et al., 2019, p. 668); (Maguire et al., 2012, p. 285)
Vozes dos enfermeiros silenciadas: (Burton et al., 2020, p. 107); (Choe et al., 2019, p. 547); (Epstein, 2010, p. 586); (Fachini et al., 2017, p.117); (Sorlie et al., 2003, p. 291); (Wall et al., 2016, p. 55); (Thomas et al., 2016, p. e306)
Relacionado com os cuidados de saúde primários: (Butz et al., 1998, p. 185)
Trabalhar com médicos/enfermeiros vistos como incompetentes: (Ghasemi et al., 2019, p. 668); (Karakachian & Colbert, 2017, p.14); (Lazzarin et al., 2012, p. 191); (Pergert et al., 2019, p. 2358); (Sannino et al., 2019, p. 5); (Passos dos Santos et al., 2018,

p. 228); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570); (Sauerland et al., 2015, p. 38); (Thomas et al., 2016, p. e306)

Relacionado com as causas do sofrimento moral foram identificados vários fatores que por si só não são causas, mas influenciam-nas e a progressão do sofrimento moral (Tabela 4).

Tabela 4: Fatores influenciadores do sofrimento moral

FATORES INFLUENCIADORES/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Autonomia: (Cavaliere et al., 2010, p. 153); (Fachini et al., 2017, p. 115); (Jacobs, 2005, p. 361); (Sorlie et al., 2003, p.289)
Hierarquia: (Choe et al., 2019, p. 547); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Larson et al., 2017, p. 6); (Passos dos Santos et al., 2016, p. 111); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1576); (Wall et al., 2016, p. 55)
Envolvimento nos cuidados: (Fachini et al., 2017, p. 116); (Green et al., 2016, p. 185); (Kain, 2007, p. 245)
Objetivos de cuidados diferentes entre médicos e enfermeiros: (De Boer et al., 2015, p.e24); (Epstein, 2010, p. 577)
Influências culturais nos enfermeiros: (Choe et al., 2019, p. 542)
Experiências negativas anteriores dos enfermeiros: (Janvier et al., 2007, p.207)
Conceito de qualidade de vida: (Burton et al., 2020, p. 105); (Jacobs, 2005, p. 363)
Turnos noturnos: (Karakachian et al., 2021, p. 695)
Anos de experiência em enfermagem: (Larson et al., 2017, p. 8)
População pediátrica: (Fachini et al., 2017, p. 115)

De seguida, irão ser apresentados os resultados referentes aos sintomas do sofrimento moral (Tabela 5).

Tabela 5: Sintomas do sofrimento moral

SINTOMAS/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Ambivalência: (Yam et al., 2001, p. 654); (Welborn, 2019, p. 502)
Ansiedade: (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570)
Raiva: (Fachini et al., 2017, p. 114); (Garros et al., 2015, p. 885); (Ghasemi et al., 2019, p. 664); (Lazzarin et al., 2012, p. 183); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Yam et al., 2001 p. 654)
Afastamento: (Mekechuk, 2006, p. iv)
Humor negro: (Mekechuk, 2006, p. iv); (Pergert et al., 2019, p. 2352)
Despersonalização: (Welborn, 2019, p. 500)
Stress: (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570); (Welborn, 2019, p. 502)
Falha: (Larson et al., 2017, p. 1)
Frustração: (Garros et al., 2015, p. 885); (Larson et al., 2017, p. 1); (Lazzarin et al., 2012, p. 183); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Yam et al., 2001, p. 654); (Welborn, 2019, p. 502)

Sentir-se abandonado: (Karakachian et al., 2021, p. 688); (Lazzarin et al., 2012, p. 688); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Prentice et al., 2016, p. 702); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570); (Pye, 2013, p. 255); (Wiggs, 2011, p. 610); (Yam et al., 2001, p. 654)
Culpa: (Fachini et al., 2017, p. 114); (Pergert et al., 2019, p. 2352)
Isolamento: (Pye, 2013, p. 255)
Falta de compromisso: (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1570)
Perda de autoestima: (Lazzarin et al., 2012, p. 688); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Pye, 2013, p. 255)
Perda de apetite: (Burton et al., 2020, p. 102)
Mortificação de interesses: (Welborn, 2019, p. 502)
Agonia pessoal: (Green et al., 2016, p. 180)
Dificuldades em dormir: (Burton et al., 2020, p. 102)
Remorsos: (Pergert et al., 2019, p. 2352)
Tristeza: (Fachini et al., 2017, p. 114); (Yam et al., 2001, p. 654)
Peso da responsabilidade de ser enfermeiro: (Pye, 2013, p. 255)

As consequências identificadas do sofrimento moral serão apresentadas de seguida (Tabela 6).

Tabela 6: Consequências do sofrimento moral

CONSEQUÊNCIAS/ AUTOR/ ANO/ PÁGINA
Burnout: (Cavaliere et al., 2010, p. 153); (DeGrazia et al., 2021, p. 96); (Karakachian et al., 2021, p. 688); (Larson et al., 2017, p. 2); (Mekechuk, 2006, p. iv); (Pergert et al., 2019, p. 2352)
Fadiga de compaixão: (Saleh et al., 2019, p. 3); (Welborn, 2019, p. 500)
Perda de trabalho de equipa: (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Welborn, 2019, p. 502)
Abandono do emprego e profissão: (Dyo et al., 2016, p. 47); (Ghasemi et al., 2019, p. 670); (Karakachian et al., 2021, p. 694); (Lazzarin et al., 2012, p. 189); (Pergert et al., 2019, p. 2353); (Sannino et al., 2019, p. 5); (Sauerland et al., 2015, p. 35); (Tiedje, 2000, p. 42)
Falta de satisfação profissional: (Pergert et al., 2019, p. 2352)
Sofrimento moral residual: (Molloy et al., 2015, p. 58); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Prentice et al., 2016, p. 707); (Prentice et al., 2018, p. 41); (Welborn, 2019, p. 502)
Resiliência moral: (Baliza, 2017, p. 101-102); (DeGrazia et al., 2021, p. 96); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Lantos, 2007, p. 201); (Prentice et al., 2018, p. 42); (Welborn, 2019, p. 502); (Tiedje, 2000, p.39-40)
Baixa qualidade dos cuidados: (Karakachian & Colbert, 2017, p.14); (Pergert et al., 2019, p. 2352); (Prentice et al., 2018, p.41); (Welborn, 2019, p. 502); (Tiedje, 2000, p. 42)
Distância profissional: (Green et al., 2016, p. 181); (Prentice et al., 2018, p. 41)
Transferência do sofrimento moral para outros: (Prentice et al., 2018, p. 41)

Por fim, serão apresentados os resultados sobre as estratégias em relação ao sofrimento moral (Tabela 7.).

Tabela 7: Estratégias para o sofrimento moral

ESTRATÉGIAS/ AUTOR/ ANO/PÁGINA
Educação: (Austin et al., 2009, p. 63); (Bagnasco et al., 2018, p. 118); (Baliza, 2017, p. 101); (DeGrazia et al., 2021, p. 97); (De Boer et al., 2015, p. e23); (Green et al., 2016, p. 187); (Pye, 2013, p. 256); (Passos dos Santos et al., 2016, p. 112); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 229); (Sauerland et al., 2015, p. 44); (Welborn, 2019, p. 503); (Yam et al., 2001, p. 656)
Reuniões éticas multidisciplinares: (De Boer et al., 2015, p. e23); (Sauerland et al., 2015, p. 43); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 230); (Wocial et al., 2017, p. 78); (Wall et al., 2015, p. 60)
Comité de ética: (Garros et al. 2015, p. 886); (Jacobs, 2005, p. 366); (Mekechuk, 2006, p. v); (Passos dos Santos et al., 2018, p.230); (Sauerland et al., 2015, p. 45)
Comunidade moral e espírito de equipa: (DeGrazia et al., 2021, p. 96); (Fachini et al., 2017, p. 117); (Karakachian et al., 2021, p. 698); (Leff, 1982, p. 1138); (Mekechuk, 2006, p. v); (Prentice et al., 2018, p. 43); (Prentice et al., 2021, p. 8); (Passos dos Santos et al., 2016, p. 110); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 230); (Passos dos Santos et al., 2019, p. 1575); (Ventovaara et al., 2021, p. 1069)
Gestão: (Passos dos Santos et al., 2018, p. 230); (Wall et al., 2016, p. 65)
Conto de histórias: (Austin et al., 2009, p. 64); (Tiedje, 2000, p. 41)
Autorreflexão: (DeGrazia et al., 2021, p. 96); (Garros et al., 2015, p. 885); (Passos dos Santos et al., 2018, p. 230); (Prentice et al., 2018, p. 42)
Resiliência moral: (Baliza,2017, p. 101); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 14); (Pergert et al., 2019, p. 2359); (Prentice et al., 2018, p. 42); (Tiedje, 2000, p. 39); (Welborn, 2019, p. 502)
Continuidade dos cuidados: (Wall et al., 2016, p. 65)
Espiritualidade: (Cavaliere et al., 2010, p. 153)
Comunicação: (Austin et al., 2009, p. 63); (Bagnasco et al., 2018, p. 119); (Karakachian & Colbert, 2017, p. 15); (Sannino et al., 2019, p. 6); (Yam et al., 2001, p. 656)

Foi possível concluir que a maior parte dos estudos foram realizados em UCIN, UCIP e serviços de internamento de oncologia, por serem caracterizados com um ambiente altamente tecnológico e stressante (Austin et al., 2009).

Primeiramente, para clarificar o conceito do sofrimento moral, as suas definições foram exploradas. Nos anos 90, os termos sofrimento moral e dilema moral eram usados indiferentemente (Butz, 1998). Contudo, nos dias de hoje, os conceitos são distintos, dilema moral diz respeito quando existe dúvida entre duas opções possíveis, enquanto sofrimento moral acontece quando algo impede a ação que consideramos correta (Prentice et al., 2016).

O sofrimento moral surge quando as decisões médicas ou os planos de cuidados desafiam as crenças pessoais e morais (Jacobs, 2005; Mekechuk, 2006), criando um conflito (Austin et al., 2009). Por seu turno, Fachini et al. (2017), focam a sua definição no sofrimento que causa ao profissional em termos físicos, mentais e relacionais, quando o profissional sabe como deve agir, mas pelas circunstâncias é impossibilitado de o fazer.

O sofrimento moral pode-se apresentar de duas formas: sofrimento inicial e sofrimento reativo/ residual. O inicial surge através de sintomas e o residual quando nada foi feito para aliviar o sofrimento inicial com persistência e evolução de sintomas (Kain, 2007; Karakachian & Colbert, 2017).

O modelo conceptual do sofrimento moral oferece outra perspectiva ao identificar dois caminhos possíveis a seguir. Por um lado, o enfermeiro sendo um agente moral, age e confronta a situação arranjando forma de lidar com esta, conseguindo defender o seu ponto de vista e os interesses dos que estão ao seu cuidado, trabalhando, assim, para a resiliência moral. Por outro lado, o enfermeiro ao não tentar resolver o sofrimento inicial pode entrar num ciclo de estagnação e incerteza, em que os sentimentos de impotência e incapacidade levam à não ação e resignação, em que acaba por considerar estas situações como normais. Consequentemente, este caminho leva à passividade e desafios na defesa dos interesses das crianças, dando origem ao sofrimento moral residual (Pergert et al., 2019; Welborn, 2019).

Na mesma linha de pensamento, foram identificados vários conceitos relacionados com o sofrimento moral (Tabela 2). O enfermeiro ao ser considerado como um agente moral pode encontrar um caminho para atingir resultados positivos, mas isso implica coragem moral, de modo que seja feito aquilo que o profissional considera correto (Maguire et al., 2012; Passos dos Santos et al., 2016, 2018, 2019). Para isto acontecer, cada profissional precisa de desenvolver a sua sensibilidade moral, conhecida como uma competência necessária para passar à ação e adquirir capacidades morais (Cavaliere et al., 2010; Pergert et al., 2019; Prentice et al., 2018; Sauerland et al., 2015; Welborn, 2019). Da mesma forma, o clima ético ao focar-se na interação entre profissionais de saúde e estruturas organizacionais envolventes (Prentice et al., 2016) pode ser um promotor saudável ou, então, um opressor para que as questões éticas possam ser discutidas e decididas (Sauerland et al., 2015).

Como visto na Tabela 3, as causas do sofrimento moral são um tema transversal à maioria dos artigos, alguns já dividida por categorias como, centradas na família, relacionadas com a equipa ou devido a questões relacionadas com a gestão. Em outros artigos são apenas enumeradas pelos participantes. A principal causa reconhecida está relacionada com o prolongar do sofrimento das crianças através de tratamentos desnecessários e excessivos, que implicam investimento de tempo, conhecimento, recursos tecnológicos e materiais, identificados da parte de quem cumpre as ordens como tratamento fútil (Jacobs, 2005; Prentice et al., 2016; Wall et al., 2015; Webb et al., 2014; Woods, 2011). Esta ideia é bem representada pela expressão de Silverman (2000, p. 293) *“Once on the train, it is hard to get off”*. E está relacionada com as diferentes perspetivas de cuidar entre enfermeiros e médicos discutidas por diversos autores (De Boer et al., 2015; Epstein, 2010; Pergert et al., 2019). Intimamente relacionado com esta causa está o conceito de hierarquia e os seus efeitos opressores nos membros da equipa que participam no processo de tomada de decisão (Choe et al, 2019; Wall et al., 2016).

Para além desta realidade em unidades de cuidados intensivos e serviços de oncologia, na pedopsiquiatria, os tratamentos excessivos estão mais relacionados com o uso de medidas extremas de isolamento e controlo de comportamentos agressivos das crianças (Twomey, 2000).

Dificuldades na comunicação são a principal fonte de conflito ou ausência dele entre profissionais da mesma equipa, mas também entre profissionais e famílias, e são recorrentes em situações difíceis como a morte (Passos dos Santos et al., 2018; Prentice et al., 2016), abuso infantil e a sua denúncia entre os serviços comunitários (Butz et al., 1998). Consequentemente, está associada a fraco espírito de equipa e impacto negativo na qualidade dos cuidados (Wocial et al, 2017).

Baliza (2017) e Burton (2020) focam-se na frustração familiar no que diz respeito à qualidade da comunicação e do diálogo quando é abordado o diagnóstico, prognóstico e plano de cuidados. A comunicação tem impacto no clima ético, pois os canais de conversação abertos proporcionam reflexão e discussão dentro da equipa (Pye, 2013). Ao contrário, os enfermeiros identificaram as suas vozes como silenciadas por colegas, membros da gestão e famílias de doentes, sendo esta outra causa identificada em vários artigos (Passos dos Santos et al., 2018), o que leva o profissional a negligenciar os seus sentimentos, impedindo a possibilidade para crescimento pessoal e da equipa.

Frequentemente identificado pelos enfermeiros foi a falta de recursos humanos (Choe et al., 2019; Pergert et al., 2019), resultando numa diminuição de tempo passado com as crianças e famílias e, mesmo, omissão de cuidados (Pergert et al., 2019). Considerando que a maior parte dos estudos foram realizados em áreas que exigem conhecimentos diferenciados como UCIN e UCIP, a falta de enfermeiros é facilmente compreendida como causa de sofrimento moral (Sauerland et al., 2015; Wall et al., 2016; Ventovaara, et al. 2021) e que precisa de ser resolvida.

A gestão da dor foi especificamente alertada pelos enfermeiros, profissionais que cuidam 24 horas por dia das crianças e testemunham o seu sofrimento como outra causa de sofrimento moral. Mais especificamente, no que diz respeito à sua avaliação, prescrição médica e implementação do tratamento, bem como, em relação ao dilema de antecipar a morte com o tratamento instituído (Lazzarin et al., 2018; Montagnino & Ethier, 2007; Passos dos Santos et al., 2018; Webb et al., 2014). Parece que fica fácil entender a necessidade de educação para cuidados em final de vida, e gestão farmacológica da dor identificados por vários autores (Green et al., 2016; Pye, 2013; Webb et al., 2014).

Na mesma linha de pensamento, trabalhar com colegas, médicos ou enfermeiros, considerados como incompetentes também foi identificado como causa do sofrimento moral (Passos dos Santos et al., 2019; Pergert et al., 2019; Sauerland et al., 2014), pela necessidade de serem prestados os melhores cuidados que as crianças precisam, nomeadamente em emergências (Thomas et al., 2016).

A partir da análise da Tabela 5, pode-se concluir que foram identificados diversos sintomas associados ao sofrimento moral. É uma experiência multidimensional (Pergert et al., 2019), e marcada pela subjetividade (Ghasemi et al., 2019), sendo, por isso, difícil a sua identificação (AACCN, 2022) pois o processo depende da capacidade individual dos enfermeiros de autoconhecimento e de identificação de sinais e sintomas característicos do sofrimento moral. Enaltecendo a importância de sensibilidade moral (Cavaliere et al., 2010; Welborn, 2019), não apenas para si, mas também para os outros, para líderes de equipa, de forma a detetar alguém dentro da equipa que esteja a sofrer (Sauerland et al., 2015). E, por isso, mais uma vez, o clima ético (Burton et al., 2020) e a hierarquia (Choe et al., 2019) são fatores influenciadores do sofrimento moral.

Existem várias estratégias para aliviar o sofrimento moral (Tabela 7). Segundo Passos dos Santos et al. (2018), devido à natureza humana e à subjetividade do sofrimento moral não é possível acabar com este fenómeno. Contudo, Prentice et al. (2021) identificaram a necessidade de se descobrir quando e como se deve implementar estas estratégias. Desta forma, esta revisão propõe uma cultura de prevenção das consequências negativas que dele advêm (DeGrazia et al., 2021; Lazzarin et al., 2012; Molloy et al., 2015; Saleh et al., 2019). Assim, as estratégias serão discutidas antes das consequências, uma abordagem diferente da maior parte dos artigos (Fachini et al., 2017; Larson et al., 2017; Passos dos Santos et al., 2018) porque o sofrimento moral exige ação e trabalho moral (Tiedje, 2000) para desenvolver a tão desejada resiliência moral (Baliza, 2017; Prentice et al., 2017).

Mais especificamente, e tendo como inspiração o modelo teórico de Welborn (2019) podem ser considerados dois caminhos possíveis a seguir, sendo as consequências resultantes derivadas do caminho escolhido pelo enfermeiro e sua equipa. Este processo é intrinsecamente dependente do envolvimento de todos, desde a enfermeira ao diretor do hospital, e, desta forma, do clima ético fomentado na instituição (Karakachian et al., 2021). Também exige responsabilidade moral (Prentice et al., 2017) e a necessidade de os enfermeiros acreditarem e desenvolverem a sua autonomia profissional e o seu papel como agente moral nas instituições (Maguire et al., 2012; Passos dos Santos et al., 2019), ambos determinantes na tomada de decisão (Cavaliere et al., 2010; Fachini et al., 2017).

O primeiro caminho é positivo pois promove autorreflexão e autoconhecimento como operacionalizado por Prentice et al. (2018) através das seguintes questões: Porque esta situação causa-me sofrimento moral? Toda a gente pensa como eu? Podemos alterar as causas que levam ao sofrimento moral? Como posso verbalizar as minhas preocupações de forma construtiva? Este processo reflexivo ajuda a desenvolver sensibilidade moral bem como competência moral, de forma, a organizar o pensamento e vocalizá-lo dentro da equipa, já que a opinião pessoal não é suficiente para que sejamos ouvidos e é preciso ter a humildade de considerar que possa haver opiniões diferentes (Jacobs, 2005). Como Prentice et al. (2021) defendem, para desenvolver resiliência é essencial aceitar que dentro de uma equipa é necessário chegar a consenso mesmo discordando.

Por conseguinte, é necessário promover o espírito de equipa (Garros et al., 2015; Karakachian et al., 2021; Ventovaara et al., 2021), exemplo disso é o projeto da Equipa de enfermeiros para a educação e suporte descrito no estudo de DeGrazia et al. (2021), com resultados positivos para alívio do sofrimento moral. Também é fundamental desenvolver sessões educacionais de ética (Bagnasco et al., 2018; Wocial et al., 2017), gestão da dor em cuidados de fim de vida (Green et al., 2016; Pye, 2013; Webb et al., 2014) e necessidades comunicacionais (Gagnon, 2020).

Ao melhorar os canais de comunicação, é valorizado o espaço de cada profissional dentro de uma equipa de levantar questões éticas (Epstein, 2010; Wall et al., 2016). Como De Boer et al. (2015) identificam, os enfermeiros foram treinados para trabalhar em cooperação e interdependência, assim as suas vozes ao serem silenciadas, obrigam-nos a exercer a sua profissão de forma contrária àquela na qual foram ensinados. Ao mesmo tempo, Lantos (2007) alerta que a concordância dentro da equipa nem sempre significa cuidados com qualidade e, por isso, diferentes perspetivas devem ser consideradas e discutidas. Ainda sobre comunicação, a partilha de histórias em momentos informais surgiu como aliviadora do peso do sofrimento moral e ajuda a encontrar um caminho a seguir (Austin et al., 2009; Passos dos Santos, 2019; Tiedje, 2000). Exemplo disso, são alguns dos artigos com estudos de caso e experiências vividas por enfermeiros incluídos nesta revisão (Karakachian and Colbert, 2017; Prentice et al., 2018; Silverman, 2000; Wiggs, 2011).

Mais ainda, o tratamento excessivo, sendo este a principal causa de sofrimento moral, está intimamente relacionado com cuidados desnecessários à criança, com origem em conflitos na comunicação com a família e o peso controverso que os pais têm no processo de tomada de decisão. Os enfermeiros têm dúvidas se os pais recebem a informação necessária em termos de prognóstico e resultados (Webb et al., 2014) e a literatura ainda é dúbia sobre quem deve decidir o curso do tratamento, pais ou médicos (Prentice et al., 2021). Assim, é crucial melhorar a comunicação com as famílias ao fornecer informação realista e honesta em reuniões regulares com todos os membros da equipa (Sannino et al., 2019), proporcionar o envolvimento da família nos cuidados diários (Yam et al., 2001) e fornecer apoio e suporte emocional adequados (Karakachian & Colbert). Se houver conflitos entre a equipa e a família no que diz respeito à tomada de decisão, deve ser pedido e concretizado suporte adicional (Prentice et al., 2021).

Os mesmos autores defendem que a enfermeira responsável pelo doente deve fazer parte destas reuniões com a família, devido às incertezas que mantêm sobre a informação que é dada aos pais. E alertam para a necessidade do desenvolvimento da investigação sobre o sofrimento moral das famílias. Interessantemente, Woods (2011) identifica a possibilidade de o sofrimento moral dos enfermeiros espelhar o sofrimento moral dos familiares. Não há estudos sobre esta temática, sendo identificada como uma oportunidade para estudos futuros.

Por fim, em termos de necessidades educacionais, os enfermeiros identificaram falta de conhecimento e competências para lidar com situações como síndrome de abstinência neonatal (Maguire et al., 2012), reanimação de extremos prematuros (Molloy et al., 2015), cuidados em final de vida para a criança e a família (Lazzarin et al., 2012) e alívio da dor em crianças em estado vegetativo (Montagnino & Ethier, 2007). De acordo com Wall et al. (2016), a elaboração de protocolos para emergências pode ajudar os enfermeiros a clarificar preocupações sobre a forma de agir, prevenindo a ocorrência do sofrimento moral.

Os profissionais das equipas de gestão devem ser modelos para tudo o que tem sido discutido até agora e devem promover um clima ético saudável, com liderança forte e dar as ferramentas necessárias para desenvolver as estratégias referidas acima, de forma a prevenir as consequências negativas do sofrimento moral (Wall et al., 2016), tais como, *ratios* aceitáveis de enfermeiros, dar tempo aos enfermeiros para pensarem nas questões éticas como referido por Choe et al. (2019) e para lidarem com a morte das crianças (Wall et al., 2016).

O desenvolvimento de comissões de ética (Passos dos Santos et al., 2018), surge também como uma opção, para oferecer suporte e compreensão quando as questões éticas surgem na equipa e entre a equipa e a família.

Apesar de ser perceptível através desta análise, é complexa a rede de estratégias necessárias para a resiliência e coragem morais (Baliza, 2017; Passos dos Santos, 2018; Prentice et al., 2018), para a satisfação profissional e retenção do pessoal (Pergert et al., 2019). Ainda mais importante parece ser melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Karakachian & Colbert, 2017; Wall et al., 2016).

Em oposição ao que foi descrito anteriormente, o sofrimento moral residual é caracterizado por não lidar bem com o sofrimento moral e carregar este peso todos os dias

ao longo da vida profissional (Molloy et al., 2015; Prentice et al. 2018; Welborn, 2019). Neste não há lugar para a autorreflexão ou reconhecimento de questões morais, (Mekechuk, 2006) os enfermeiros evitam envolver-se em questões morais (Welborn, 2019) e focam-se em aspetos que controlam bem como competências técnicas e deixam as questões morais para outros membros da equipa, como os médicos (Green et al., 2016).

A adicionar a isto, resiliência ineficaz da equipa e contextos hierárquicos rígidos (Choe et al., 2019; Ghasemi et al., 2019) terão consequências devastadoras no enfermeiro como o Burnout (Cavaliere et al., 2010; DeGrazia et al., 2021), fadiga de compaixão (Saleh et al., 2019; Welborn, 2019) e diminuição da satisfação profissional (Pergert et al., 2019). Estas condições podem levar à mudança de emprego ou até mesmo ao abandono da profissão (Lazzarin et al., 2012; Sannino et al., 2019; Sauerland et al., 2015) o que causa mudanças nas equipas frequentes e conseqüente instabilidade. Mais ainda, pode ter um grande impacto na sociedade, quando temos profissionais doentes que não conseguem dar o seu melhor ao cuidar de crianças e suas famílias (Prentice et al., 2018; Tiedje, 2000). Assim, esta revisão figurou-se como um alerta do quão importante é cuidar de quem cuida e que sofre muitas vezes em silêncio (Fachini et al., 2017).

Como conclusão, o sofrimento moral é um fenómeno complexo e desafiador que faz parte da profissão de enfermagem. Pode dar origem a graves conseqüências quando o enfermeiro e a equipa multiprofissional não tem ou não consegue desenvolver estratégias para o aliviar.

Esta revisão *scoping* confirma resultados de artigos anteriores, mas de uma forma mais organizada e aprofundada, como é possível visualizar no **Apêndice 4**. Também identifica a necessidade de estudos na área da pedopsiquiatria e cuidados de saúde primários devido às suas especificidades (Butz et al., 1998; Twomey, 2000). E, por fim, mais estudos desenvolvidos na prática clínica precisam de ocorrer para que o desenvolvimento de estratégias seja feito no contexto a que se dirige e pelas próprias equipas, para que refletir e questionar as práticas diárias possa resultar no desenvolvimento de competências morais em cada membro da equipa, para que criem um ambiente respeitador e propício ao crescimento pessoal, aumentando a satisfação profissional e melhoria nos cuidados prestados às crianças e às suas famílias.

3. DESENVOLVIMENTO

Este capítulo do relatório está dividido em três partes, em cada uma delas será feita a contextualização de cada local de estágio e análise dos objetivos específicos e atividades desenvolvidas, identificando as aprendizagens adquiridas e dificuldades encontradas.

Importa referir que a mestranda teve equivalência ao estágio de UCIP/serviço de urgência pediátrica por ter trabalhado numa UCI Cardíacos e Respiratórios Pediátricos durante seis anos, ter realizado uma pós-graduação na mesma área e um curso de especialização em enfermagem pediátrica com estágio em serviço de urgência, num país estrangeiro. Tendo assim, desenvolvido as competências de EESIP identificadas no Regulamento da OE nº422/2018 de 12 de julho nestas áreas clínicas de atuação.

O objetivo geral que guiou este percurso de aprendizagem foi **desenvolver competências de EESIP no âmbito do desenvolvimento profissional e pessoal**. E, apesar de em todos os estágios ter sido criado um objetivo para abordar o tema do sofrimento moral, este continua a ser um objetivo específico, em cada contexto de estágio, por ter inspirado à autorreflexão e aprendizagem da própria mestranda sobre as suas necessidades educacionais, de forma a “Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019). Considerou-se, assim, ajustar a abordagem do tema consoante o diagnóstico situacional do estágio em causa.

3.1. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio em cuidados de saúde primários

3.1.1. Contextualização do local de estágio

O estágio de cuidados de saúde primários foi realizado entre 27/06/2022 a 28/07/2022 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte. Constitui-se como uma Unidade Funcional do ACES, caracterizada pela sua autonomia e interdependência com os demais serviços da comunidade (Manual de Acolhimento de internos e alunos UCC, 2021). A sua missão é “Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e

comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e ainda promover a educação para a saúde da população residente (...)” (SNS, 2022).

O concelho em que está inserida tem uma área geográfica de 95.4 km² e 356.8 habitantes por km². A UCC presta cuidados de saúde a 33160 habitantes, dentro destes 19.7% representam jovens com dependência (Manual de Acolhimento de internos e alunos UCC, 2021).

Esta unidade é constituída pela seguinte equipa multidisciplinar: uma Enfermeira Coordenadora (ESIP); Uma Enfermeira com o Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica; Uma Enfermeira com o Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica; Uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária; E quatro Enfermeiras Especialistas em Reabilitação, sendo dois elementos com Mestrado. Em parceria colaboram vários elementos da equipa multidisciplinar: uma Médica, uma Assistente Social; uma Nutricionista; uma Terapeuta da Fala e uma Terapeuta Ocupacional.

A EESIP desta UCC está inserida nos seguintes projetos: nas Necessidades de Saúde Especiais (NSE), na Equipa Local de Intervenção (ELI), no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

3.1.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas

Tendo em conta os projetos desenvolvidos pela EESIP e os objetivos preconizados pela Unidade Curricular (**Anexo 1**), o primeiro objetivo específico definido foi “aprofundar conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro especialista com crianças em situações de vulnerabilidade na comunidade”. Desta forma, as atividades desenvolvidas durante o estágio foram: observação de reuniões e sessões de acolhimento/avaliação na ELI, observação de reuniões da NACJR e CPCJ, leitura de Decretos-Lei, e elaboração de um diagrama que correlacione a intervenção da ESIP nos vários projetos (**Apêndice 5**).

Este objetivo está intimamente relacionado com as competências focadas na promoção da saúde e empoderamento da criança/jovem e família e, são refletoras da parceria de cuidados entre EESIP e família (OE, 2018, Ramos, 2020).

O diagrama apresentado no Apêndice 5 identifica a intervenção da EESIP nas áreas da promoção da saúde e desenvolvimento infantil com a intervenção precoce na infância (ELI), e na saúde escolar (NSE) respeitando o que está definido no Decreto-Lei nº54/2018, com a integração e normalização das necessidades de saúde das crianças e jovens vulneráveis com situações de doença, como diabetes e alergias alimentares. Por outro lado, a EESIP também intervém na área da promoção da parentalidade ao estar envolvida no NACJR e na CPCJ, trabalhando com os pais com vista a melhorar as condições de vida e desenvolvimento das crianças/jovens em risco ou perigo, evitando ao máximo a separação da criança da sua família biológica.

Será importante refletir e assumir as vantagens de o mesmo profissional de saúde estar presente nos diferentes projetos. Ao conhecer as famílias e a criança/jovem referenciada consegue antecipar as necessidades das mesmas e facilitar a articulação entre os diferentes recursos da comunidade, seja no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações do desenvolvimento infantil/juvenil e intervenção atempada em situações de risco para a criança/jovem (OE, 2018).

Durante a participação nos acolhimentos e avaliações da ELI, foi possível concluir o quão importante é este serviço no acompanhamento de crianças com dificuldades no desenvolvimento seja ao nível da aprendizagem, interação, despiste de alterações das funções ou estruturas do corpo (SNIPI, 2022).

Com o acompanhamento do projeto e intervenção de enfermagem, foi inevitável constatar o efeito prejudicial que a pandemia por SARS-COV2 teve nas crianças mais pequenas em termos de desenvolvimento de competências linguísticas, de compreensão, de interação e de sociabilização, bem como, aquisição de competências motoras grossas e finas (Moyer, 2022). Segundo a mesma autora, estará relacionado com a falta de estimulação, e convivência com um menor número de pessoas em ambientes fechados e pouco diversos durante a pandemia. Concomitantemente, não é o uso da máscara que atrasa o desenvolvimento infantil, mas sim a falta de estimulação ambiental. Bem como, maior percentagem de sintomas de depressão e ansiedade identificados em grávidas durante a pandemia que alteraram a formação das redes neuronais no feto e que

condicionaram o desenvolvimento após a nascença. Estes atrasos no desenvolvimento infantil não são irreversíveis, contudo, exigem uma estimulação adequada e diversa para que as crianças possam recuperar e vivenciar as experiências perdidas numa fase mais precoce da vida (Moyer, 2022). Desta forma, salienta-se, ainda mais a importância da intervenção da ELI na comunidade, ao capacitar os pais, restantes familiares e educadores das crianças, com as ferramentas necessárias para potencializar o seu desenvolvimento mais harmonioso e saudável.

Ao participar das atividades da ELI também foi possível assistir a uma sessão de formação sobre uma Consulta Especializada no Autismo, criada para ajudar os pais no diagnóstico, bem como, na formulação de um plano de ação adequado à criança em causa e sem restrição geográfica. Com esta sessão de formação foram adquiridos conhecimentos no que diz respeito à avaliação diagnóstica dirigida à criança, pais e cuidadores, com utilização de testes específicos como ADI- R, entrevista que incide sobre os domínios da comunicação/linguagem, interação social, comportamentos/interesses restritos, repetitivos e estereotipados (NeuroConecta, 2022); ADOS, uma escala de observação comportamental (NeuroConecta, 2022); e Griffiths, uma escala de desenvolvimento mental utilizada até aos 8 anos de idade para avaliar o desenvolvimento infantil (Pereira, 2011). Esta formação contribuiu para a aquisição de competências de EESIP na área da promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade (OE, 2018).

No âmbito do NACJR proporcionou-se o acompanhamento de uma situação de extrema complexidade, que, posteriormente, foi sinalizada à CPCJ. Tratou-se de uma puérpera referenciada pelo hospital para a Técnica Superior do Serviço Social (TSSS) da zona geográfica, por primeira gravidez não vigiada e agressão por parte do marido no período da gravidez. A TSSS também faz parte do NACJR e fez articulação com a EESIP que é a coordenadora do núcleo. De seguida, foi feita articulação com a enfermeira de família pela EESIP para obter mais informações sobre a família em causa. Foi possível constatar que no agregado familiar, para além do recém-nascido, viviam mais duas crianças do pai com o Plano Nacional de Vacinação não atualizado, e uma outra criança de três anos cuja identidade era desconhecida dos serviços de saúde. Esta criança de três anos foi identificada numa visita domiciliária dirigida ao recém-nascido e puérpera. A casa tinha condições de higiene inadequadas e os documentos da criança não foram

apresentados. A enfermeira de família convocou várias vezes a família sem sucesso para consultas, de forma a verificar a documentação de saúde e despistar necessidades de intervenção de todas as crianças, e, especialmente a identidade e filiação da criança de três anos. O NACJR também não conseguiu estabelecer contato telefônico com esta família após várias tentativas. Desta forma, foi feita sinalização à CPCJ por não cumprimento da vigilância de saúde e por extrema preocupação com a criança de três anos.

Com o acompanhamento deste caso foi possível desenvolver competências na área da identificação de situações de risco, na articulação com os diferentes recursos da comunidade e, tomada de decisão com base em fundamentação sustentada (OE, 2018).

Em relação à CPCJ foi possível assistir a uma reunião da Comissão alargada de forma a ter conhecimento sobre estatísticas e quais os intervenientes da comunidade que estão envolvidos. Por questões de privacidade e sigilo profissional não foi possível assistir a atendimentos e reuniões da Comissão Restrita. Mas foi feita a identificação da intervenção da EESIP, leitura de documentos essenciais, como o Decreto-Lei nº 147/99, para a sua aplicação prática em situações futuras.

No que diz respeito às NSE, também foi feita a identificação da intervenção da EESIP, como elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI), mas por o período escolar já ter terminado, limitou as atividades que podiam ter sido desenvolvidas nesta área.

Por conseguinte, durante o envolvimento da mestrandia nos diferentes projetos foi possível desenvolver competências no que consiste ao assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e ao prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Tendo em conta os objetivos identificados pela Unidade Curricular (Anexo 1), foi feita a articulação com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar (USF) que faz parte do mesmo edifício para que fosse possível assistir e participar em cuidados de enfermagem diretos na comunidade. Pretendia-se, “identificar a intervenção do EESIP na promoção da saúde da criança e jovem, e promoção da parentalidade na comunidade”. Foram realizadas as seguintes atividades: realização de visitas domiciliárias, observação e participação de Consultas de Saúde Infantil, participação no grupo semanal de Massagem Infantil, e qual a intervenção do enfermeiro especialista neste.

Este objetivo proporcionou que a mestranda articulasse com outros recursos da comunidade, como uma USF, ao participar em consultas de saúde infantil e visita domiciliária a recém-nascidos.

Nas consultas de saúde infantil e visita domiciliária foi possível desenvolver competências na área da parceria dos cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020), com enfoque na comunicação com a família e a criança, adequando à faixa etária, e da promoção da saúde com a vigilância do peso, hábitos alimentares, dúvidas sobre a amamentação, rotinas de sono, cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, realizando-se ensinamentos conforme necessário. Também se constituiu um momento para despistar eventuais necessidades familiares para posterior articulação com os recursos da comunidade.

Acompanhar o grupo da Massagem Infantil com a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia da UCC foi um privilégio por permitir acompanhar o mesmo grupo de mães durante um mês, fomentar a relação terapêutica entre profissional de saúde e as mães, acompanhar o crescimento dos bebés, identificando marcos do desenvolvimento alcançados. Apesar de as sessões serem sobre massagem infantil abordaram-se vários temas como o bem-estar de cada mãe e de cada bebé, hábitos de sono e alimentares e esclarecimento de dúvidas sobre a amamentação, prestando-se aconselhamento adequado a cada situação.

Mais concretamente, a Massagem do Bebé segundo a Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI) constitui-se como um conjunto de técnicas que permite estimular todos os sistemas fisiológicos e dimensões social, pessoal, emocional e psicológica do ser humano, aliviar gases e cólicas, dores de crescimento e tensão muscular, sensibilidade ao toque, tensão física e psicológica. Também permite a promoção da vinculação, comunicação e conhecimento entre a mãe/pai/cuidador e o bebé e, por fim, o relaxamento do bebé e da mãe com libertação de hormonas potenciadoras do crescimento e bem-estar (APMI, 2022).

Por conseguinte, os grupos de massagem infantil promovem o toque nutritivo por ser um toque que fornece nutrientes essenciais para o bem-estar do corpo e da mente e contribui para a relação saudável entre os intervenientes. Ao ser dirigido por um Enfermeiro Especialista promove a autonomia e a responsabilidade da profissão de enfermagem, bem como, a aquisição de competências na área das terapias

complementares e promoção da saúde, do desenvolvimento e crescimento infantis e vinculação mãe-bebê (OE, 2018) e da parceria de cuidados, centrados na família, ao promover as competências parentais (Pereira, 2019).

Por último, os enfermeiros têm como dever o aperfeiçoamento profissional e a excelência de exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, (Pereira, 2017). Bem como, demonstrar competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Por conseguinte, o último objetivo geral deste estágio foi “sensibilizar os enfermeiros de saúde infantil para o fenómeno do sofrimento moral e a sua implicação na prática diária dos cuidados à criança/jovens e famílias”. Assim, foi elaborada uma sessão de formação sobre o sofrimento moral em contexto pediátrico para a UCC e restantes unidades do ACES (**Apêndice 6**). A necessidade de abordar este tema na comunidade surgiu por ter sido identificado, de forma informal, a sua ocorrência relacionada com a falta de recursos humanos, nomeadamente na ELI, havendo uma lista de espera grande seja para acolhimento/avaliação, bem como, para intervenção após serem considerados elegíveis.

A participação na formação foi voluntária e o convite foi alargado às diferentes USF e UCC do ACES em causa por as colegas da UCC considerarem pertinente. A primeira formação foi online, via Plataforma Teams, com vinte e três participantes, maioritariamente enfermeiros, generalistas ou com especialidades em saúde infantil, comunitária, materna e obstetrícia, e reabilitação, bem como, uma terapeuta da fala. Apenas três participantes tinham a câmara ligada, sendo difícil avaliar a comunicação e feedback não-verbal dos participantes. Contudo, pelos inquéritos de satisfação devolvidos, via online, de uma forma geral foi possível concluir que a informação foi considerada pertinente e apresentada de forma cativante, que o tema fez sentido para os profissionais de saúde e um dos participantes partilhou que irá realizar mais formações sobre este tema. Foi disponibilizado o endereço de correio eletrónico da mestranda para quem desejasse mais artigos sobre o tema, sendo requisitado por vários participantes. Foi realizada outra sessão presencial para um menor número de participantes que não puderam estar presentes no primeiro dia, maioritariamente da USF. Foi entregue um documento de auto - avaliação sobre o sofrimento moral (**Apêndice 7**), para conhecimento pessoal, no final da sessão por ter sido mencionado por um dos participantes da primeira formação nos inquéritos de satisfação o desejo de maior

aplicabilidade prática. A sessão teve a participação de médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e administrativa. Teve uma natureza mais participativa dos intervenientes, tendo mesmo momentos de partilha de experiências durante e no final da sessão. Denotou-se que é uma realidade neste contexto, identificada também pelos participantes, e que a intervenção exercida se constituiu como uma forma de abordar o tema.

3.1.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática

O estágio em cuidados de saúde primários foi muito enriquecedor, pois permitiu a aquisição de conhecimentos, no que diz respeito, aos recursos da comunidade e à articulação entre eles. Mais concretamente, na identificação, análise e aplicabilidade de diretivas legais essenciais para a promoção do desenvolvimento saudável e potenciador de crianças/jovens, bem como, na proteção dos seus direitos e bem-estar, e sinalização de situações de risco.

No que concerne aos objetivos específicos delineados pela mestrandia, foi continuada uma caminhada de aquisição de competências de EESIP de forma mais aprofundada e empírica, identificando a complexidade das intervenções num contexto comunitário. Pela natureza do contexto de estágio e duração do mesmo, as experiências foram presenciadas e vivenciadas ativamente, culminando na aquisição de conhecimentos teórico/práticos que se pretendem continuar a desenvolver nos seguintes estágios, e transpor para a prática diária.

Foi especialmente desafiador abordar o tema do sofrimento moral na comunidade pela incerteza da receptividade dos profissionais da equipa multidisciplinar, mas também pela identificação do caminho que ainda há a percorrer, em termos de conhecimentos éticos dos profissionais, utilização empírica do conceito do sofrimento moral sem tabus e desenvolvimento de estratégias para a resiliência moral. Assim, pretendeu-se continuar a divulgar e aprofundar o tema nos restantes estágios adequando às necessidades identificadas nos mesmos.

3.2. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio na UCIN

3.2.1. Contextualização do local de estágio

O estágio na unidade de neonatologia realizou-se no período de 5/09 a 07/10/2022 num hospital distrital da região Norte que presta cuidados de saúde a cerca de 1,2 milhões de pessoas.

Esta unidade tem três áreas distintas, e fisicamente separadas, para controlar e diminuir o ruído e a transmissão de infeções em ambiente hospitalar. A UCIN tem onze vagas e recebe recém-nascidos a partir de qualquer idade gestacional, transferidos do Bloco de Partos, serviço de urgência e/ou de hospitais que ficam nas proximidades que necessitam de cuidados de saúde mais diferenciados. Os recém-nascidos quando têm alta podem ser transferidos para junto da mãe no serviço de internamento de Obstetrícia ou para a Unidade de Intermédios Neonatais. A equipa de enfermagem é transversal a todo o serviço e nesta secção cada enfermeiro pode ter entre um, a quatro bebés por turno. Enquanto a equipa médica, formada por médicos da especialidade de Neonatologia, presta cuidados na UCIN e unidade de intermédios neonatais. Esta última tem nove vagas com um quarto de isolamento e serve como retaguarda à UCIN, focando a sua intervenção na autonomia alimentar e capacitação dos cuidados parentais com vista à alta hospitalar. Os recém-nascidos quando têm alta podem ser transferidos para junto da mãe no serviço de internamento de Obstetrícia, internamento de Pediatria ou alta para casa.

Este serviço tem, ainda, incorporado uma Unidade de Intermédios Pediátricos com quatro vagas, incluindo um quarto de isolamento, que recebe crianças desde a primeira infância até à adolescência. Recebe crianças vindas dos serviços de urgência pediátrica, da unidade de neonatologia, internamento de pediatria ou Bloco Operatório. Cada enfermeiro pode ter um a cinco recém-nascidos e/ou crianças por turno entre as unidades de intermédios neonatais e pediátrico. A equipa médica é formada por médicos da especialidade de Pediatria.

3.2.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvida

A prematuridade é uma realidade em exponencial crescente nas sociedades com grande impacto a nível pessoal, familiar e social (Ramos et al., 2020). Impacto esse desconhecido à priori, pela fragilidade fisiológica, cognitiva, sensorial e emocional dos

recém-nascidos prematuros, dependente da idade gestacional em que nasceram, fatores genéticos, situações de doença e cuidados de saúde prestados à nascença, bem como, com intercorrências decorridas durante o internamento na unidade de neonatologia.

De forma a clarificar as diferentes idades gestacionais, Ramos et al. (2020) identifica a prematuridade extrema aos recém-nascidos prematuros nascidos antes das 28 semanas de gestação, prematuridade severa entre a 28 e as 31 semanas mais seis dias, prematuridade moderada entre as 32 e as 33 semanas mais seis dias e a prematuridade tardia entre as 34 e as 36 semanas mais seis dias.

Apesar de o ambiente na UCIN ter melhorado ao longo dos anos, nada se compara ao do útero, caracterizado com aconchego e temperaturas constantes, luzes reduzidas, sem fios, tubos e procedimentos dolorosos. Para além disso, o avanço da tecnologia e cuidados em saúde ainda não conseguiu melhorar a incidência da Displasia Broncopulmonar, frequentemente comum em extremos prematuros devido à baixa produção de surfactante e, conseqüente, necessidade de ventilação prolongada (Dumpa & Bhandari, 2021).

Também devido à instabilidade hemodinâmica dos extremos prematuros, restrições de crescimento intrauterino e em casos de alterações de fluxo placentar, a alimentação entérica é introduzida paulatinamente, e com vários retrocessos dependendo da imaturidade intestinal e tolerância alimentar de cada bebé (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN, 2014). Mais ainda, a introdução alimentar via oral só ocorre quando o prematuro consegue coordenar os reflexos da sucção/deglutição/respiração harmoniosamente, e a não comprometer o seu estado hemodinâmico, o que ocorre por volta das 36 semanas (Ramos et al., 2020).

Por conseguinte, é inerente perspetivar internamentos prolongados e desafiantes para dar tempo a cada bebé, com as suas especificidades pessoais, adquirir as competências respiratórias e alimentares cruciais para a vida fora do ambiente hospitalar. Além disso, torna-se necessário formação especializada para cuidar destes bebés com o objetivo de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento saudável, e com menos complicações possíveis (Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento Neonatal, NIDCAP, 2022).

Naturalmente, “aprofundar conhecimentos sobre a intervenção de enfermagem aos extremos e grandes prematuros no que diz respeito ao desmame ventilatório e

autonomia alimentar” foi o primeiro objetivo específico para este estágio, concretizado através das seguintes atividades: ida ao Bloco de Partos com enfermeiro orientador para a prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro; admissão de recém-nascidos prematuros na unidade de neonatologia; prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro, com diferentes idades gestacionais, durante o internamento na unidade de neonatologia; participação na sessão de formação intitulada competências orais do recém-nascido prematuro no dia 22/09/2022; leitura de estudos recentes sobre desmame ventilatório e autonomia alimentar; reflexão sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro com ventilação invasiva e não invasiva, e no que concerne à autonomia alimentar.

O desmame ventilatório e a autonomia alimentar são áreas de interesse pessoal e profissional pela especificidade que requerem da intervenção de enfermagem em cuidados neonatais, bem como, permitem desenvolver competências específicas do EESIP nomeadamente, “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” (OE, 2018).

No que diz respeito à intervenção de enfermagem referente ao desmame ventilatório, foi possível concluir que o enfermeiro é responsável pelas seguintes intervenções: avaliar a necessidade de manter ventilação não invasiva quando se remove a interface para pesagem e realização de cuidados de higiene ao vigiar sinais de dificuldade respiratória; vigiar continuamente o esforço respiratório e a necessidade de O₂ durante a ventilação não invasiva ou pausa da mesma, identificando a ocorrência de bradipneias, bradicardias e alterações na saturação de oxigénio; vigiar sinais de má perfusão periférica como sudorese, cor da pele e tempo de preenchimento capilar; otimizar a via aérea através da limpeza, aspiração de secreções e posicionamento; otimizar o gasto energético e diminuição do stress através de cuidados mínimos e manipulação coordenada e organizada entre os diferentes profissionais e figuras parentais, bem como, com a utilização do método de canguru (SPN, 2014).

Intrinsecamente relacionado com os cuidados neonatais, a promoção da vinculação foi sempre um objetivo em todos os cuidados, independentemente de todas as condicionantes inerentes ao ambiente hospitalar, respeitando a estabilidade

hemodinâmica, conforto e necessidades do bebê, e conforme a iniciativa e estado de espírito dos pais (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Mais ainda, a resiliência e a esperança das figuras parentais, com evidente progresso na confiança e autonomia nos cuidados prestados pela família assumiram-se ser inspiradoras e promotoras de um cuidado de enfermagem mais humanizado e centrado na família (Cerqueira & Barbieri – Figueiredo, 2020). Sendo, por si só, uma concretização de um dos pilares da Teoria Humanística de Paterson & Zderad, a interação entre enfermeiro e díade mãe-bebê influencia não só a pessoa cuidada, mas também o cuidador (Morais & Costa, 2009).

Quando o bebê atinge a estabilidade respiratória o foco passa a ser, inicialmente a progressão alimentar e depois a autonomia alimentar, sendo este um dos objetivos dos cuidados de enfermagem da unidade de cuidados intermédios. Neste contexto, através da participação na sessão de formação para competências orais do recém-nascido prematuro realizada no dia vinte e dois de setembro por um dos grupos de trabalho da unidade de neonatologia, foram adquiridos conhecimentos sobre a mais recente evidência científica sobre o tema, incluindo a Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral (**Anexo 2**). Desta forma, foi possível compreender como deve ser iniciada a autonomia alimentar, de forma a respeitar a idade gestacional do recém-nascido prematuro e estabilidade hemodinâmica, enfatizando a importância da parceria com as figuras parentais e a intervenção autónoma e constante vigilância do enfermeiro em neonatologia.

Assim, no que concerne à autonomia alimentar, a intervenção de enfermagem durante este estágio consistiu nas seguintes intervenções: avaliar os reflexos de deglutição e sucção; referenciar quando necessário para a Terapeuta da Fala e intervir junto dos bebês em parceria com este profissional de saúde; avaliar estabilidade hemodinâmica e sinais de dificuldade respiratória; avaliar sinais de fome e disponibilidade do recém-nascido; estabelecer um plano de cuidados que respeite a decisão da mãe em amamentar ou não amamentar; promover a amamentação e lactação e instruir a mãe conforme necessário; decidir sobre a quantidade de leite a suplementar quando o recém-nascido vai à mama em cada mamada; ensinar os pais a técnica correta para alimentação através de tetina; vigilância e avaliação do peso (Thoyre et al., 2016).

Durante a prestação de cuidados, nas mais diversas situações clínicas ao longo do estágio, foi possível acompanhar algumas situações de dificuldade na transição da alimentação por declive para a alimentação oral. Segundo SNP (2014), isto ocorre pela influência negativa na aquisição das competências orais da estimulação da cavidade oral pelo tubo endotraqueal, *prongs* nasais ou sondas nasogástricas. Nestas situações e conforme tolerância era sempre oferecido a sucção não nutritiva, de forma a promover estímulos positivos e conforto, bem como, promover o desenvolvimento da musculatura da face. Também foi possível identificar dificuldades na progressão da introdução alimentar seja por refluxo e/ou intolerância alimentar, bem como, situações de obstipação e desconforto abdominal, permitindo o desenvolvimento e aplicação de competências específicas de EESIP, tais como, a utilização da massagem abdominal para diminuir o desconforto abdominal e promover o trânsito intestinal (APMI, 2022), competência aprofundada no estágio de cuidados de saúde primários e reconhecida terapia complementar pela OE (Pereira, 2019).

Por último, com a realização da revisão *scoping* sobre o sofrimento moral foi possível verificar que a maioria dos estudos foram realizados em unidades de neonatologia devido ao prognóstico incerto da mortalidade e morbidade dos extremos e grandes prematuros. Situações desafiantes que exigem aos enfermeiros conhecimentos diferenciados (Maguire et al., 2012). E que sejam agentes morais com coragem e autonomia profissionais para defenderem os melhores interesses em saúde do bebé e família (Burton, 2020), prevenindo, assim, situações de sofrimento prolongado.

Neste local de estágio, foi possível identificar causas conhecidas como potenciadoras do sofrimento moral através de reuniões informais com os enfermeiros orientadores e restante equipa, e com a participação nas passagens de turnos, tais como, falta de recursos humanos de enfermagem transversal a toda a unidade, falta de coesão e espírito de equipa entre os enfermeiros que prestam cuidados na UCIN e quem presta cuidados nas unidades de intermédios neonatal e pediátrica. Também, no mesmo serviço existem duas equipas médicas diferentes, responsáveis por áreas diferentes (UCIN e Intermédios Pediátricos), o que leva a situações de discordância dos cuidados médicos e de enfermagem.

Por outro lado, um EESIP deve ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização e tem a obrigação moral e profissional de divulgar os

resultados obtidos com a restante comunidade profissional. Desta forma, “sensibilizar os enfermeiros da Unidade de Neonatologia sobre o fenómeno do sofrimento moral e a sua implicação na prestação de cuidados aos recém-nascidos e figuras parentais” foi o último objetivo específico deste estágio através da realização de ações de formação. Esta atividade permitiu à mestranda liderar um programa de melhoria da qualidade dos cuidados, através da promoção da reflexão, autoconhecimento e autonomia dos profissionais de enfermagem, de forma a melhorar os cuidados prestados aos recém-nascidos e famílias, sendo estes os mais implicados pelo flagelo do fenómeno do sofrimento moral (Wall et al., 2016). Também permitiu demonstrar competências comuns do enfermeiro especialista na área da ética e princípios morais, tomada de decisão, liderança e promoção da investigação em enfermagem (OE, 2019) com a partilha dos resultados da revisão *scoping*.

Inicialmente, foram propostas pequenas sessões durante a passagem de turno, mas rapidamente este planeamento teve de ser repensado devido ao tempo restante de estágio, à dificuldade de encontrar os mesmos profissionais em turnos diferentes, de forma a transferir a informação necessária, e à dinâmica do serviço e sobrecarga evidente dos profissionais de enfermagem em todos os turnos. Assim, foi repensado o conteúdo da formação e reduzida a informação transmitida ao essencial para uma primeira e única abordagem, mas focando nos aspetos mais importantes (**Apêndice 8**). Esta sessão foi repetida em turnos diferentes envolvendo diferentes profissionais. No final da sessão foram entregues um documento de autoavaliação do sofrimento moral (**Apêndice 7**) para reflexão pessoal e um documento de avaliação da sessão (**Apêndice 9**). Foi também disponibilizado o endereço de email da mestranda caso alguém quisesse mais informação. Cerca de 25% dos enfermeiros tiveram a formação, avaliando-a como pertinente e necessária para o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Pretendia-se alcançar mais profissionais de enfermagem, mas para isso o estágio teria de ser mais prolongado. Foi um dos aspetos identificados, a melhorar no estágio seguinte, tentar sensibilizar o maior número de profissionais possíveis.

3.2.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática

Em suma, o estágio na unidade de neonatologia foi muito estimulador na aquisição e fortalecimento de conhecimento teórico-prático sobre os recém-nascidos prematuros e, mais ainda, pela prestação de cuidados de enfermagem especializados em cuidados intensivos com desafios diários e já esperados. A aquisição e aplicação de conhecimentos foi feita progressivamente, e com aumento da confiança e autonomia em parceria com os enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar, bem como, com a família de cada bebé.

No que concerne ao objetivo geral, transversal aos estágios, e aos objetivos específicos delineados pela mestrandia neste contexto, foi continuada uma caminhada de aquisição de competências de EESIP, de forma mais aprofundada e específica deste contexto clínico, como os cuidados ao recém-nascido prematuro com foco na promoção do desenvolvimento infantil saudável adotando estratégias neuro protetoras como a regulação do sono, manipulação mínima e organizada, contenção, diminuição do ruído e da luminosidade, preconizadas pelo NIDCAP (2022), levando à crescente estabilidade hemodinâmica e decrescente imaturidade do sistema fisiológico de cada bebé em ambiente extrauterino (SPN, 2014). O foco na promoção da vinculação manteve-se após o nascimento, reforçando e enraizando ainda mais que os cuidados em neonatologia são feitos em parceria desde o primeiro dia com as figuras parentais, respeitando o tempo, necessidades e objetivos de cada bebé e família.

Foi mais uma vez, muito desafiador abordar o tema do sofrimento moral pelo caminho a percorrer, de forma a cultivar a resiliência moral e a prevenir as suas complicações. Contudo, o objetivo proposto foi bem conseguido pois a sensibilização para o tema serviu para desmistificar tabus e promover o diálogo construtivo entre os intervenientes, pelo menos no momento imediato, sendo este considerado pela mestrandia o início da mudança, a conscientização de um problema.

Por fim, pela especificidade do contexto de estágio e ciclo de vida dos recém-nascidos prematuros não foi possível desenvolver competências referentes à promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e à promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2018). Sendo foco de desenvolvimento transferido para o último estágio a seguir analisado, no serviço de internamento de Pediatria.

3.3. Análise do percurso profissional e pessoal do estágio no serviço de Internamento de Pediatria

3.3.1. Contextualização do local de estágio

O estágio no serviço de internamento de Pediatria realizou-se no período de 10/10 a 12/11/2022 num hospital distrital da região Norte que presta cuidados de saúde a cerca de 1,2 milhões de pessoas.

Este serviço tem a capacidade para trinta e duas admissões. Recebe crianças desde os vinte e oito dias até aos dezoito anos de idade vindos do Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos ou Unidade de Neonatologia. Fisicamente está dividido em duas alas, cada ala tem quartos individuais ou com duas camas. A ala ímpar está destinada a patologias respiratórias e quartos de isolamento, e a ala par admite crianças/ jovens com outras patologias médicas e cirúrgicas.

Os cuidados de enfermagem são feitos em parceria constante com o acompanhante da criança, na sua maioria a mãe, conforme preconizado pela filosofia dos cuidados centrados na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020), com benefícios inegáveis para a criança/jovem como diminuição da ansiedade e medo, para a família com aumento de conhecimentos e autonomia, bem como, para os enfermeiros, de forma a agilizar melhor as prioridades de cuidar das diferentes crianças/jovens atribuídas, tendo em conta um *ratio* de enfermagem de quatro enfermeiros no turno da manhã e três nos turnos da tarde e noite. Sendo assim, muitas vezes delegados cuidados de enfermagem aos pais, após ensino e adequada supervisão.

Com a pandemia algumas restrições ainda estão presentes, tais como, o acompanhante não pode abandonar o hospital durante todo o internamento. É feito um teste para SARS-COV2 na admissão hospitalar. No que diz respeito ao resto da família, o pai pode ficar durante todo o dia e as crianças/jovens têm direito apenas a uma visita por dia, da avó ou, avô ou irmão, com duração de trinta minutos.

Também devido à pandemia a sala de atividades foi descontinuada e não é objetivo reabri-la. Assim em termos lúdicos, as atividades de distração e recreativas são todas feitas no quarto e as crianças podem ter consigo brinquedos do domicílio. Não existe também educadora e as crianças/jovens recebem a visita da Operação Nariz Vermelho uma vez por semana.

3.3.2. Análise reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas

Quando abordamos o tema da hospitalização da criança/jovem, é necessário considerá-la através de duas perspetivas diferentes, mas crucialmente interdependentes e influenciáveis. A perspetiva da criança/jovem e a da sua família. Já há algum tempo que se reconhece que a hospitalização para a criança/jovem significa separação do ambiente familiar, das rotinas, dos amigos, do que é seguro e expectável (Jorge, 2004), sendo encarado como um momento de crise (Tavares, 2020). Para a família, especialmente a mais próxima da criança/jovem, poderão surgir sentimentos de culpa e fracasso se considerarem responsáveis de alguma forma pela hospitalização, e angústia referente ao prognóstico e evolução da doença, bem como, pela transferência dos cuidados à criança/jovem para os profissionais de saúde, resultando em uma inevitável perda de controlo (Jorge, 2004). Mais ainda, a hospitalização da criança/jovem exige uma readaptação da vida diária com conseqüente detrimento dos cuidados a outros filhos ou dependentes que possam existir na família, da vida profissional e social dos pais, e muitas vezes dos rendimentos económicos para a sua subsistência.

Assim, considerou-se fundamental para o desenvolvimento de competências de EESIP (OE, 2018) um dos focos deste estágio ser a intervenção de enfermagem com vista à adaptação da criança/jovem e família, pelo impacto negativo que a hospitalização pode ter na dinâmica familiar e desenvolvimento saudável da criança.

Por conseguinte, tendo em conta o primeiro objetivo específico identificado para este estágio, “aprofundar conhecimento sobre a intervenção de enfermagem à adaptação da criança/jovem e família ao meio hospitalar” foram desenvolvidas as seguintes atividades: leitura de artigos recentes sobre a adaptação da criança/jovem e família ao meio hospitalar; prestação de cuidados a crianças/jovens de várias idades e com diferentes patologias; adoção de estratégias promotoras da adaptação ao meio hospitalar; reflexão diária sobre a prática diária e intervenções utilizadas; reuniões informais/formais com o enfermeiro orientador de forma a discutir aspetos relevantes para aprofundar o conhecimento e melhorar as práticas de cuidados; realização de uma reflexão através do ciclo de Gibbs (Neves, 2015) sobre uma situação vivida em estágio.

De forma a assegurar a proteção da criança/jovem durante a hospitalização foi criada a Carta da Criança Hospitalizada em 1988, inspirada pelos direitos identificados

pela Convenção sobre os direitos das crianças (*United Nations International Children's Emergency Fund*) pela *European Association for Children in Hospital*. O Instituto de Apoio à Criança, IAC, criou em 1995, uma versão portuguesa com dez artigos que as instituições de saúde devem respeitar durante a hospitalização da criança/jovem (Tavares, 2020) e que servirão como fundamentação para a análise das atividades desenvolvidas durante este estágio.

Para começar, os artigos 2 e 3 desta carta têm como foco o direito da criança/jovem a acompanhamento contínuo por uma pessoa de referência, normalmente um dos pais, e à parceria de cuidados entre família e profissionais de saúde de forma que a maioria dos cuidados prestados sejam realizados pela pessoa com laços de vinculação e segurança para a criança/jovem (Monteiro & Cerqueira, 2020). Certamente, ao encarar os pais como competentes e participantes ativos na recuperação da saúde da criança/jovem, os enfermeiros conseguem atenuar, parte dos sentimentos negativos, acima referidos que os pais possam sentir. Por conseguinte, durante a prestação de cuidados no serviço de internamento, a filosofia dos cuidados centrados na família esteve sempre presente e serviu de motor para uma prestação de cuidados mais humanizada.

No decorrer do estágio, e tendo em conta a experiência anterior da mestranda ter sido maioritariamente em ambiente de cuidados intensivos pediátricos, onde as crianças são vigiadas e monitorizadas de perto 24 horas por dia pelos enfermeiros, criou um sentimento inicial de estranheza e perda de controlo a delegação da vigilância do estado de saúde, especialmente valores de saturação e esforço respiratório, na figura parental que acompanhava a criança, quase sempre as mães. Contudo, pela dimensão do serviço, o número de crianças atribuídas a cada enfermeiro e as crianças serem colocadas em quartos com porta fechada, de forma a preservar a sua privacidade, conforto e qualidade do sono, é uma situação inevitável. Esta dinâmica de serviço permitiu o desenvolvimento de capacidades comunicacionais com a família e crianças/jovens através do ensino sobre saturações desejáveis e sinais de desconforto respiratório às mães, bem como, no empoderamento do autoconhecimento da própria doença das crianças/jovens mais velhos (OE, 2018). Afinal, esta delegação de cuidados também permite potenciar o reconhecimento de situação de doença e as capacidades da gestão da doença na comunidade por parte da criança/jovem e família.

Outro foco da intervenção durante o estágio foi a prestação de cuidados atraumáticos, conseguida através do uso do brinquedo terapêutico do agrado da criança (vídeos de telefone e brinquedos presentes no quarto), através de discurso honesto e tranquilo, fornecendo toda a informação necessária para o processo de tomada de decisão e preparação prévia sobre as intervenções a realizar, incluindo sempre a figura parental de referência (IAC, 2009; Barros et al., 2021). Porém, se por um lado, num estudo realizado por Carvalhais et al. (2022), os EESIP reconhecem ser de extrema importância a prestação de cuidados atraumáticos em pediatria de forma a promover uma adaptação à hospitalização mais harmoniosa, por outro, também identificam obstáculos para a implementação dos mesmos, tais como, falta de tempo e de recursos, especialmente humanos.

Seria impossível abordar o tema da adaptação da criança sem falar na adaptação dos pais, assim, o apoio emocional e comunicação afetiva e positiva tornou-se uma intervenção fundamental. Mesmo tendo feito várias noites, era nestes turnos que as mães verbalizavam mais ansiedade, cansaço e inseguranças pelo estado de saúde dos filhos, relacionado com a amamentação, preocupação com os filhos deixados em casa, ou solidão por estarem confinadas ao quarto do hospital durante todo o internamento, especialmente com bebés mais pequenos. Uma das situações vividas foi alvo de uma reflexão de Gibbs (**Apêndice 10**) para desenvolver autoconhecimento pessoal e profissional, bem como, na construção e aprimorar do conhecimento científico dos cuidados prestados (Ferreira, 2004). Com esta reflexão foi possível analisar uma situação anterior com mais clareza, identificando competências de EESIP já adquiridas e outras por desenvolver, realçando que ser EESIP é um processo em construção, que não cessa, e que depende das experiências vivenciadas no dia-a-dia e, da consequente análise das mesmas (Schafer et al., 2020).

Tendo em conta que ainda existem neste serviço restrições devido à pandemia de SARS-COV 2, tais como, a sala de atividades foi descontinuada e não há ideia de voltar a abrir, e o cuidador principal tem que estar presente durante todo o internamento e não pode ir a casa, foi de extrema importância assistir e explicar aos pais durante a admissão as regras do serviço para que se pudessem ambientar e reorientar a vida familiar da melhor forma durante o internamento (IAC, 2009).

Assim, será inevitável reconhecer os ajustes que a filosofia dos cuidados centrados na família com a parceria de cuidados e prestação de cuidados atraumáticos exige dos enfermeiros, em termos de expectativas sobre as competências parentais, formas de transmissão da informação, flexibilidade de adaptação a vários tipos de famílias e dinâmicas e, também no ajuste dos ensinamentos aos pais de forma a cuidar equitativamente. Não só, tal como foi identificado através da revisão *scoping*, as condições de trabalho fornecidas pela entidade patronal influenciam substancialmente a prestação de cuidados dos enfermeiros e tornam-se muitas vezes barreiras ao que é preconizado pelos pilares teóricos de enfermagem.

Nesta linha de pensamento, considerou-se de extrema importância continuar a partilhar com os enfermeiros os resultados mais recentes e, cientificamente fundamentados, sobre o fenómeno do sofrimento moral. Para isto, foram realizadas duas sessões de formação (**Apêndice 11**) com o objetivo de “sensibilizar os enfermeiros do serviço de internamento da pediatria sobre o fenómeno do sofrimento moral e as suas implicações na prática diária de cuidados à criança/jovem e figuras parentais”.

As sessões foram realizadas em dias diferentes durante a passagem de turno de para alcançar o máximo de enfermeiros. Considera-se que este objetivo foi concretizado ao incluir 74% dos enfermeiros do serviço, incluindo a responsável do serviço, com o correspondente feedback positivo, maioritariamente nível de satisfação 5 nas diferentes alíneas, do documento de avaliação da formação entregue no final das mesmas (**Apêndice 9**). Foi possível observar que o conteúdo abordado no final da primeira sessão serviu para uma reunião entre colegas sobre a falta de recursos humanos, nomeadamente no turno da tarde, e como deveriam agir em equipa para modificar a situação. No final da segunda sessão foi possível observar a responsável do serviço tentar resolver a calibração dos termómetros e uma colega verbalizar as suas preocupações referentes a uma situação particular do serviço.

Por forma a deixar um contributo mais fundamentado e completo sobre o sofrimento moral foi criada uma pasta de documentos de apoio (**Apêndice 12**), com artigos que analisam como desenvolver a resiliência moral, com exemplos práticos, um documento traduzido com a escala de autoavaliação do sofrimento moral e um documento com questões traduzidas para a autorreflexão, ambos abordados durante a sessão de formação. Esta pasta foi enviada para a enfermeira orientadora para ser reencaminhada

para os colegas através do endereço eletrônico, assim, a informação está sempre disponível aos enfermeiros, garantindo o respeito à confidencialidade e privacidade das suas necessidades individuais.

3.3.3. Avaliação global do estágio e implicações para a prática

Em termos gerais, visto que nos últimos nove anos a mestranda ter exercido a profissão de enfermagem em contexto de cuidados intensivos, foi muito gratificante voltar ao internamento de pediatria pela diversidade de crianças/jovens em cada turno, com diferentes idades e patologias, condicionando uma intervenção personalizada para cada um deles e suas famílias, adaptação e flexibilidade a diferentes rotinas de cuidados de enfermagem.

Sendo o sofrimento moral o tema principal abordado ao longo dos estágios, foi inevitável concluir através de um olhar rápido e empírico, que existem muitas barreiras para a resiliência moral, nomeadamente, falta de recursos humanos e materiais e falta de investimento na promoção de um clima ético saudável para os profissionais florescerem a nível profissional e pessoal.

Este foi o último estágio efetuado no contexto da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório- com o objetivo geral de **desenvolver competências de EESIP no âmbito do desenvolvimento profissional e pessoal**. Naturalmente, foram desenvolvidas e aprofundadas competências comuns e específicas de EESIP, mas também pessoais e como ser humano, das quais se destacam, a resiliência, a perseverança e a flexibilidade, atributos identificados como essenciais para um enfermeiro a exercer a profissão na situação delicada e complexa dos dias de hoje do serviço nacional de saúde.

4. CONCLUSÃO

Após o término deste percurso académico, é inevitável reconhecer os seus benefícios e ganhos, nomeadamente em termos profissionais, com o desenvolvimento e aprofundar de conhecimentos e competências teórico-práticas que permitiram concluir o percurso de Enfermeira Generalista para Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. De salientar os estágios clínicos, que potenciaram conhecer outras formas de intervir e sobre elas refletir, especialmente, no contexto comunitário com o trabalho da ELI, do NACJR e CPCJ, tornando-se uma experiência muito interessante e que valoriza a intervenção de enfermagem para além do cuidado direto ao doente em ambiente hospitalar. Para além disso, forneceu ferramentas para intervir em qualquer contexto de saúde, de forma, a agilizar recursos para crianças com dificuldades no desenvolvimento e/ou crianças em situação de risco.

A realização da revisão *scoping* permitiu à mestranda desenvolver, mais uma vez um trabalho de investigação durante o seu percurso profissional e académico, estimulando outras competências do enfermeiro especialista, nomeadamente o pensamento crítico, a procura de soluções, interpretação de textos, investimento e desenvolvimento da língua inglesa e, sobretudo, a produção de evidência científica.

Mantendo a linha de pensamento de todo o relatório, e segundo a teoria humanística de enfermagem, um enfermeiro é também uma pessoa com potencial para crescimento nas suas dimensões emocionais, psicológicas, intelectuais e de relação com o outro. A educação, concretizou-se, assim, como uma via de aprendizagem, mudança e crescimento, pautada pela adaptação, resiliência e esperança.

Por conseguinte, em termos gerais, a realização de estágios permitiu desenvolver um olhar mais aprofundado sobre a aplicação prática dos pilares teóricos de enfermagem preconizados pela OE, a filosofia de cuidados centrados na família, a parceria de cuidados de Anne Casey e os cuidados atraumáticos em pediatria. Pela supervisão a que a mestranda estava sujeita, tanto pela Professora que acompanhou o percurso como pelos enfermeiros orientadores, e, ao mesmo tempo, por trabalhar de perto com outro colega de profissão, o que obriga, naturalmente, a refletir e analisar as intervenções escolhidas mais objetivamente por ambas as partes.

Contudo, e apesar destes pilares teóricos realçarem a cooperação entre enfermeiros e as crianças/jovens e suas famílias e fomentarem o necessário empoderamento parental nos cuidados à criança, é inevitável referir o que pareceram ser dificuldades na sua implementação, tais como, falta de recursos materiais e humanos, a débil coesão dentro das equipas e, estilos de liderança antiquados e não promotores do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Sendo estes, causas identificadas na literatura como potenciadoras do sofrimento moral e das suas consequências negativas.

Em termos de dificuldades sentidas, identificam-se as sessões de formação sobre o sofrimento moral, quer ao aliciar os profissionais de saúde para o tema, quer ao abordar um tema que foi reconhecido como uma realidade nos contextos, mas, que ainda não existem receitas mágicas para o mitigar e, exige, sim, um grande investimento dentro e pela equipa em que ocorre. Pela dinâmica dos três contextos ser diferente houve a necessidade de adaptar o conteúdo das sessões e a duração das mesmas. Apesar das dificuldades, a mestranda acreditou que a abordagem do tema era importante pela realidade dos contextos de trabalho, por o tema ser desconhecido nos locais de estágio onde esteve e, particularmente, pelas consequências que este fenómeno pode causar. Assim, ao ver os colegas exporem situações que os preocupam e que necessitam de abordagem no final das sessões, sentiu que a missão estava cumprida. A conscientização de um problema e adquirir mais informação sobre o mesmo é sem dúvida o primeiro passo.

Desta forma, constitui-se como um projeto futuro a publicação de um artigo com os resultados da revisão *scoping*. E, por não ter sido encontrado nenhum artigo referente a estudos em contexto pediátrico português, fica a sugestão para um trabalho de investigação futuro.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Massagem Infantil (2022) Benefícios do Programa da IAIM. Disponível em <https://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/> Acedido a 18 de Julho 2022.
- American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 1 de Março 2022.
- American Association of Critical-Care Nurses (2022), Moral distress in Nursing: What you need to Know. Disponível em <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>. Acedido 1 de Março 2022.
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>. Acedido a 3 de Fevereiro 2022.
- Austin, W., Kelecevic, J., Goble, E., & Mekechuk, J. (2009). An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nursing Ethics*, 16(1), 57–68. <https://doi.org/10.1177/0969733008097990>
- Azevedo, C. A. M., & Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos* (9ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora
- Bagnasco, A., Cadorin, L., Barisone, M., Bressan, V., Iemmi, M., Prandi, M., Timmins, F., Watson, R., & Sasso, L. (2018). Ethical dimensions of paediatric nursing: A rapid evidence assessment. *Nursing Ethics*, 25(1), 111–122. <https://doi.org/10.1177/0969733016631161>
- Baliza, M. F. (2017). *O sofrimento moral nas situações de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica: Desenvolvimento do conceito*.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E. & Charepe, Z. (2021) Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação da criança/jovem/família à hospitalização: Uma scoping review. *Enfermeria Global* 61, 558-576.
- Benner, P. (2001) *De az*. 1ª Edição. Quarteto.

- Burton, M., Caswell, H., Porter, C., Mott, S., & DeGrazia, M. (2020). Moral Distress: Defined and Described by Neonatal and Pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN*, 39(2), 101–109. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000403>
- Butz, A. M., Redman, B. K., Fry, S. T., & Kolodner, K. (1998). Ethical conflicts experienced by certified pediatric nurse practitioners in ambulatory settings. *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 12(4), 183–190.
- Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J. & Roque, M. J. (2021) Perspetiva dos enfermeiros especialistas sobre os cuidados atraumáticos em pediatria. *Millenium* 2(17), 31-39.
- Cavaliere, T. A., Daly, B., Dowling, D., & Montgomery, K. (2010). Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 10(3), 145–156. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dd6c48>
- Cerqueira, C. & Barbieri- Figueiredo, M. C. (2020) Cuidados Centrados na Família. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 28-32. .Lidel.
- Choe, K., Kim, Y., & Yang, Y. (2019). Pediatric nurses' ethical difficulties in the bedside care of children. *Nursing Ethics*, 26(2), 541–552. <https://doi.org/10.1177/0969733017708330>
- Corley, M. C. (2002) Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- de Boer, J. C., van Rosmalen, J., Bakker, A. B., & van Dijk, M. (2016). Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. *Nursing in Critical Care*, 21(3), e19-27. <https://doi.org/10.1111/nicc.12206>
- de Paula, C., Schaurich, D., Padoin, S. M. M. & Crosseti, M., G., O. (2004) O cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad, *Acta Paulista de Enfermagem* 17 (4); 425-431. <https://acta-ape.org/article/o-cuidado-como-encontro-vivido-e-dialogado-na-teoria-de-enfermagem-humanistica-de-paterson-e-zderad/>

- Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República: I-A série. Nº 93 (1998) Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>. Acedido a 29 de Junho 2022.
- Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro. Diário da República: I-A série. Nº 204 (1999), Acedido a 28 de Junho de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475>
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República: I série. Nº 193 (2009). Acedido a 28 de Junho de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto – Lei nº 54/2018 de 6 de Julho. Diário da República: I série. Nº 129 (2018). Acedido a 28 de Junho de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Decreto – Lei nº 422/2018 de 13 de Julho. Diário da república: II série. Nº 133 (2018). Acedido a 28 de Junho de 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.
- DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitmore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(2), 95–102.
- Deschenes, S., Gagnon, M., Park, T. & Kunyk, D. (2020) Moral distress: A concept clarification. *Nursing Ethics*. 27(4), 1127-1146.
- Direção Geral da Saúde (2008) Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaosaude-pdf.aspx. Acedido a 28 de Junho 2022.
- Direção Geral da Saúde (2015) Programa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>. Acedido a 28 de Junho 2022.
- Dumpa, V. & Bhandari, V. (2021) Non-Invasive Ventilatory Strategies to Decrease Bronchopulmonary Dysplasia – Where Are We in 2021?. *Children* 8(2), 1-11. [10.3390/children8020132](https://doi.org/10.3390/children8020132)

- Dyo, M., Kalowes, P., & Devries, J. (2016). Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive & Critical Care Nursing*, 36, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.003>
- Fachini, J., S., A., V. ; Lima, Rita. (sem data). *FACHINI, J. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica Moral distress of workers from a pediatric ICU Janaina Sortica Fachini, Adriana Vilma Scrigni, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. [S. L.],. 2017.*
- Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J., & Guàrdia-Olmos, J. (2015). Ethical conflict in critical care nursing. *Nursing Ethics*, 22(5), 594–607. <https://doi.org/10.1177/0969733014549883>
- Fernandes, A. (2020) Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 40- 55. .Lidel.
- Ferreira, M. M. C. (2004) Formar melhor para um melhor cuidar. *millenium* 30(9). <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8440>.
- França, J. R. F . S., Costa, S. F. G., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L., Batista, P. S. S & Oliveira, R. C. (2018) Experiência existencial de crianças com câncer sob cuidados paliativos, *Revista Brasileira de Enfermagem* 71(3), <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0493>
- Gagnon, M. (2020). *Moral Distress in Pediatric Intensive Care Nurses: Experiences with the Death and Dying of Child Patients.*
- Garros, D., Austin, W., & Carnevale, F. A. (2015). Moral Distress in Pediatric Intensive Care. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 885–886. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1663>
- Ghasemi, E., Negarandeh, R., & Janani, L. (2019). Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nursing Ethics*, 26(3), 663–673. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733017722824>
- Gingell Epstein, E. (2010). Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nursing Ethics*, 17(5), 577–589. <https://doi.org/10.1177/0969733010373009>
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2016). It's agony for us as well: Neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. *Nursing Ethics*, 23(2), 176–190. <https://doi.org/10.1177/0969733014558968>

- Instituto de Apoio à Criança (1996) Carta da Criança Hospitalizada. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianc_a_hospitalizada.pdf. Acedido a 1 de Outubro 2022.
- Jacobs, H. H. (2005). Ethics in pediatric end-of-life care: A nursing perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(5), 360–369. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.04.016>
- Jameton, A. (2017) What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *American Medical Association Journal of Ethics*, 19(6), 617-628.
- Janvier, A., Nadeau, S., Deschênes, M., Couture, E., & Barrington, K. J. (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit: Caregiver’s experience. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 27(4), 203–208. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211658>
- Jorge, A. M. (2004) *Família e Hospitalização da Criança (RE) PENSAR O CUIDAR EM ENFERMAGEM*. Lusociência.
- Kain, V. J. (2007). Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5), 243–248. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.5.23495>
- Karakachian, A., & Colbert, A. (2017). Moral distress: A case study. *Nursing*, 47(10), 13–15.
- Karakachian, A., Colbert, A., Hupp, D., & Berger, R. (2021). Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses’ moral distress and burnout. *Nursing Ethics*, 28(5), 687–703. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733020981760>
- Lantos, J. D. (2007). Moral distress and ethical confrontation: Problem or progress? *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 27(4), 201–202. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211679>
- Larson, C. P., Dryden-Palmer, K. D., Gibbons, C., & Parshuram, C. S. (2017). Moral Distress in PICU and Neonatal ICU Practitioners: A Cross-Sectional Evaluation. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 18(8), e318–e326. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001219>
- Lazzarin, M., Biondi, A., & Di Mauro, S. (2012). Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*, 19(2), 183–195. <https://doi.org/10.1177/0969733011416840>

- Leff, E. (1982). Dilemmas in practice. Keeping a promise. *The American Journal of Nursing*, 82(7), 1136–1138.
- Liaschenko, J. & Peter, E. (2016) Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The importance of Moral Community. *Hastings Center report*. 46(S1), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.626>
- Manual de Acolhimento de internos e alunos UCC (2021);
- Maguire, D., Webb, M., Passmore, D., & Cline, G. (2012). NICU nurses' lived experience: Caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 12(5), 281–285. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182677bc1>
- McCue, C. (2010) Using the AACN Framework to Alleviate Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1). Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html?css=print> Acedido 19 de Abril 2022.
- Mekechuk, J. (2006). Moral distress in the pediatric intensive care unit: The impact on pediatric nurses. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(4–5), i–vi. <https://doi.org/10.1108/13660750610683215>
- Molloy, J., Evans, M., & Coughlin, K. (2015). Moral distress in the resuscitation of extremely premature infants. *Nursing Ethics*, 22(1), 52–63. <https://doi.org/10.1177/0969733014523169>
- Montagnino, B. A., & Ethier, A. M. (2007). The experiences of pediatric nurses caring for children in a persistent vegetative state. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 8(5), 440–446. <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000282172.11035.A6>
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020) Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 33-38. .Lidel.
- Montessori, M. (2023) *Tudo o que precisa de saber sobre o seu filho*. Editorial Presença.
- Morais, G. S. N. & Costa, S. F. G. (2009) Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, *Revista da Escola de*

https://www.researchgate.net/publication/38023618_Existential_experience_of_mothers_of_hospitalized_children_in_intensive_pediatric_care_unit

- Morgan, D. (2009). Caring for dying children: Assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatric Nursing*, 35(2), 86–90.
- Moyer, M. W. (2022) The pandemic generation. *Nature*. Vol. 601. Disponível em <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00027-4>. Acedido a 18 de Julho 2022.
- NeuroConecta (2022) ADI- R. Saiba mais sobre o ADI-R. Disponível em <https://neuroconecta.com.br/saiba-mais-sobre-o-adi-r/> . Acedido a 22 de Julho 2022.
- NeuroConecta (2022) ADOS Protocolo de Observação para Diagnóstico de Autismo. Disponível em <https://neuroconecta.com.br/ados-protocolo-de-observacao-para-diagnostico-de-autismo/>. Acedido a 22 de Julho 2022.
- Neves, A. P. (2015) III Encontro de boas práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEEC_IIIEncontroBoasPraticas/AnaPaulaNeves_EstudantesEnfermagemContextoCuidadosDomiciliarios.pdf. Acedido a 1 de Dezembro 2022.
- NIDCAP (2022) Celebrate March 20th. Disponível em <https://nidcap.org/world-nidcap-day/#why> . Acedido a 1 de Setembro de 2022.
- Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, nº15.
- Passos dos Santos, R., Tatsch Neves, E., & Carnevale, F. (2019). The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships. *Nursing Ethics*, 26(5), 1566–1578. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733017753744>
- Pereira, C. (2011) Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths. Educamais. Disponível em <https://educamais.com/escala-de-desenvolvimento-mental-de-griffiths/> . Acedido a 22 de Julho 2022.
- Pereira, L. (2017) Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf. Acedido em 1 de Outubro 2022.

- Pereira, L. (2019) Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, para desenvolver projetos de Massagem Infantil. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Parecer nº16/2019. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf. Acedido a 15 de Julho 2022
- Pergert, P., Bartholdson, C., Blomgren, K., & Af Sandeberg, M. (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/0969733018809806>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 701–708. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410>
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>
- Prentice, T. M., Janvier, A., Gillam, L., Donath, S., & Davis, P. G. (2021). Moral Distress in Neonatology. *Pediatrics*, 148(2), e2020031864. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-031864>
- PSYCH-MENTAL HEALTH HUB (2022) Josephine Paterson & Loretta Zderad Humanistic Nursing Theory. Disponível em <https://pmhealthnp.com/josephine-paterson-loretta-zderad-humanistic-nursing-theory/>. Acedido a 1 de Outubro 2022.
- Pye, K. (2013). Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 248–261. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.812693>
- Ramos, A. L. (2020) A Criança e o Jovem como Foco de Cuidado: empoderamento da Criança e Família. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 12-24. .Lidel.
- Ramos, A. L., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020) O Recém-nascido Pré-termo. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 118-134. .Lidel.
- Rego, A. (2016) Cuidar de Quem Cuida. O que faz o Enfermeiro sentir-se cuidado ao cuidar? *Servir* 59(5-6). <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23475>

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República: 2ª série. Nº 26 (2019) Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>. Acedido a 29 de Junho 2022.
- Rodney, P. A. (2017). What We Know About Moral Distress. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S7–S10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04>.
- Schafer, T. C., Lunardi, V. V. L., Arruda da Silva, P., Knopp de Carvalho, K. & Algeri, S. (2020) Cuidados paliativos e teoria humanística na enfermagem, 90 (21), 27-32.
- Saleh et al. (sem data). *Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit*.
- Schafer, T. C., Lunardi, V. V. L., da Silva, P. A., de Carvalho, K., K. & Algeri, S. (2020) Cuidados paliativos e teoria humanística na enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, 90-21. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.467>
- Sannino, P., Gianni, M. L., Carini, M., Madeo, M., Lusignani, M., Bezze, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Moral Distress in the Pediatric Intensive Care Unit: An Italian Study. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 338. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00338>
- Santos, R. P. dos. (2016). *Vivências morais e sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde*.
- Santos, R., P.; Garros, D.; Carnevale, F. (2018). *As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva*.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II: neonatal and pediatric perspectives. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 34(1), 33–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000083>
- Schaefer, R. (2017) *Sofrimento moral: avaliação de risco em enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. ISBN 978-989-20-7810-6. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24202/1/PhD_Rafaela%20Schaefer.pdf Acedido em 12 de Março de 2022.
- Silverman, W. A. (2000). Proximate moral anguish. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14(4), 293–294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00283.x>

- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2022) Critérios de Elegibilidade. Disponível em <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>. Acedido a 30 de Junho 2022.
- Sistema Nacional de Saúde (2022) UCC. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1030655/Pages/default.aspx>. Acedido a 28 de Junho 2022
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). Consenso clínico "Atuação no Micronato". Secção de Neonatologia. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>. Acedido a 1 de Setembro 2022.
- Sørli, V., Jansson, L., & Norberg, A. (2003). The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female Registered Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 285–292. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00229.x>
- Tavares, P. P. (2020) No Contexto do Internamento. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 95-103. .Lidel.
- Thomas, T. A., Thammasitboon, S., Balmer, D. F., Roy, K., & McCullough, L. B. (2016). A Qualitative Study Exploring Moral Distress Among Pediatric Resuscitation Team Clinicians: Challenges to Professional Integrity. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 17(7), e303-308. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000773>
- Thoyre, S., Shaker, C. & Pridham, K. (2016) Observação das competências precoces na alimentação oral – EFS versão modificada.
- Tiedje, L. B. (2000). Moral distress in perinatal nursing. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 14(2), 36–43. <https://doi.org/10.1097/00005237-200009000-00005>
- Twomey, J. G. (2000). Ethical voices of pediatric mental health nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 36–46.
- Ventovaara, P., Sandeberg, M. af, Räsänen, J., & Pergert, P. (2021). Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nursing Ethics*, 28(6), 1061–1072. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733021994169>
- Wall, Sarah; Austin, Wendy J.; Garros, Daniel. (2016). *Organizational influences non health professionals experiences of moral distress in picu.*

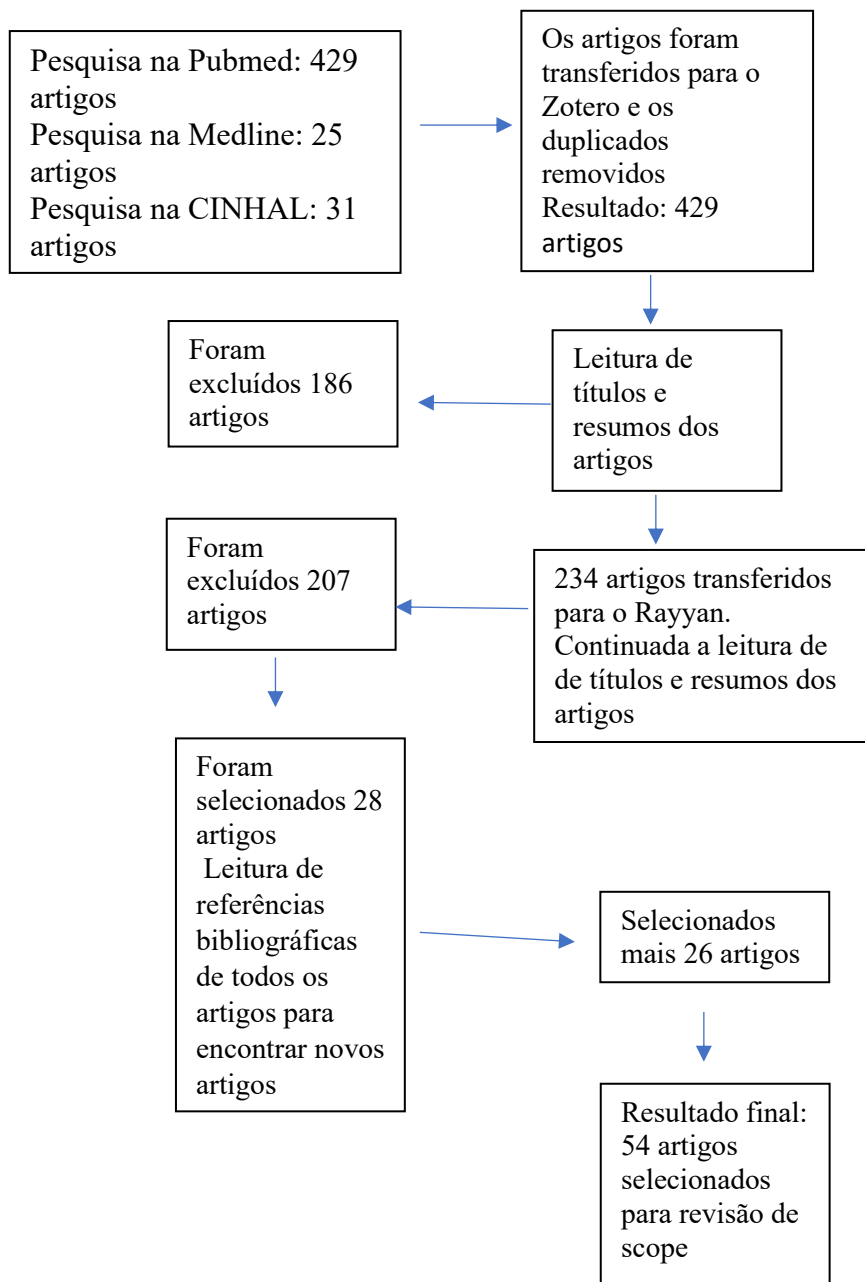
- Webb, M. S., Passmore, D., Cline, G., & Maguire, D. (2014). Ethical issues related to caring for low birth weight infants. *Nursing Ethics*, 21(6), 731–741. <https://doi.org/10.1177/0969733013513919>
- Welborn, A. (2019). Moral distress of nurses surrounding neonatal abstinence syndrome: Application of a theoretical framework. *Nursing Forum*, 54(4), 499–504. <https://doi.org/10.1111/nuf.12362>
- Wiggs, C. M. (2011). Case study: Baby John—Nursing reflections on moral angst. *Nursing Ethics*, 18(4), 606–612. <https://doi.org/10.1177/0969733011404507>
- Wocial, L., Ackerman, V., Leland, B., Benneyworth, B., Patel, V., Tong, Y., & Nitu, M. (2017). Pediatric Ethics and Communication Excellence (PEACE) Rounds: Decreasing Moral Distress and Patient Length of Stay in the PICU. *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, 29(1), 75–91. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9313-0>
- Woods, M. (2011). Case commentary: Baby John. *Nursing Ethics*, 18(4), 613. <https://doi.org/10.1177/09697330110180040702>
- Yam, B. M., Rossiter, J. C., & Cheung, K. Y. (2001). Caring for dying infants: Experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 651–659. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00532.x>

APÊNDICES

Apêndice 1: Estratégia de pesquisa e resultados (06/05/2022)

Base de dados	Questão de pesquisa	Resultados obtidos
#1 Pubmed	((Nurses, pediatric[MeSH Terms]) OR ("pediatric nurse*")) AND ((Morals[MeSH Terms]) OR (Stress Disorders, Post-Traumatic[MeSH Terms]) OR ("moral distress") OR ("moral suffering") OR "moral constrain*" OR "moral reckoning" OR (Conscience[MeSH Terms]))	429
#2 Medline	((MH "Nurses, Pediatric") OR "pediatric nurse*") AND ((MH "Morals") OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR "moral distress" OR "moral suffering")	25
#3 CINAHL	((MH "Pediatric Nurse Practitioners") OR ("pediatric nurse*")) AND ((MH "Morals") OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR ("moral distress") OR ("moral suffering") OR "moral constrain*" OR "moral reckoning" OR (MH "Conscience"))	31

Apêndice 2: Seleção de artigos para a revisão de scope



Apêndice 3: Tabela com a extração de dados dos artigos

Autor	Título	País	População	Tipo de estudo	Contexto	Resultados
(Austin et al., 2009)	An overview of moral distress and the paediatric intensive care team	Canadá		Revisão de literatura	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)	A importância do conto de histórias
(Bagnasco et al., 2018)	Ethical dimensions of paediatric nursing: A rapid evidence assessment	Itália	10 artigos	Revisão de literatura	Diferentes contextos	Enfermeiros como agentes morais e a necessidade de conhecimento sobre competências éticas A importância da educação Os enfermeiros precisam de aceitação pessoal e social Definição do conceito de memória ética Os problemas éticos na pediatria têm uma natureza universal O estudo não conseguiu encontrar quais as competências éticas dos enfermeiros pediátricos
(Baliza, 2017)	O sofrimento moral nas situações de final de vida em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: desenvolvimento do conceito	Brasil	Tese	Modelo Híbrido de Desenvolvimento de Conceitos	UCIP	Ter sofrimento moral pode fazer com que os profissionais tenham maior consciência e reflexão sobre os seus valores e crenças
(Burton et al., 2020)	Moral distress defined and described by Neonatal and pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital	EUA	57 enfermeiros	Estudo qualitativo e descritivo com focus grupo	UCIP e Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN)	Enfermeiros como agentes morais Conceitos éticos Várias definições de sofrimento moral Causas para o sofrimento moral relacionadas com doente e enfermeiro
(Butz et al., 1998)	Ethical conflicts experienced by certified pediatric nurse practitioners in ambulatory settings	EUA	118 enfermeiros pediátricos dos cuidados de saúde primários	Questionário	Cuidados de saúde primários	Dilemas éticos encontrados se tenta gerir responsabilidades para com as crianças e a instituição em que se trabalha Causas para o sofrimento moral: denunciar abuso infantil ou negligência, falta de acesso aos cuidados de saúde para as crianças, cuidados a menores com doenças sexualmente transmissíveis sem notificação parental, dar o diagnóstico de

						uma doença terminal infantil, cuidados a crianças que sofreram atos de violência
(Cavaliere et al., 2010)	Moral distress in Neonatal Intensive Care Unit RNs	EUA	94 enfermeiros	Estudo descritivo e correlacional Escala do Sofrimento Moral – versão neonatal e pediátrica	UCIN	Modelo teórico do sofrimento moral de Corley Maior nível de sofrimento moral relacionado com o prolongamento dos cuidados desnecessários devido aos desejos da família Releva a importância dos enfermeiros desenvolverem a sua autonomia profissional Espiritualidade diminuiu os níveis de sofrimento moral Estratégias para atingir conforto moral
(Choe et al., 2019)	Pediatric nurses' ethical difficulties in the bedside care of children	Coreia do Sul	14 enfermeiras	Estudo fenomenológico	Internamento de Pediatria	Enfermeiras identificaram que cuidam das crianças seguindo uma rotina As decisões são feitas pelos médicos. As enfermeiras têm uma voz silenciada Enaltece a importância do clima ético nos serviços Quando a carga de trabalho é em excesso os enfermeiros não têm disponibilidade para se preocuparem com questões éticas
(de Boer et al., 2016)	Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: repeated measurements	Holanda	87 enfermeiros 30 médicos	Escala do Sofrimento Moral – versão neonatal e pediátrica	UCIN	Sofrimento moral causado por cuidados que apenas prolongam o sofrimento Sofrimento moral entre médicos e enfermeiros era mais baixo do que o esperado devido a reuniões multidisciplinares Enfermeiros são treinados para ser co dependentes e os médicos independentes
(DeGrazia et al., 2021)	Building moral resilience through the nurse education and support team initiative	EUA	130 respostas aos 6 meses; 104 respostas após início do projeto 18 meses depois	Questionários realizados em 2 períodos	UCIP	Definição de resiliência moral e suas estratégias, nomeadamente, implementação da Equipa de suporte e educação para enfermeiros
(Dyo et al., 2016)	Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and	EUA	66 enfermeiros	Estudo descritivo e correlacional	UCIP, UCIN e internamen	Enfermeiros que trabalham na UCIP e internamento de adultos revelaram maior probabilidade de deixar o emprego

	paediatric nurses by hospital setting				to de adultos	Existem outros factores para além do sofrimento moral que levam os enfermeiros a mudar de emprego
(Gingell Epstein, 2010)	Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care	EUA	21 enfermeiros 11 médicos	Estudo qualitativo	UCIN	O caminho para atingir os objetivos de saúde entre médicos e enfermeiros é diferente Temas: obrigações na tomada de decisão nos cuidados em final de vida, obrigações durante os cuidados em final de vida Tratamentos agressivos e desnecessários apontados como principais causas para o sofrimento moral
(Fachini et al., 2017)	Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica	Brasil	5 enfermeiros 7 médicos 2 fisioterapeutas 1 psicólogo 1 assistente social 1 dietista 1 audiologista	Estudo qualitativo	UCIP	Definições e sintomas do sofrimento moral Causas: falta de recursos, cuidados com má qualidade Estratégias: redes de suporte e solidariedade na equipa
(Gagnon, 2020)	Moral Distress in Pediatric Intensive Care Nurses: Experiences with the Death and Dying of Child Patients	Canadá	7 enfermeiros	Estudo qualitativo	UCIP	Definição de sofrimento moral em situações de final e vida Definição de realização e de envolvimento profissional Causas para sofrimento moral: falta de enfermeiros, carga elevada de crianças instáveis como forma de castigo, cuidados desnecessários, enfermeiros como testemunhas das decisões de outros, estadias prolongadas na UCIP Sentimentos de frustração e arrependimento por não ter tomado uma posição Carga de trabalho excessiva não dá tempo para os enfermeiros pensarem em questões éticas Estratégias para uma “boa morte” Enfermeiros levantaram preocupações no que diz respeito à dignidade, melhores interesses da criança e qualidade de vida para crianças em fase terminal Posição dos enfermeiros na tomada de decisão

						Estratégias identificadas: enfermeiros devem ter voz na tomada de decisão, melhorar a comunicação em saúde, clima ético e espírito de equipa, programas de mentorship e comités éticos
(Garros et al., 2015)	Moral distress in Pediatric Intensive Care	Canadá		Revisão de literatura	UCIP	O conceito de sofrimento moral é subjetivo e pessoal Sintomas, causas e estratégias para o sofrimento moral
(Ghasemi et al., 2019)	Moral distress in Iranian pediatric nurses	Irão	195 enfermeiros pediátricos	Estudo transversal	Vários serviços de internamento	Níveis mais altos de sofrimento moral em enfermeiros masculinos e com grau de educação elevados Causas para o sofrimento moral são individuais, organizacionais e ocupacionais Definições e sintomas de sofrimento moral Questões éticas das crianças são diferentes dos adultos A importância dada à opinião da criança varia consoante a cultura do país Causas: testemunhar estudantes de medicina a realizar procedimentos dolorosos para aumento do seu conhecimento, cuidar de uma criança quando não se tem conhecimentos 62.2% Dos enfermeiros consideraram mudar de emprego devido ao sofrimento moral O sofrimento moral é uma experiência subjetiva Níveis elevados de sofrimento moral relacionados com a mudança de emprego em vários estudos
(Green et al., 2016)	It's agony for us as well: neonatal nurses reflect iatrogenic pain	Austrália	24 enfermeiros	Questionário	UCIN	Temas identificados: quando cuidar e torturar são a mesma coisa, porque agimos desta forma, confort para a enfermeira e o bebé UCIN têm ambientes maravilhosos e horríveis ao mesmo tempo Reflexão sobre o que é uma boa enfermeira (esconde as emoções) Conceito de realização profissional e competência ética
(Jacobs, 2005)	Ethics in pediatric end-of-life care: a nursing perspective	EUA		Revisão de literatura	Pediatric end-of-life care	Como agir consoante princípios éticos Não fala concretamente em sofrimento moral mas em situações que o espelham Identifica estratégias

						A opinião pessoal de um enfermeiro não é suficiente para manter a sua visão ética
(Janvier et al., 2007)	Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience	Canadá	115 enfermeiros	Questionário	UCIN	Autores consideram a hipótese que quanto maior o número de complicações vistas pelos enfermeiros, pior prognóstico eles esperarão em extremos prematuros e menor tolerância terão durante situações de ressuscitação Enfermeiros que cuidam de bebês mais instáveis têm maior confrontação com questões éticas e continuidade de cuidados
(Kain, 2007)	Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing	Austrália		Literature review	UCIN	Definição de sofrimento inicial e sofrimento reactivo Os enfermeiros têm mais responsabilidade do que autoridade O ambiente ético de uma unidade é preditor do sofrimento moral O prolongar do sofrimento é a principal causa reconhecida para o sofrimento moral Enaltece a importância entre a relação estabelecida entre o enfermeiro e a família
(Karakachian et al., 2021)	Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout	EUA	146 enfermeiros	Estudo transversal e correlacional	Centro de trauma pediátrico	Modelo Transacional de coping e stress Distinção entre sofrimento moral e Burnout 5 crianças morrem por dia nos EUA devido a maus cuidados parentais A importância do clima ético de uma unidade Nível mais alto e frequência do sofrimento moral ao testemunhar maus cuidados devido a má comunicação Níveis mais elevados de sofrimento moral para enfermeiros a trabalhar na UCIP e a fazer turnos noturnos 35,6% consideraram mudar de emprego; 13,7% mudaram Razões para níveis mais baixos de sofrimento moral: bons recursos e experiência de médicos e assistentes sociais
(Karakachian & Colbert, 2017)	Moral distress: A case study	EUA		Estudo de caso	UCIP	O sofrimento moral varia entre indivíduos dependendo dos seus valores e crenças. É uma violação daquilo que é mais estabilizador do profissional Distinção entre sofrimento moral inicial e reativo Tratamento desnecessário considerado como principal causa de sofrimento moral

						Definição de resiliência moral e como desenvolvê-la – 4's (AACCN)
(Lantos, 2007)	Moral distress and ethical confrontation: problem or progress		Clarifies aspect of Janvier's study	Papel de opinião		Acordo entre profissionais da mesma equipa não traduz um cuidado correto para com as crianças e famílias. O sofrimento moral pode ser um sinal de progresso e não de problemas.
(Larson et al., 2017)	Moral distress in PICU and Neonatal ICU Practitioners: A Cross-Sectional Evaluation	Canadá	30 enfermeiros	Estudo transversal	UCIP e UCIN	58% dos enfermeiros afirmaram terem sinais de sofrimento moral. Tratamentos que prolongam o sofrimento e dificuldades na comunicação identificados como principal causa de sofrimento moral Nível de sofrimento moral mais elevado em enfermeiros que estavam certos em respeito ao prognóstico dos doentes mas incertos em relação ao tratamento. Os enfermeiros participam nos cuidados de final de vida mas têm um papel pequeno na tomada de decisão.
(Lazzarin et al., 2012)	Moral distress in nurses in oncology and haematology units	Itália	182 enfermeiros (6 centros italianos)	Estudo descritivo e correlacional Escala de sofrimento moral – versão pediátrica	Internamento de Oncologia e Hematologia Pediátrico	13,7% dos enfermeiros revelaram que mudaram de unidade ou hospital devido ao sofrimento moral. 50% consideraram mudar. A relação entre sofrimento moral, qualificações académicas, anos de experiência e estado civil foi insignificante. Enfermeiros a trabalhar part-time tinham nível mais baixo de sofrimento moral. Gestão farmacológica da dor e relação com a criança e família em cuidados em final de vida foram identificados com níveis mais altos de sofrimento moral.
(Leff, 1982)	Dilemmas in practice. Keeping a promise.	EUA		Estudo de caso	Internamento de Oncologia Pediátrico	Os enfermeiros têm prioridades de cuidados diferentes entre si. Identifica a importância da reflexão dos cuidados e discussão entre a equipa.
(Maguire et al., 2012)	NICU Nurses' Lived Experiences: caring for infants with neonatal abstinence syndrome.	EUA	16 enfermeiros	Estudo fenomenológico	UCIN	Definição de agência e sofrimento morais Educação e falta de competências apontadas como causas de sofrimento moral.

(Mekechuk, 2006)	Moral distress in the pediatric intensive care unit: the impact on pediatric nurses	Canadá		Estudos de caso	UCIP	Definição de sofrimento moral Artigo reflexivo no que diz respeito às causas e consequências
(Molloy et al., 2015)	Moral distress in the resuscitation of extremely premature infants	Canadá	15 enfermeiros	Análise qualitativa secundária	UCIN	5 temas identificados: incerteza, dúvidas acerca do consentimento informado (pais são obrigados a tomar decisões em situações stressantes), perspectivas diferentes (vozes dos enfermeiros são silenciadas), percepção de sofrimento e dano causado à criança, estra com a família da criança Fadiga de compaixão identificada como consequência do sofrimento moral Estratégias identificadas.
(Montagnino & Ethier, 2007)	The experiences of pediatric nurses caring for children in a persistent vegetative state	EUA	8 enfermeiros	Estudo fenomenológico		Temas encontrados: incerteza, receio que a criança experencia dor e sofrimento, questionamento dos cuidados prestados Os enfermeiros têm pouco peso na tomada de decisão O seio cultural influencia a vivência do sofrimento moral
(Morgan, 2009)	Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse	EUA		Revisão de literatura	UCIN, UCIP e serviço de internamento	O sofrimento moral pode originar sentimentos de raiva e desamparo Vozes dos enfermeiros sem poder. Dificuldades na comunicação e falta de conhecimentos para prestar cuidados paliativos foram identificados como barreiras internas. Falta de trabalho de equipa, educação, pessoal administrativo apontado como barreiras externas. Burnout e mudança de emprego apontadas como consequências do sofrimento moral.
(Passos dos Santos, 2016)	Vivências morais e sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde.	Brasil	9 enfermeiros	Estudo qualitativo - tese	Crianças com necessidades especiais	Agência moral Identifica estratégias e a importância do sofrimento moral
(Passos dos Santos et al., 2018)	As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em	Brasil	Artigos publicados 2000-2017	Revisão de literatura	UCIP	Raiva, culpa, frustração e impotência Cuidados em final de vida e dificuldades na comunicação Conceito de envolvimento nos cuidados Agente e coragem morais

	unidade de terapia intensiva					Estratégias: educacional, organizacional, administrativa, autoconhecimento, promoção de insight e resiliência
(Passos dos Santos et al., 2019)	The moral experiences of paediatric nurses in Brazil: engagement and relationships	Brasil	9 enfermeiros	Estudo qualitativo	3 enfermeiros do internamento de pediatria; 3 da UCIP; 3 da UCIN	Descrição de experiências positivas com o sofrimento moral. Reflexão sobre o impacto da envolvimento nos cuidados, autonomia, relação hierárquica no sistema de saúde Partilha de histórias e dificuldades apontada como estratégia. Causas para sofrimento moral
(Pergert et al., 2019)	Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences	Suécia	157 enfermeiros 55 médicos 66 assistentes de enfermagem	Estudo nacional Escala sueca do sofrimento moral	Oncologia pediátrica	Sofrimento moral é um conceito multidimensional. É visto como um fenómeno negativa e uma ameaça Estudo compara os níveis e diferentes perspetivas do sofrimento moral entre médicos e enfermeiros Causas, sintomas e consequências do sofrimento moral Descrição do efeito crescente Sofrimento moral mais alto em enfermeiros com graus académicos mais altos Foca-se mais na força moral do que na impotência.
(Prentice et al., 2016)	Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review	Austrália e Canadá	13 estudos 1985-2015	Revisão de literatura	UCIN e UCIP	Diferentes conceitos de sofrimento moral entre médicos e enfermeiros. Os enfermeiros focam-se mais nos aspetos emocionais e psicológicos. O termo sofrimento moral não é usado na prática clínica, o que dificulta a investigação empírica. Sofrimento moral vs dilema moral Temas: causas do sofrimento moral (cuidados que prolongam o sofrimento); A importância do trabalho em equipa Estudos focam-se nos enfermeiros (mais próximos do doente, maior número, empreendimento moral dos enfermeiros) Dá mais ênfase ao clima ético do que aos efeitos psicológicos do sofrimento moral. Impacto controverso da educação. Graus académicos elevados – maior consciência das questões éticas vs Graus

						acadêmicos elevados – aumento da qualidade dos cuidados – menos sofrimento moral Sem estudos longitudinais Mais importante do que definir sofrimento moral será identificar estratégias para o aliviar A investigação deve envolver diversos profissionais e pais das crianças.
(Prentice et al., 2018)	The use and misuse of moral distress in neonatology	Austrália		Estudo de caso	UCIN	Todos os membros da equipa têm direito de verbalizar a sua opinião Identifica a importância do sofrimento moral das famílias. Consciência da subjetividade moral permite ao profissional partilhar o peso da responsabilidade moral Resiliência moral Alivia o sofrimento moral Exaustão e problemas pessoais afetam a capacidade de lidar com o sofrimento moral Identifica estratégias para a resiliência moral, sensibilidade moral e importância de coragem moral. O líder da equipa deve ser um exemplo
(Prentice et al., 2021)	Moral distress in neonatology	Austrália	386 enfermeiros 140 médicos	Estudo longitudinal – 18 meses	UCIN	90% dos participantes são femininos Sofrimento moral ocorreu em 15% das situações Diminuição do sofrimento moral com o internamento. Dia 98 com a taxa mais baixa 5.6% Causas para o sofrimento moral: relacionadas com a criança, relacionadas com a família da criança e decisões tomadas pelos pais, relacionadas com a gestão e com o prestador de cuidados. Sofrimento moral dos enfermeiros de 16,9% Cuidados desnecessários identificados com a principal causa Sofrimento moral é complexo e heterogêneo. Necessita de intervenções multifacetadas. Estratégias identificadas
(Pye, 2013)	Exploring moral distress in pediatric oncology: a sample of registered practitioners	EUA	4 enfermeiros 4 médicos	Estudo qualitativo	Oncologia pediátrica	Temas: tomada de decisão, conflitos sobre excess de tratamentos e suspensão de tratamento, a importância da comunicação dentro da equipa. Identifica causas e estratégias

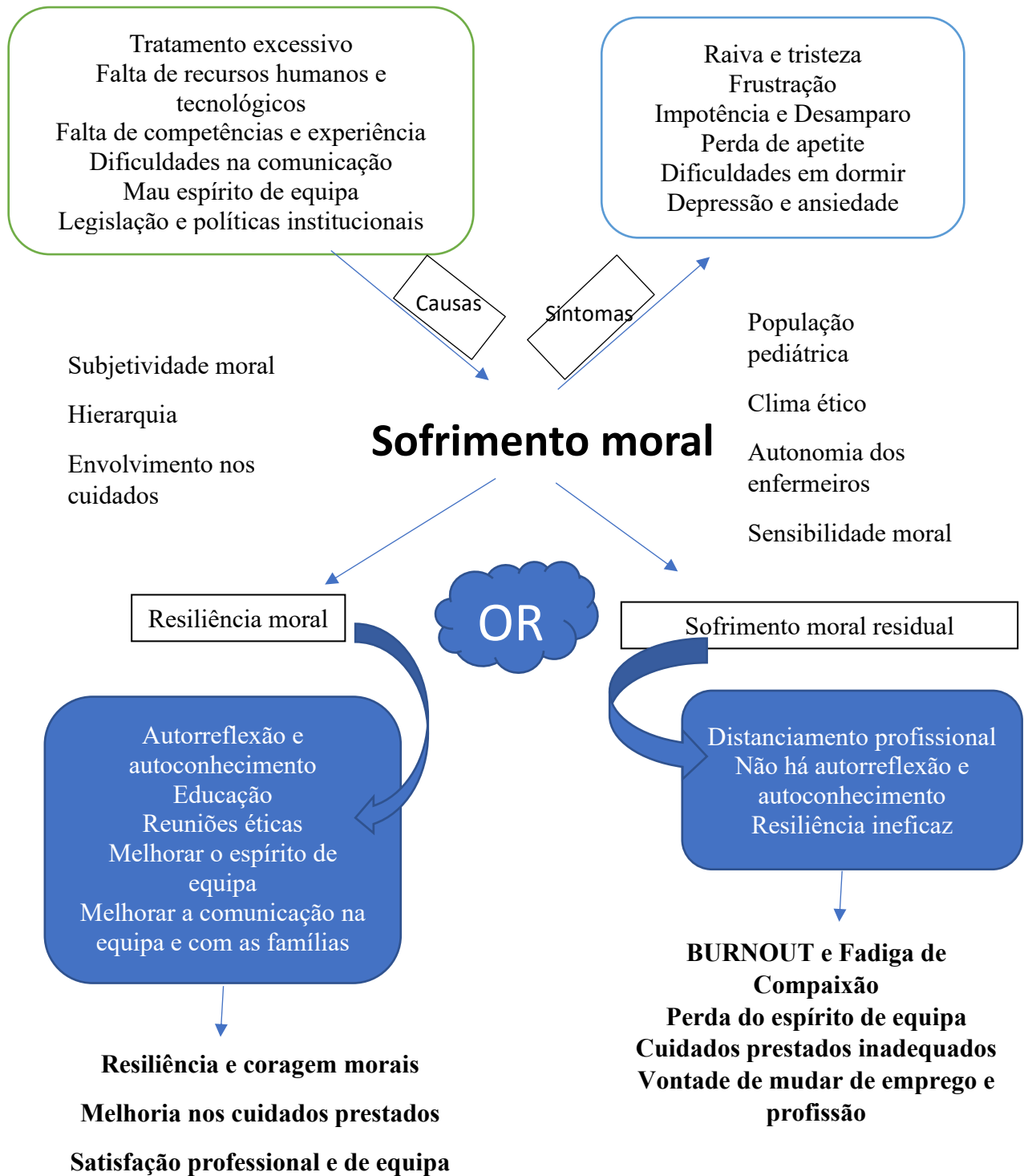
(Saleh et al., 2019)	Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit	Irão	172 enfermeiros	Estudo descritivo e correlacional	UCIN	65% dos enfermeiros revelaram ter sofrimento moral. Este é dependente do ambiente institucional e a área dos cuidados Fadiga de compaixão identificada como consequência.
(Sannino et al., 2019)	Moral distress in the Pediatric Intensive Care Unit: An Italian Study	Itália	136 enfermeiros	Estudo transversal Escala do sofrimento moral- versão pediátrica	UCIP	Causas: Cuidados em final de vida (prolongar do sofrimento, enfermeiros vêm se como executores) e situações de ressuscitação; colegas incompetentes 25% dos enfermeiros querem deixar a profissão devido ao sofrimento moral Níveis mais altos em enfermeiros mais novos e com menos experiência Estratégias: reuniões com os membros da família e multidisciplinares
(Sauerland et al., 2015)	Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II	EUA	53 enfermeiros	Escala do sofrimento moral- versão pediátrica e questionário hospitalar sobre o clima ético		17% dos enfermeiros abandonaram a profissão devido ao sofrimento moral Causas: falta de recursos humanos, trabalhar com enfermeiros e médicos incompetentes, realizar procedimentos desnecessários, continuar com medidas de suporte de vida. Intervenções para promover o clima ético e aliviar o sofrimento moral Definição de sensibilidade ética e comunidade moral
(Silverman, 2000)	Proximate moral anguish	EUA	1 enfermeiro	Papel de opinião	UCIN	Cuidados prolongados vs suspender tratamentos (“Once on the train, it is hard to get off”) Enfermeiros consideram ser pior tratamentos prolongados e desnecessários do que sub-tratamento Médicos mais preocupados sobre quem deve decidir- a família ou os médicos A importância de uma relação próxima entre doentes e enfermeiros
(Sørlic et al., 2003)	The meaning of being ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female Registered Nurses	Noruega	20 enfermeiros	Estudo fenomenológico	Serviços de internamento de pediatria	O contexto pediátrico é desafiante Falta de autonomia foi identificada Enfermeiras mais novas tinham níveis mais altos Tratamento fútil identificado como causa Enfermeiros sem voz

(Thomas et al., 2016)	A qualitative Study exploring moral distress among Pediatric Resuscitation Team Clinicians: Challenges to Professional Integrity	EUA	5 enfermeiros 15 médicos 5 terapeutas respiratórios	Estudo qualitativo e exploratório	UCIP	O foco do estudo é a equipa e o líder Diferenças entre médicos e enfermeiros Enfermeiros sem voz e sentimentos de incerteza Sofrimento moral residual
(Tiedje, 2000)	Moral distress in perinatal nursing	EUA	Conceito de sofrimento moral	Revisão de literatura	Enfermagem perinatal	Definição de competência em saúde A importância das crenças individuais sobre qualidade de vida Processo do sofrimento moral: reconhecimento, experiência do stress emocional, reflexão, seleção de estratégias, ação. Estratégias para o trabalho moral As enfermeiras que abandonam a profissão devido ao sofrimento moral serão as mais atentas às questões éticas e que mais defendem os interesses dos doentes
(Twomey, 2000)	Ethical voices of Pediatric Mental Health Nurses	EUA	20 enfermeiros	Estudo etnográfico	Enfermagem pedopsiquiátrica	Causas para o sofrimento moral: prender os doentes quando não se conseguiam autorregular; isolamento das crianças; cuidados dependentes de seguros de saúde; ensaios de medicação; enfermeiros pressionados a não ter relações próximas com os doentes
(Ventovaara et al., 2021)	Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing	Finlândia	169 enfermeiros	Estudo quantitativo	Oncologia pediátrica	Situações raras mas altamente stressantes Conflitos da equipa discutidos à frente de pessoas não envolvidas Falta de recursos e tempo para os cuidados Estratégias identificadas
(Wall et al., 2016)	Organizational influences on health professionals' experiences of moral distress in PICU's	Canadá	7 enfermeiros 3 dieticians 1 respiratory therapist 1 social worker 4 medics	Estudo nacional	UCIP	Sofrimento moral é uma resposta negativa a problemas no trabalho. É influenciado por aspetos internos e da organização. É indicador do ambiente da instituição. Estrutura analítica (empatia, cognição e memória) Sociedade, instituições e relações no trabalho influenciam os objetivos profissionais Enfermeiros enalteceram os conflitos com a gestão. Foram punidos por darem a sua opinião. Os enfermeiros são ouvidos mas não tidos em consideração. Hierarquia influencia a capacidade de tomada de decisão dos profissionais

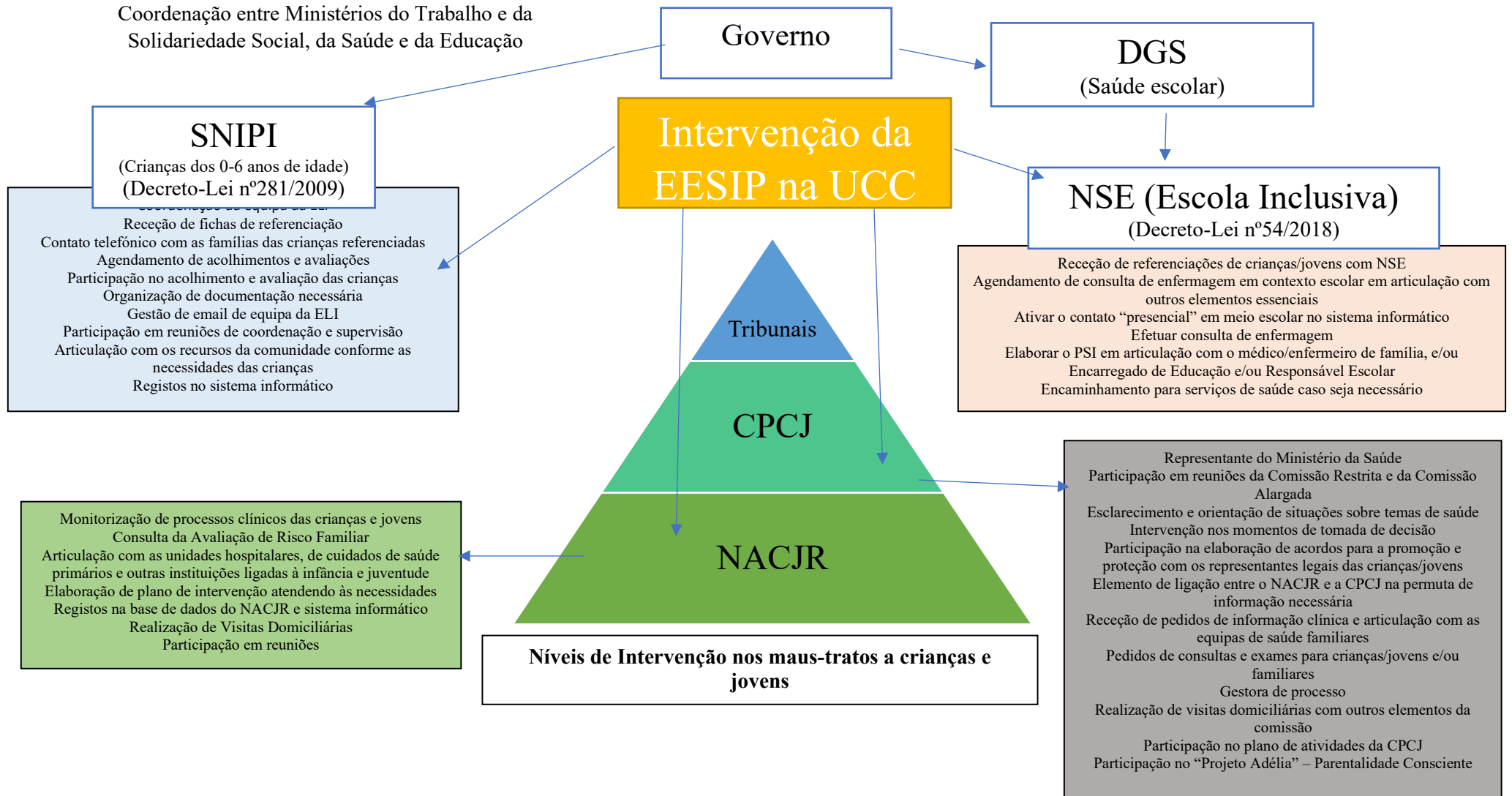
						Suporte e recursos (não haver tempo após a morte de uma criança). Falta de recursos humanos. Suporte social, tratamento fútil, custos financeiros Estratégias: reuniões formais, papel do eticista, suporte formal e da liderança, importância da continuidade de cuidados para o luto do profissional em caso de mau prognóstico A importância do suporte e ajuda dentro das equipas
(Webb et al., 2014)	Ethical issues related to caring for low-birth-weight infants	EUA	16 enfermeiros	Estudo fenomenológico	UCIN	Causas para o sofrimento moral: provocar dor e desconforto aos prematuros, continuação de tratamento com mau prognóstico Enfermeiros revelaram ser preocupante os pais tomarem decisões sem terem noção das consequências e prognóstico
(Welborn, 2019)	Moral distress of nurses surrounding neonatal abstinence syndrome: Application of a theoretical framework	EUA		Revisão de literatura Modelo teórico de Barlem e Ramos sobre o sofrimento moral		A importância dos princípios éticos na prática da enfermagem 2 caminhos quando sofrimento moral ocorre: resiliência moral ou sofrimento moral residual
(Wiggs, 2011)	Case study: Baby John-nursing reflections on moral angst	EUA		Estudo de caso		Reflexão sobre os princípios éticos e o processo de tomada de decisão
(Wocial et al., 2017)	Pediatric Ethics and Communication Excellence (PEACE) Rounds decreasing moral distress and Patient Length of stay in the PICU	EUA	32 enfermeiros preencheram formulários antes e após a implementação do projeto 10 médicos	Escala do sofrimento moral Termómetro do sofrimento moral	UCIP	Sofrimento moral é um sentimento que ocorre quando a integridade moral de um profissional é comprometida. Influenciado pela população de quem se cuida. Programa baseado em consultas de mentoria e suporte ético Há a necessidade de estudos longitudinais
(Woods, 2011)	Case commentary: Baby John	Nova Zelândia		Comentário		Tratamento fútil como principal causa Os enfermeiros espelham o sofrimento moral dos pais

(Yam et al., 2001)	Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong	Hong Kong	10 enfermeiros	Estudo qualitativo exploratório	UCIN	Sufrimento moral relacionado com tratamento fútil. Gera sentimentos de ambivalência e desamparo.
--------------------	--	-----------	----------------	---------------------------------	------	--

Apêndice 4: Esquema da análise do sofrimento moral



Apêndice 5: Diagrama sobre a intervenção da EESIP na UCC



Apêndice 6: Sessão de formação da UCC

Diapositivo 1



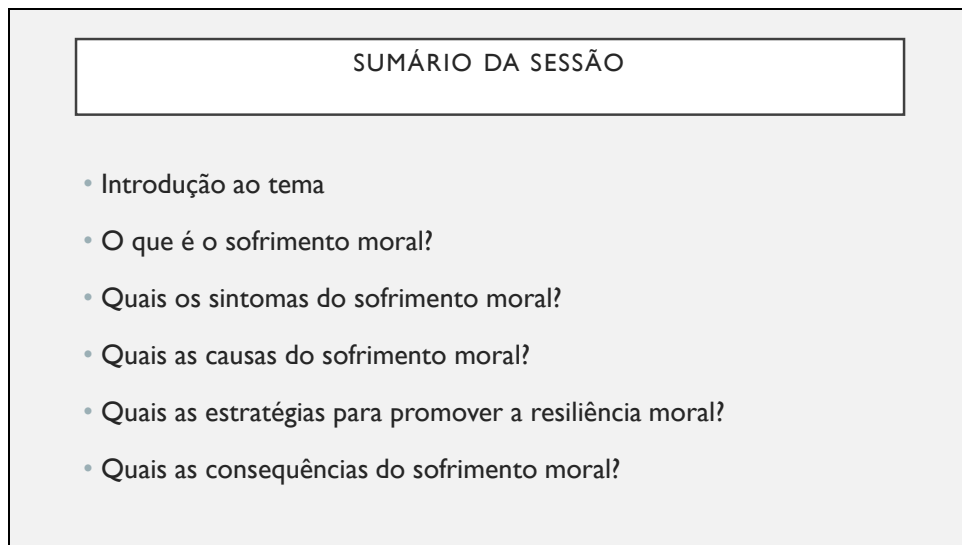
O SOFRIMENTO
MORAL EM
CUIDADOS DE
SAÚDE PEDIÁTRICOS

Elaborado por:
Enfermeira Cristina Miranda
(estudante de Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa)

26 de Julho de 2022



Diapositivo 2



SUMÁRIO DA SESSÃO

- Introdução ao tema
- O que é o sofrimento moral?
- Quais os sintomas do sofrimento moral?
- Quais as causas do sofrimento moral?
- Quais as estratégias para promover a resiliência moral?
- Quais as consequências do sofrimento moral?

Diapositivo 3

INTRODUÇÃO AO TEMA

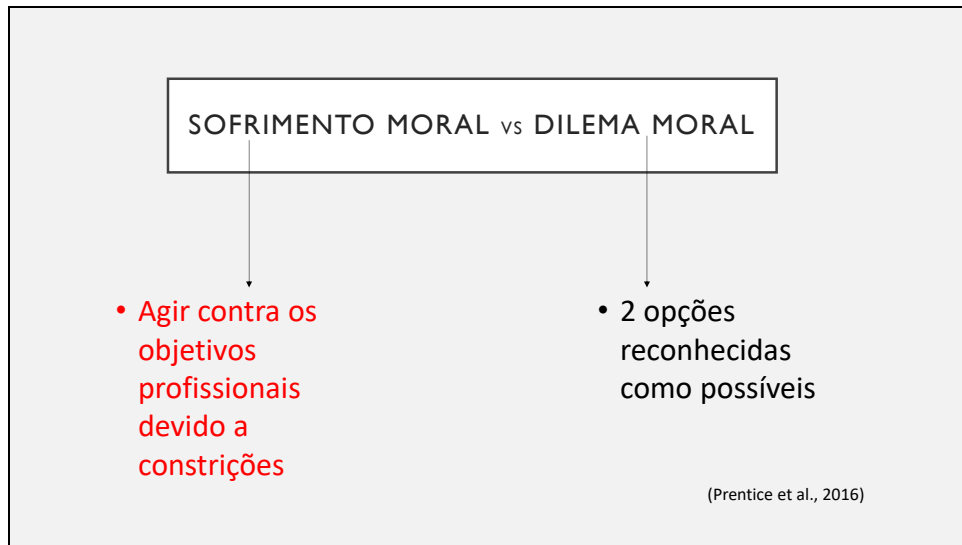
- A moral é um saber socialmente construído numa determinada época (Schaefer, 2017).
- Agir moralmente tem por base regras sociais, princípios e valores do próprio, conferindo sentido à vida e ao bem-estar subjetivo (Schaefer, 2017).
- Logo, quando um profissional age contra a sua moral torna essa ação numa ação imoral.
- O conceito de sofrimento moral começou por ser reconhecido formalmente por Andrew Jameton em 1984 (Jameton, 2017).

Diapositivo 4

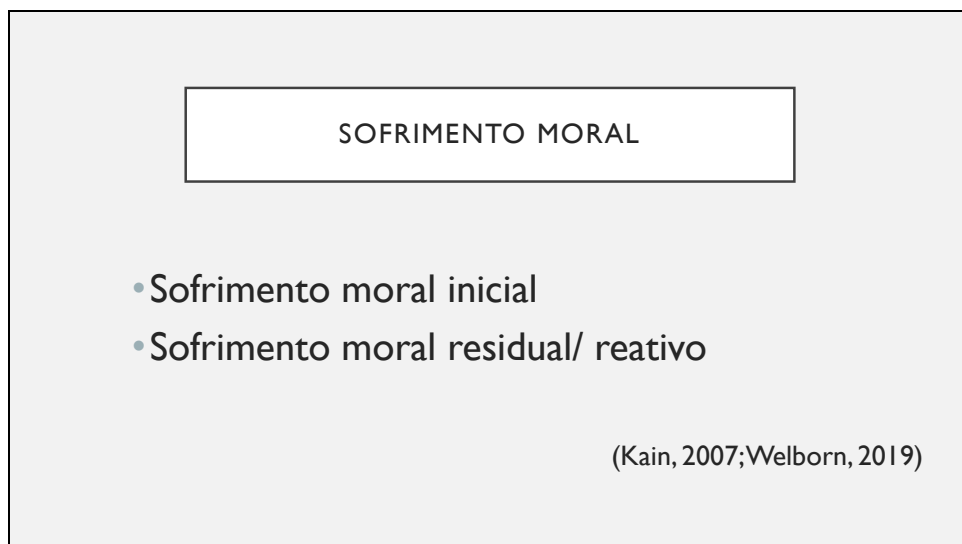
O QUE É O SOFRIMENTO MORAL?

- Fenómeno que ocorre quando um profissional é impossibilitado de agir de forma que considera correta (Jameton, 2017). Desta forma, age inadequadamente contra as suas convicções morais.
- O sofrimento moral varia entre indivíduos consoante as suas obrigações profissionais e valores (Karakachian & Colbert, 2017).
- Pode causar desequilíbrio interno, atingir a mente, corpo ou relações (Fachini et al., 2017).

Diapositivo 5



Diapositivo 6



Diapositivo 7

SOFRIMENTO MORAL INICIAL

- Fase aguda quando um profissional encontra obstáculos e conflitos com outros sobre os seus próprios valores.
- Gera sentimentos de frustração, raiva e ansiedade.

(Kain, 2007)

Diapositivo 8

SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL/ REATIVO

- Experienciado quando o sofrimento moral inicial não é resolvido (Kain, 2007).
- Estado de estagnação na incerteza (Welborn, 2019).
- Associado a sentimentos de impotência e de normalidade.
- Aumenta comportamentos não reativos e passivos em relação a problemas morais (Welborn, 2019).

Diapositivo 9

CLIMA ÉTICO

- Ambiente que proporciona ou oprime a exposição de conflitos morais.
- Quanto melhor for o clima ético da melhor forma se resolve o sofrimento moral.

(Sauerland et al., 2015)

Diapositivo 10

<div style="background-color: #00a0e3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">SOFRIMENTO MORAL</div> <ul style="list-style-type: none">• Impossibilidade de agir conforme o que considero correto.	<div style="background-color: #00a0e3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">BURNOUT</div> <ul style="list-style-type: none">• Exaustão emocional, física e mental causada pelo ambiente de trabalho.• Pode levar à despersonalização e ao desinteresse.	<div style="background-color: #00a0e3; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">FADIGA DE COMPAIXÃO</div> <ul style="list-style-type: none">• Cansaço físico, mental e emocional relacionado com o cuidar de pessoas em sofrimento e dor.
---	---	--

(American Association of Critical-Care Nurses, 2020)

Diapositivo 11

QUAIS OS SINTOMAS DO SOFRIMENTO MORAL?

- Uma das principais dificuldades é o seu reconhecimento (AACCN, 2020).
- O sofrimento moral afeta os profissionais a nível emocional, psicológico e até mesmo físico! (Rodney, 2017)

<div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">EMOCIONAIS</div> <ul style="list-style-type: none">• Frustração• Raiva• Ansiedade• Culpa• Tristeza• Impotência• Rejeição/afastamento	<div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">PSICOLÓGICOS</div> <ul style="list-style-type: none">• Depressão• Exaustão emocional• Perda de autoestima• Pesadelos• Diminuição da satisfação profissional• Despersonalização dos cuidados	<div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">FÍSICOS</div> <ul style="list-style-type: none">• Dores musculares• Cefaleias• Palpitações• Cervicalgias• Diarreia• Vômitos <p style="text-align: right; font-size: small;">AACCN (2020)</p>
---	---	--

Diapositivo 12

QUAIS AS CAUSAS DO SOFRIMENTO MORAL?

Auto /EU

Equipa

Liderança/ Gestão

Diapositivo 13

QUAIS AS CAUSAS DO SOFRIMENTO MORAL?

Auto /EU

- Cuidado desproporcionado às necessidades da criança/jovem (Prentice et al., 2021).
- Relacionados com os cuidados à família (Passos dos Santos et al., 2018).
- Reconhecimento pessoal da falta de conhecimentos necessários para as funções que desempenha (Maguire et al., 2012).
- Trabalhar com colegas que não reconhecemos como competentes (Karakachian & Colbert, 2017).

Diapositivo 14

QUAIS AS CAUSAS DO SOFRIMENTO MORAL?

Equipa

- Clima ético opressivo (Pye, 2013)
- Vozes silenciadas numa equipa (Passos dos Santos et al., 2018)
- Dificuldades na comunicação (Pye, 2013)
- Níveis inadequados de recursos humanos (Pergert et al. 2019)
- Bullying (AACCN, 2020).

Diapositivo 15

QUAIS AS CAUSAS DO SOFRIMENTO MORAL?

Liderança/ Gestão

- Níveis inadequados de recursos humanos e materiais
- Legislação e protocolos estabelecidos
- Hierarquia rígida
- Dificuldades na comunicação
- Ênfase nos custos monetários

(AACCN, 2020)

Diapositivo 16

FATORES QUE INFLUENCIAM A OCORRÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL

- Autonomia profissional (Fachini et al., 2017)
- Hierarquia instituída (Wall et al., 2016)
- Diferentes objetivos de cuidados entre diferentes profissionais (De Boer et al., 2015)
- Situação em causa (Fachini et al., 2017)

Diapositivo 17

- NÃO É POSSÍVEL ERRADICAR O SOFRIMENTO MORAL! (Passos dos Santos et al., 2018)
- Literatura não é clara no quando e como se devem aplicar estratégias para lidar com o sofrimento moral (Prentice et al., 2021).
- Devemos apostar numa cultura de prevenção das consequências negativas do sofrimento moral.

2 CAMINHOS (WELBORN, 2019)

```
graph TD; A[2 CAMINHOS (WELBORN, 2019)] --> B[RESILIÊNCIA MORAL]; A --> C[SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL/REATIVO];
```

O diagrama mostra um retângulo centralizado com o texto "2 CAMINHOS (WELBORN, 2019)". Duas setas apontam para dois retângulos inferiores. O retângulo à esquerda é amarelo e contém o texto "RESILIÊNCIA MORAL", com um ícone de um personagem de desenho animado ao lado. O retângulo à direita é cinza e contém o texto "SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL/REATIVO".

Diapositivo 18

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A RESILIÊNCIA MORAL

Auto /EU

- Auto- conhecimento e reflexão
 - 4A's AACCN framework - **Ask/ Affirm/ Assess/ Act** (McCue, 2010)
 - Porque esta situação causa-me sofrimento moral?
 - Toda a gente está a pensar o mesmo que eu?
 - Podemos alterar os fatores que levaram ao sofrimento moral?
 - Como posso partilhar as minhas preocupações de forma fundamentada? (Prentice et al., 2018)
- Ter uma rede de suporte informal e formal
- Procurar oportunidades de formação

(AACCN, 2020)

Diapositivo 19

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A RESILIÊNCIA MORAL

Equipa

- Promover um clima ético saudável
- Melhorar a comunicação entre os colegas, com as crianças/ jovens e famílias
- Procurar oportunidades de formação
- Em equipa decidir as estratégias necessárias que melhor resultam no vosso contexto
- Ter um Team Coach (De Grazia et al., 2021)
- Proporcionarem momentos informais para a equipa partilhar situações

(AACCN, 2020)

Diapositivo 20

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A RESILIÊNCIA MORAL

Liderança/ Gestão

- Exemplos a seguir (Wall et al., 2016)
- Estimular o clima ético saudável
- Agilizar recursos humanos e materiais
- Promover educação nas áreas da comunicação, ética e necessidades educacionais específicas do contexto
- Criar um comité ético (Passos dos Santos et al., 2018)

(AACCN, 2020)

Diapositivo 21

CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS DO SOFRIMENTO MORAL

- RESILIÊNCIA MORAL (Karakachian & Colbert, 2017)
- Desenvolvimento pessoal e profissional (Pergert et al., 2019)
- Retenção de profissionais (Pergert et al., 2019)
- MELHORIA DOS CUIDADOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIAS (Wall et al., 2016)

Diapositivo 22

ESTRATÉGIAS PARA O SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL

- A não identificação de um problema moral (Mekechuk, 2006)
- Evitar situações que possam originar problemas éticos (Welborn, 2019)
- Trabalho de equipa inadequado (Wall et al., 2016)
- Não mostrar disponibilidade para ouvir preocupações dos colegas (AACCN , 2020)
- Liderança ineficaz e castradora

Diapositivo 23

CONSEQUÊNCIAS DO SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL

- Burnout (De Grazia et al., 2021)
- Fadiga de compaixão (Welborn, 2019)
- Desinteresse profissional (Pergert et al., 2019)
- Prestação de cuidados inadequada (Prentice et al., 2018)
- Profissionais doentes a cuidar de crianças/ jovens e famílias que precisam de ajuda (Fachini et al., 2017)
- Abandono do emprego e da profissão (Pergert et al., 2019)

Diapositivo 24

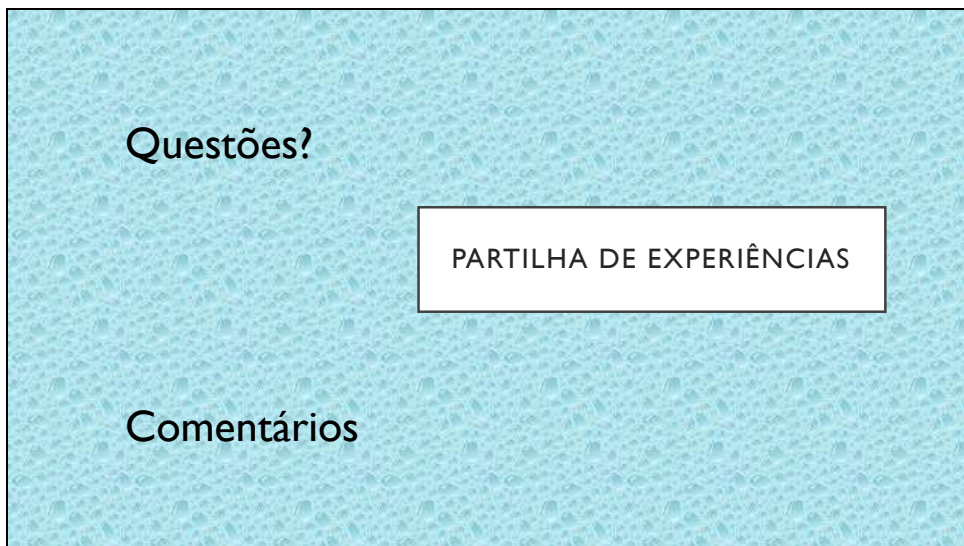
CONCLUSÃO

- O sofrimento moral é um fenómeno subjetivo influenciado por vários fatores.
- Não é possível acabar com o sofrimento moral.
- Transformar uma dificuldade numa possibilidade de aprendizagem e evolução.
- Devemos agir com vista à resiliência moral e apostar numa cultura de prevenção.
- Não devemos perder o foco !

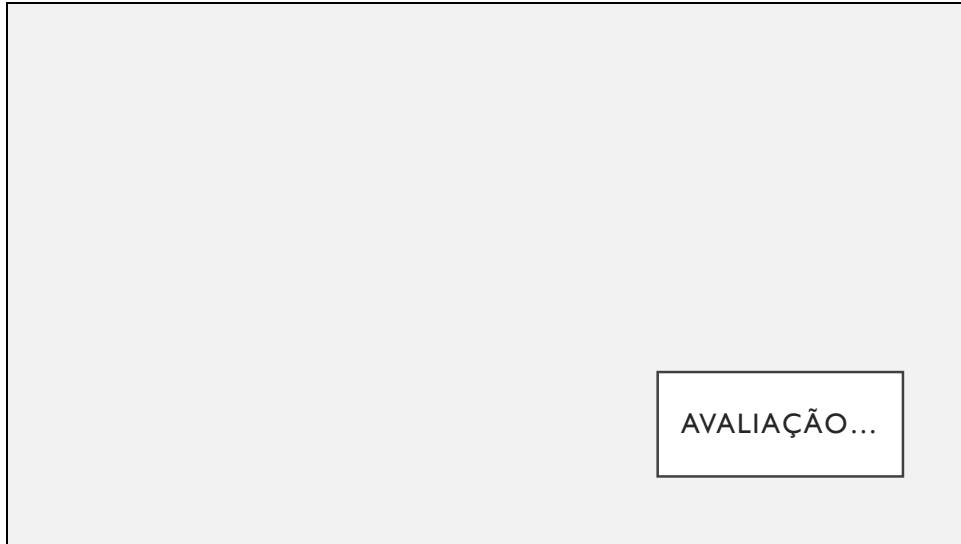
Diapositivo 25



Diapositivo 26



Diapositivo 27



Diapositivo 28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<ul style="list-style-type: none">• American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf. Acedido 1 de Março 2022.• American Association of Critical-Care Nurses (2022), Moral distress in Nursing: What you need to Know. Disponível em https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress. Acedido 1 de Março 2022.• de Boer, J. C., van Rosmalen, J., Bakker, A. B., & van Dijk, M. (2016). Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. <i>Nursing in Critical Care</i>, 21(3), e19-27. https://doi.org/10.1111/nicc.12206• DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitmore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative. <i>American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses</i>, 30(2), 95–102.• Fachini, J., S., A. . V. .; Lima, Rita. (2017). <i>FACHINI, J. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica Moral distress of workers from a pediatric ICU</i> Janaína Sortica Fachini, Adriana Vilma Scrigni, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. [S. L.]. 2017.• Jameton, A. (2017) What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. <i>American Medical Association Journal of Ethics</i>, 19(6), 617-628.

Diapositivo 29

- Kain, V. J. (2007). Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5), 243–248. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.5.23495>
- Karakachian, A., & Colbert, A. (2017). Moral distress: A case study. *Nursing*, 47(10), 13–15. *Perinatal Association*, 27(4), 201–202. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211679>
- Maguire, D., Webb, M., Passmore, D., & Cline, G. (2012). NICU nurses' lived experience: Caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 12(5), 281–285. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182677bc1>
- McCue, C. (2010). Using the AACN Framework to Alleviate Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1). Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html?css=print> Acedido 19 de Abril 2022.
- Mekechuk, J. (2006). Moral distress in the pediatric intensive care unit: The impact on pediatric nurses. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(4–5), i–vi. <https://doi.org/10.1108/13660750610683215>
- Passos dos Santos, R., Tatsch Neves, E., & Carnevale, F. (2019). The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships. *Nursing Ethics*, 26(5), 1566–1578. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733017753744>
- Pergert, P., Bartholdson, C., Blomgren, K., & Af Sandeberg, M. (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/0969733018809806>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 701–708. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410>
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>

Diapositivo 30

- Prentice, T. M., Janvier, A., Gillam, L., Donath, S., & Davis, P. G. (2021). Moral Distress in Neonatology. *Pediatrics*, 148(2), e2020031864. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-031864>
- Pye, K. (2013). Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 248–261. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.812693>
- Rodney, P.A. (2017). What We Know About Moral Distress. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S7–S10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04>
- Schaefer, R. (2017) *Sofrimento moral: avaliação de resso em enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. ISBN 978-989-20-7810-6. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24202/1/PhD_Rafaela%20Schaefer.pdf Acedido em 12 de Março 2022.
- Santos, R., P.; Garros, D.; Carnevale, F. (2018). *As difíceis decisoes na pratica pediatrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva*.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II: neonatal and pediatric perspectives. *Dimensions of Critical Care Nursing : DCCN*, 34(1), 33–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000083>
- Wall, Sarah; Austin, Wendy J.; Garros, Daniel. (2016). *Organizational influences non health professionals experiences of moral distress in picu*.
- Welborn, A. (2019). Moral distress of nurses surrounding neonatal abstinence syndrome: Application of a theoretical framework. *Nursing Forum*, 54(4), 499–504. <https://doi.org/10.1111/nuf.12362>

Autoavaliação do Sofrimento Moral

Use o termómetro para avaliar o nível de sofrimento moral de 0-10.

Selecione os sintomas que tenha identificado.



EMOCIONAIS

- Frustração
- Raiva
- Ansiedade
- Culpa
- Tristeza
- Impotência
- Rejeição/afastamento

PSICOLÓGICOS

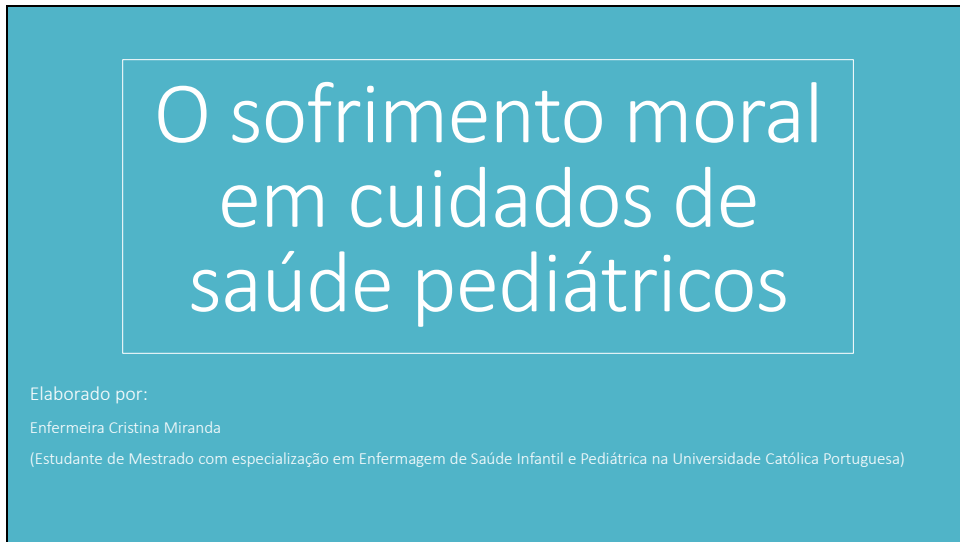
- Depressão
- Exaustão emocional
- Perda de autoestima
- Pesadelos
- Diminuição da satisfação profissional
- Despersonalização dos cuidados

FÍSICOS

- Dores musculares
- Cefaleias
- Palpitações
- Cervicalgias

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 25 de Julho 2022.

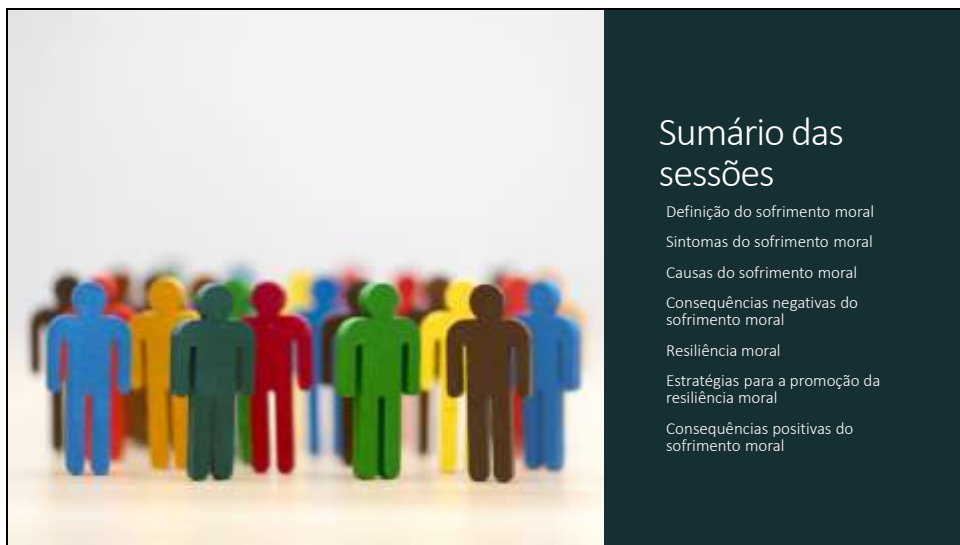
Apêndice 8: Sessão de formação para a Unidade de Neonatologia sobre o sofrimento moral
Diapositivo 1



O sofrimento moral
em cuidados de
saúde pediátricos

Elaborado por:
Enfermeira Cristina Miranda
(Estudante de Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa)

Diapositivo 2



Sumário das
sessões

- Definição do sofrimento moral
- Sintomas do sofrimento moral
- Causas do sofrimento moral
- Consequências negativas do sofrimento moral
- Resiliência moral
- Estratégias para a promoção da resiliência moral
- Consequências positivas do sofrimento moral

Diapositivo 3

<h2>Definição do sofrimento moral</h2>	<p>O conceito de sofrimento moral começou por ser reconhecido formalmente por Andrew Jameton em 1984 (Jameton, 2017).</p> <p>Fenómeno que ocorre quando um profissional é impossibilitado de agir de forma que considera correta (Jameton, 2017). Desta forma, age inadequadamente contra as suas convicções morais.</p> <p>É diferente de dilema moral (2 opções reconhecidas como possíveis). (Prentice et al., 2016)</p> <p>O sofrimento moral varia entre indivíduos consoante as suas obrigações profissionais e valores (Karakachian & Colbert, 2017).</p>
--	--

Diapositivo 4

SOFRIMENTO MORAL	BURNOUT	FADIGA DE COMPAIXÃO
<ul style="list-style-type: none">• Impossibilidade de agir conforme o que considero correto.	<ul style="list-style-type: none">• Exaustão emocional, física e mental causada pelo ambiente de trabalho.• Pode levar à despersonalização e ao desinteresse.	<ul style="list-style-type: none">• Cansaço físico, mental e emocional relacionado com o cuidar de pessoas em sofrimento e dor.

(American Association of Critical-Care Nurses, 2020)

Diapositivo 5

Definição de sofrimento moral

Sofrimento moral inicial
Fase aguda quando um profissional encontra obstáculos e conflitos com outros sobre os seus próprios valores. (Kain, 2007)

Sofrimento moral residual/ reativo
Experienciado quando o sofrimento moral inicial não é resolvido (Kain, 2007).
Estado de estagnação na incerteza (Welborn, 2019).
Associado a sentimentos de impotência e de normalidade.
Aumenta comportamentos não reativos e passivos em relação a problemas morais (Welborn, 2019).

Diapositivo 6

Sintomas do sofrimento moral

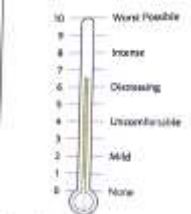
Uma das principais dificuldades é o seu reconhecimento (AACCN, 2020).
Pode causar desequilíbrio interno, atingir a mente, corpo ou relações (Fachini et al., 2017).
O sofrimento moral afeta os profissionais a nível emocional, psicológico e até mesmo físico! (Rodney, 2017)

<div style="background-color: #e0f0ff; padding: 5px;">EMOCIONAIS</div> <ul style="list-style-type: none">• Frustração• Raiva• Ansiedade• Culpa• Tristeza• Impotência• Rejeição/afastamento	<div style="background-color: #e0f0ff; padding: 5px;">PSICOLÓGICOS</div> <ul style="list-style-type: none">• Depressão• Exaustão emocional• Perda de autoestima• Pesadelos• Diminuição da satisfação profissional• Despersonalização dos cuidados	<div style="background-color: #e0f0ff; padding: 5px;">FÍSICOS</div> <ul style="list-style-type: none">• Dores musculares• Cefaleias• Palpitações• Cervicalgias• Diarreia• Vômitos <p style="text-align: right; font-size: small;">AACCN (2020)</p>
---	---	--

Diapositivo 7

Autoavaliação do Sofrimento Moral

Use o termómetro para avaliar o nível de sofrimento moral de 0-10.
Selecione os sintomas que tenha identificado.



PSICOLÓGICOS

- Depressão
- Exaustão emocional
- Perda de autoestima
- Pesadelos
- Diminuição da satisfação profissional
- Despersonalização dos cuidados

EMOCIONAIS

- Frustração
- Raiva
- Ansiedade
- Culpa
- Tristeza
- Impotência
- Rejeição/afastamento

FÍSICOS

- Dores musculares
- Cefaleias
- Palpitações
- Cervicalgias
- Diarreia
- Vômitos

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 25 de Julho 2022.

Diapositivo 8

Autonomia profissional (Fachini et al., 2017)

Hierarquia instituída (Wall et al., 2016)

Clima ético (Sauerland et al., 2015)

Diferentes objetivos de cuidados entre diferentes profissionais (De Boer et al., 2015)

Situação em causa (Fachini et al., 2017)

Fatores que influenciam a ocorrência do sofrimento moral

Diapositivo 9

Causas do sofrimento moral

Auto /EU

Cuidado desproporcionado às necessidades da criança/jovem (Prentice et al., 2021).

Relacionados com os cuidados à família (Passos dos Santos et al., 2018).

Reconhecimento pessoal da falta de conhecimentos necessários para as funções que desempenha (Maguire et al., 2012).

Trabalhar com colegas que não reconhecemos como competentes (Karakachian & Colbert, 2017).

)Diapositivo 10

Causas do sofrimento moral

Equipa

Clima ético opressivo (Pye, 2013)

Vozes silenciadas numa equipa (Passos dos Santos et al., 2018)

Dificuldades na comunicação (Pye, 2013)

Níveis inadequados de recursos humanos (Pergert et al. 2019)

Bullying (AACCN, 2020).

Diapositivo 11

Causas do sofrimento moral

Liderança/ Gestão

Níveis inadequados de recursos humanos e materiais
Legislação e protocolos estabelecidos
Hierarquia rígida
Dificuldades na comunicação
Ênfase nos custos monetários

(AACCN, 2020)

Diapositivo 12

Consequências negativas do sofrimento moral (residual)

Burnout (De Grazia et al., 2021)

Fadiga de compaixão (Welborn, 2019)

Desinteresse profissional (Pergert et al., 2019)

Prestação de cuidados inadequada (Prentice et al., 2018)

Profissionais doentes a cuidar de crianças/ jovens e famílias que precisam de ajuda
(Fachini et al., 2017)

Abandono do emprego e da profissão (Pergert et al., 2019)

Diapositivo 13



Diapositivo 14

Estratégias para promover a resiliência moral

Auto /EU

Auto- conhecimento e reflexão

4A's AACCN framework - **Ask/ Affirm/ Assess/ Act** (McCue, 2010)

Porque esta situação causa-me sofrimento moral?

Toda a gente está a pensar o mesmo que eu?

Podemos alterar os fatores que levaram ao sofrimento moral?

Como posso partilhar as minhas preocupações de forma fundamentada?

(Prentice et al., 2018)

Ter uma rede de suporte informal e formal

Procurar oportunidades de formação

(AACCN, 2020)

Diapositivo 15

Estratégias para promover a resiliência moral

Equipa

Promover um clima ético saudável

Melhorar a comunicação entre os colegas, com as crianças/ jovens e famílias

Procurar oportunidades de formação

Em equipa decidir as estratégias necessárias que melhor resultam no vosso contexto

Ter um Team Coach (De Grazia et al., 2021)

Proporcionarem momentos informais para a equipa partilhar situações

(AACCN, 2020)

Diapositivo 16

Estratégias para promover a resiliência moral

Liderança/ Gestão

Exemplos a seguir (Wall et al., 2016)

Estimular o clima ético saudável

Agilizar recursos humanos e materiais

Promover educação nas áreas da comunicação, ética e necessidades educacionais específicas do contexto

Criar um comité ético (Passos dos Santos et al., 2018)

(AACCN, 2020)

Diapositivo 17

<p>Consequências positivas do sofrimento moral</p>	<p>RESILIÊNCIA MORAL (Karakachian & Colbert, 2017)</p> <p>Desenvolvimento pessoal e profissional (Pergert et al., 2019)</p> <p>Retenção de profissionais (Pergert et al., 2019)</p> <p>MELHORIA DOS CUIDADOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIAS (Wall et al., 2016)</p>
--	---

Diapositivo 18

<p>Conclusão</p>	<p>O sofrimento moral é um fenómeno subjetivo influenciado por vários fatores.</p> <p>Não é possível acabar com o sofrimento moral.</p> <p>Devemos agir com vista à <u>resiliência moral</u> e apostar numa <u>cultura de prevenção</u>.</p> <p>Transformar uma dificuldade numa possibilidade de aprendizagem e evolução.</p> <p>Não devemos perder o foco !</p>
------------------	---

Diapositivo 19



Muito Obrigada!

Questões?

Cristina Miranda
anaaacristinaa@hotmail.com

Diapositivo 20

Referências bibliográficas

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 1 de Março 2022.

American Association of Critical-Care Nurses (2022), Moral distress in Nursing: What you need to Know. Disponível em <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>. Acedido 1 de Março 2022.

de Boer, J. C., van Rosmalen, J., Bakker, A. B., & van Dijk, M. (2016). Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. *Nursing in Critical Care*, 21(3), e19-27. <https://doi.org/10.1111/nicc.12206>

DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitmore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(2), 95–102.

Fachini, J., S., A., V. ; Lima, Rita. (2017). *FACHINI, J. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica Moral distress of workers from a pediatric ICU* Janaina Sortica Fachini, Adriana Vilma Scrigni, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. [S. L.], 2017.

Jameton, A. (2017) What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *American Medical Association Journal of Ethics*, 19(6), 617-628.

Diapositivo 21

- Kain, V. J. (2007). Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5), 243–248. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.5.23495>
- Karakachian, A., & Colbert, A. (2017). Moral distress: A case study. *Nursing*, 47(10), 13–15. *Perinatal Association*, 27(4), 201–202. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211679>
- Maguire, D., Webb, M., Passmore, D., & Cline, G. (2012). NICU nurses' lived experience: Caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 12(5), 281–285. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182677bc1>
- McCue, C. (2010). Using the AACN Framework to Alleviate Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1). Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html?css=print> Acedido 19 de Abril 2022.
- Mekechuk, J. (2006). Moral distress in the pediatric intensive care unit: The impact on pediatric nurses. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(4–5), i–vi. <https://doi.org/10.1108/13660750610683215>
- Passos dos Santos, R., Tatsch Neves, E., & Carnevale, F. (2019). The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships. *Nursing Ethics*, 26(5), 1566–1578. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733017753744>
- Pergert, P., Bartholdson, C., Blomgren, K., & Af Sandeberg, M. (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/0969733018809806>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 701–708. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410>
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>

Diapositivo 22

- Prentice, T. M., Janvier, A., Gillam, L., Donath, S., & Davis, P. G. (2021). Moral Distress in Neonatology. *Pediatrics*, 148(2), e2020031864. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-031864>
- Pye, K. (2013). Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 248–261. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.812693>
- Rodney, P. A. (2017). What We Know About Moral Distress. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S7–S10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04>
- Schaefer, R. (2017). Sofrimento moral: avaliação de risco em enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. ISBN 978-989-20-7810-6. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24202/1/PhD_Rafaela%20Schaefer.pdf Acedido em 12 de Março 2022.
- Santos, R., P.; Garros, D.; Carnevale, F. (2018). *As difíceis decisoes na pratica pediatrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva*.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II: neonatal and pediatric perspectives. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 34(1), 33–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000083>
- Wall, Sarah; Austin, Wendy J.; Garros, Daniel. (2016). *Organizational influences non health professionals experiences of moral distress in picu*.
- Welborn, A. (2019). Moral distress of nurses surrounding neonatal abstinence syndrome: Application of a theoretical framework. *Nursing Forum*, 54(4), 499–504. <https://doi.org/10.1111/nuf.12362>

Apêndice 9: Questionário de satisfação das sessões de formação sobre o Sofrimento Moral

Questionário de satisfação sobre as sessões relacionadas com o sofrimento moral

Por favor, selecione de 0 a 5 consoante o grau de satisfação, sendo 0 nada satisfeito e 5 muito satisfeito

1. Comunicou bem, apresentando os temas com sistematização, clareza e sequência lógica?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. Despertou o interesse dos formandos, motivando a participação?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. Criou oportunidades para colocar questões?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. O tema foi tratado com a profundidade adequada?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. O tema foi de utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

6. A duração das sessões foi adequada?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

7. A documentação entregue foi apropriada?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Comentários:

Desde já agradeço a sua participação. Caso deseje mais informação sobre o tema não hesite em contactar-me.

Obrigada, Cristina Miranda (anaaacristinaa@hotmail.com)

Apêndice 10: Reflexão de Gibbs sobre uma situação vivida



Descrição da situação: Eu estava a fazer uma das noites e como habitual fui ver as mães e crianças que estavam ao meu cuidado no início do turno. No primeiro quarto estavam duas mães. Na cama um estava um bebé com 1 mês de idade e na cama 3 estava um bebé com 3 meses de idade. Já tinha cuidados deles anteriormente. Quando questioneei a mãe do bebé que estava nesta última cama como estava e se necessitava de alguma coisa, a mãe começou por dizer que ele estava bem melhor, que tinha tido um dia muito difícil desde que nos tínhamos visto e ela associava isto à prestação de cuidados de uma colega que ela considerou inadequados. E que agora tinha dúvidas se ele estava a mamar bem e se parecia saciado e confortável.

Conclui que o que se tinha passado com a colega deve ter sido stressante para o bebé e para a mãe. E que neste momento a mãe sentia -se assoberbada com a experiência da hospitalização e, por isso, começou a duvidar das suas capacidades parentais. Quando ouvi falar negativamente de uma colega decidi que deveria tentar mudar o foco de pensamento da mãe para a situação presente, tentando transmitir positividade e esperança, mas que não parecesse que estava a desvalorizar a situação. Eu já tinha conhecimento que a responsável de serviço já sabia do que tinha acontecido e tinha tomado providências para a resolver a situação. Desta forma, permaneci disponível para que a mãe verbalizasse o que necessitava sobre o sucedido e depois lamentei a situação. E identifiquei os aspetos

positivos da situação clínica atual, que o bebê já estava melhor, não tinha necessitado de ser aspirado aquele dia, já não precisava de oxigenoterapia e estava bem-disposto e parecia confortável. De seguida, tentei transmitir confiança e segurança em relação à amamentação, se o bebê teve uns dias doentes e comia mal é expectável que tente recuperar nos próximos dias e que o aumento das mamadas significa que ele está melhor e não que o leite não é suficiente. E juntamente com ela identificamos sinais de saciedade do bebê. A mãe agradeceu e pareceu ficar mais tranquila. Quando saí do quarto verbalizei à enfermeira orientadora o que tinha acontecido e, mais uma vez, ela assegurou-me que já tinham sido tomadas medidas.

Para além disso, no turno anterior que cuidei desta família a mãe tinha dificuldade em pôr o bebê a dormir no berço e ele ficava muito irrequieto dormindo por poucos períodos. Na altura foi sugerido embrulhar o bebê com uma manta de forma a contê-lo. A mãe aceitou a sugestão, foi-lhe ensinado como fazer. Os resultados nessa noite foram positivos, o bebê dormiu várias horas e, conseqüentemente, a mãe também pôde descansar. Assim, aquele momento foi também aproveitado para validar o sono do bebê nas noites a seguir, ao qual a mãe referiu que adota essa estratégia todos os dias e que o bebê tem dormido muito melhor.

Perante esta situação, inicialmente senti-me desconfortável por ouvir uma mãe a falar negativamente sobre uma colega e também insegura sobre como gerir a situação da melhor forma. No final da intervenção senti-me realizada e segura que tinha feito uma intervenção adequada.

Ao realizar esta reflexão concluo que tive uma intervenção adequada e que correspondeu às necessidades da mãe. Contudo, penso como deveria agir caso a queixa que a mãe fez da colega ainda não tivesse sido identificada e resolvida.

Ao avaliar a situação vivida, identifico como negativo por um lado a influência e o poder que os profissionais de saúde têm na hospitalização e adaptação dos pais a esta situação, mas nenhum de nós está imune de erros e más avaliações. Em termos positivos, encarei como um momento de crescimento pessoal e profissional, em que pôde intervir a vários níveis e partilhar o meu conhecimento com esta mãe, de forma, a empoderá-la para cuidar do seu bebê com confiança após a alta. De realçar que a mãe fez um testemunho no livro dos elogios em que identificou com agrado algumas enfermeiras do serviço e eu estava incluída.

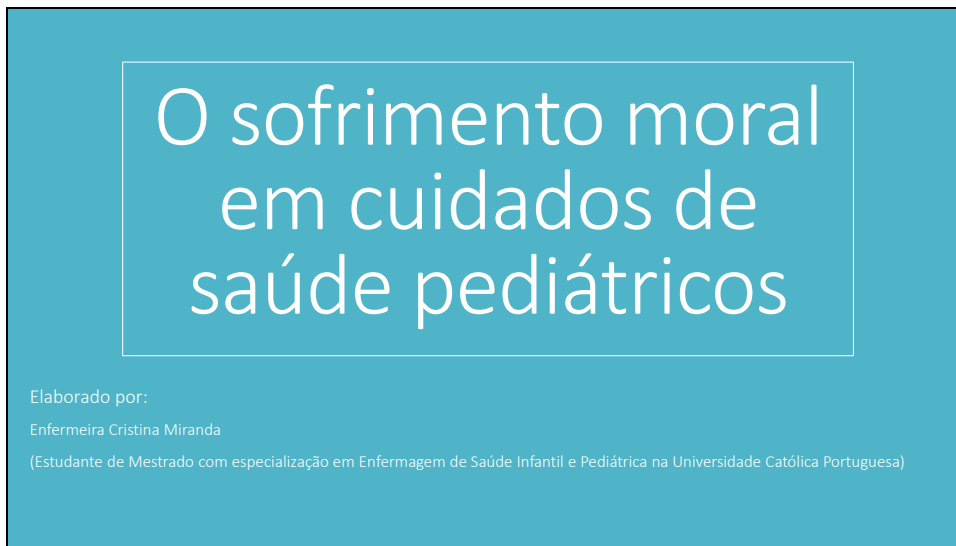
Ao analisar a situação mais objetivamente, considero que agi conforme a parceria de cuidados expectável para um enfermeiro a prestar cuidados na área da pediatria (Cerqueira & Barbieri- Figueiredo, 2020). Que a minha experiência pessoal e profissional ajudou-me a lidar com a situação de forma tranquila com vista à promoção do conforto do bebé e promoção do sono, da capacitação parental e adaptação ao meio hospitalar (Tavares, 2020). Se, por outro lado, a situação referente à colega ainda não tivesse sido identificada, teria que tentar perceber melhor o que sucedeu, agindo em conformidade e reportá-lo à enfermeira orientadora que também era a responsável de turno, visto eu não fazer parte da equipa, não conhecer os colegas e estar em estágio profissional.

Em suma, foi uma situação que permitiu despitar vários problemas e que necessitou de intervenção diferenciada, nomeadamente conhecimento sobre gestão de conflitos, amamentação, conforto e sono do bebé.

No que diz respeito a situações futuras, no caso de reclamação sobre algum profissional teria que levar a mãe para um sítio mais calmo em que ela pudesse verbalizar com privacidade o que tinha acontecido sem ter receios que a outra mãe estivesse a ouvir e, também, para respeitar as horas de descanso e a privacidade da outra mãe. Teria que saber qual o protocolo de ação da unidade onde estivesse a trabalhar para situações semelhantes e, se fosse pertinente, falaria com a colega em causa para tentar perceber o que tinha sucedido.

Apêndice 11: Sessão de formação para o Serviço de Internamento de Pediatria sobre o sofrimento moral

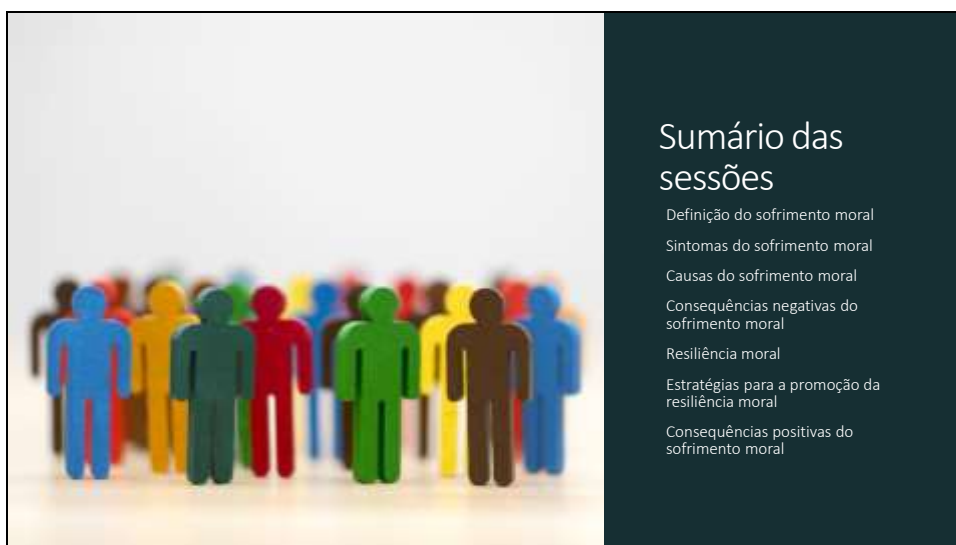
Diapositivo 1



O sofrimento moral
em cuidados de
saúde pediátricos

Elaborado por:
Enfermeira Cristina Miranda
(Estudante de Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa)

Diapositivo 2



Sumário das
sessões

- Definição do sofrimento moral
- Sintomas do sofrimento moral
- Causas do sofrimento moral
- Consequências negativas do sofrimento moral
- Resiliência moral
- Estratégias para a promoção da resiliência moral
- Consequências positivas do sofrimento moral

Diapositivo 3

<h2>Definição do sofrimento moral</h2>	<p>O conceito de sofrimento moral começou por ser reconhecido formalmente por Andrew Jameton em 1984 (Jameton, 2017).</p> <p>Fenómeno que ocorre quando um profissional é impossibilitado de agir de forma que considera correta (Jameton, 2017). Desta forma, age inadequadamente contra as suas convicções morais.</p> <p>É diferente de dilema moral (2 opções reconhecidas como possíveis). (Prentice et al., 2016)</p> <p>O sofrimento moral varia entre indivíduos consoante as suas obrigações profissionais e valores (Karakachian & Colbert, 2017).</p>
--	--

Diapositivo 4

SOFRIMENTO MORAL	BURNOUT	FADIGA DE COMPAIXÃO
<ul style="list-style-type: none">• Impossibilidade de agir conforme o que considero correto.	<ul style="list-style-type: none">• Exaustão emocional, física e mental causada pelo ambiente de trabalho.• Pode levar à despersonalização e ao desinteresse.	<ul style="list-style-type: none">• Cansaço físico, mental e emocional relacionado com o cuidar de pessoas em sofrimento e dor.

(American Association of Critical-Care Nurses, 2020)

Diapositivo 5

Definição de sofrimento moral

Sufrimento moral inicial
Fase aguda quando um profissional encontra obstáculos e conflitos com outros sobre os seus próprios valores. (Kain, 2007)

Sufrimento moral residual/ reativo
Experienciado quando o sofrimento moral inicial não é resolvido (Kain, 2007).
Estado de estagnação na incerteza (Welborn, 2019).
Associado a sentimentos de impotência e de normalidade.
Aumenta comportamentos não reativos e passivos em relação a problemas morais (Welborn, 2019).

Diapositivo 6

Sintomas do sofrimento moral

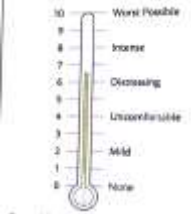
Uma das principais dificuldades é o seu reconhecimento (AACCN, 2020).
Pode causar desequilíbrio interno, atingir a mente, corpo ou relações (Fachini et al., 2017).
O sofrimento moral afeta os profissionais a nível emocional, psicológico e até mesmo físico! (Rodney, 2017)

<p>EMOCIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Frustração• Raiva• Ansiedade• Culpa• Tristeza• Impotência• Rejeição/afastamento	<p>PSICOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Depressão• Exaustão emocional• Perda de autoestima• Pesadelos• Diminuição da satisfação profissional• Despersonalização dos cuidados	<p>FÍSICOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Dores musculares• Cefaleias• Palpitações• Cervicalgias• Diarreia• Vômitos <p style="text-align: right; font-size: small;">AACCN (2020)</p>
--	--	---

Diapositivo 7

Autoavaliação do Sofrimento Moral

Use o termómetro para avaliar o nível de sofrimento moral de 0-10.
Selecione os sintomas que tenha identificado.



PSICOLÓGICOS

- Depressão
- Exaustão emocional
- Perda de autoestima
- Pesadelos
- Diminuição da satisfação profissional
- Despersonalização dos cuidados

EMOCIONAIS

- Frustração
- Raiva
- Ansiedade
- Culpa
- Tristeza
- Impotência
- Rejeição/afastamento

FÍSICOS

- Dores musculares
- Cefaleias
- Palpitações
- Cervicalgias
- Diarreia
- Vômitos

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>, Acedido 25 de Julho 2022.

Diapositivo 8

Autonomia profissional (Fachini et al., 2017)

Hierarquia instituída (Wall et al., 2016)

Clima ético (Sauerland et al., 2015)

Diferentes objetivos de cuidados entre diferentes profissionais (De Boer et al., 2015)

Situação em causa (Fachini et al., 2017)

Fatores que influenciam a ocorrência do sofrimento moral

Diapositivo 9

Causas do sofrimento moral

Auto /EU

Cuidado desproporcionado às necessidades da criança/jovem (Prentice et al., 2021).

Relacionados com os cuidados à família (Passos dos Santos et al., 2018).

Reconhecimento pessoal da falta de conhecimentos necessários para as funções que desempenha (Maguire et al., 2012).

Trabalhar com colegas que não reconhecemos como competentes (Karakachian & Colbert, 2017).

)Diapositivo 10

Causas do sofrimento moral

Equipa

Clima ético opressivo (Pye, 2013)

Vozes silenciadas numa equipa (Passos dos Santos et al., 2018)

Dificuldades na comunicação (Pye, 2013)

Níveis inadequados de recursos humanos (Pergert et al. 2019)

Bullying (AACCN, 2020).

Diapositivo 11

Causas do sofrimento moral

Liderança/ Gestão

Níveis inadequados de recursos humanos e materiais
Legislação e protocolos estabelecidos
Hierarquia rígida
Dificuldades na comunicação
Ênfase nos custos monetários

(AACCN, 2020)

Diapositivo 12

Consequências negativas do sofrimento moral (residual)

Burnout (De Grazia et al., 2021)

Fadiga de compaixão (Welborn, 2019)

Desinteresse profissional (Pergert et al., 2019)

Prestação de cuidados inadequada (Prentice et al., 2018)

Profissionais doentes a cuidar de crianças/ jovens e famílias que precisam de ajuda
(Fachini et al., 2017)

Abandono do emprego e da profissão (Pergert et al., 2019)

Diapositivo 13

NÃO É POSSÍVEL ERRADICAR O SOFRIMENTO MORAL! (Passos dos Santos et al., 2018)

Literatura não é clara no quando e como se devem aplicar estratégias para lidar com o sofrimento moral (Prentice et al., 2021).

Devemos apostar numa cultura de prevenção das consequências negativas do sofrimento moral.

2 caminhos (Welborn, 2019)

```
graph TD; A[2 caminhos] --> B[RESILIÊNCIA MORAL]; A --> C[SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL/REATIVO];
```

O diagrama apresenta duas opções de resultado, representadas por retângulos coloridos: um azul para 'RESILIÊNCIA MORAL' e um verde-oliva para 'SOFRIMENTO MORAL RESIDUAL/REATIVO'. Uma linha desce do texto '2 caminhos' e se divide em duas setas apontando para cada um dos retângulos.

Diapositivo 14

Estratégias para promover a resiliência moral

Auto /EU

Auto- conhecimento e reflexão

4A's AACCN framework - **Ask/ Affirm/ Assess/ Act** (McCue, 2010)

Porque esta situação causa-me sofrimento moral?

Toda a gente está a pensar o mesmo que eu?

Podemos alterar os fatores que levaram ao sofrimento moral?

Como posso partilhar as minhas preocupações de forma fundamentada?
(Prentice et al., 2018)

Ter uma rede de suporte informal e formal

Procurar oportunidades de formação

(AACCN, 2020)

Diapositivo 15

Estratégias para promover a resiliência moral

Equipa

Promover um clima ético saudável

Melhorar a comunicação entre os colegas, com as crianças/ jovens e famílias

Procurar oportunidades de formação

Em equipa decidir as estratégias necessárias que melhor resultam no vosso contexto

Ter um Team Coach (De Grazia et al., 2021)

Proporcionarem momentos informais para a equipa partilhar situações

(AACCN, 2020)

Diapositivo 16

Estratégias para promover a resiliência moral

Liderança/ Gestão

Exemplos a seguir (Wall et al., 2016)

Estimular o clima ético saudável

Agilizar recursos humanos e materiais

Promover educação nas áreas da comunicação, ética e necessidades educacionais específicas do contexto

Criar um comité ético (Passos dos Santos et al., 2018)

(AACCN, 2020)

Diapositivo 17

<p>Consequências positivas do sofrimento moral</p>	<p>RESILIÊNCIA MORAL (Karakachian & Colbert, 2017)</p> <p>Desenvolvimento pessoal e profissional (Pergert et al., 2019)</p> <p>Retenção de profissionais (Pergert et al., 2019)</p> <p>MELHORIA DOS CUIDADOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIAS (Wall et al., 2016)</p>
--	---

Diapositivo 18

<p>Conclusão</p>	<p>O sofrimento moral é um fenómeno subjetivo influenciado por vários fatores.</p> <p>Não é possível acabar com o sofrimento moral.</p> <p>Devemos agir com vista à <u>resiliência moral</u> e apostar numa <u>cultura de prevenção</u>.</p> <p>Transformar uma dificuldade numa possibilidade de aprendizagem e evolução.</p> <p>Não devemos perder o foco !</p>
------------------	---

Diapositivo 19



Muito Obrigada!

Questões?

Cristina Miranda
anaaacristinaa@hotmail.com

Diapositivo 20

Referências bibliográficas

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 1 de Março 2022.

American Association of Critical-Care Nurses (2022), Moral distress in Nursing: What you need to Know. Disponível em <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>. Acedido 1 de Março 2022.

de Boer, J. C., van Rosmalen, J., Bakker, A. B., & van Dijk, M. (2016). Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: Repeated measurements. *Nursing in Critical Care*, 21(3), e19-27. <https://doi.org/10.1111/nicc.12206>

DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitmore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(2), 95–102.

Fachini, J., S., A., V. ; Lima, Rita. (2017). *FACHINI, J. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica Moral distress of workers from a pediatric ICU* Janaina Sortica Fachini, Adriana Vilma Scrigni, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. [S. L.], 2017.

Jameton, A. (2017) What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *American Medical Association Journal of Ethics*, 19(6), 617-628.

Diapositivo 21

- Kain, V. J. (2007). Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5), 243–248. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.5.23495>
- Karakachian, A., & Colbert, A. (2017). Moral distress: A case study. *Nursing*, 47(10), 13–15. *Perinatal Association*, 27(4), 201–202. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211679>
- Maguire, D., Webb, M., Passmore, D., & Cline, G. (2012). NICU nurses' lived experience: Caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 12(5), 281–285. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182677bc1>
- McCue, C. (2010). Using the AACN Framework to Alleviate Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1). Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html?css=print> Acedido 19 de Abril 2022.
- Mekechuk, J. (2006). Moral distress in the pediatric intensive care unit: The impact on pediatric nurses. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(4–5), i–vi. <https://doi.org/10.1108/13660750610683215>
- Passos dos Santos, R., Tatsch Neves, E., & Carnevale, F. (2019). The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships. *Nursing Ethics*, 26(5), 1566–1578. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1177/0969733017753744>
- Pergert, P., Bartholdson, C., Blomgren, K., & Af Sandeberg, M. (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/0969733018809806>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 701–708. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410>
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>

Diapositivo 22

- Prentice, T. M., Janvier, A., Gillam, L., Donath, S., & Davis, P. G. (2021). Moral Distress in Neonatology. *Pediatrics*, 148(2), e2020031864. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-031864>
- Pye, K. (2013). Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 248–261. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.812693>
- Rodney, P. A. (2017). What We Know About Moral Distress. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S7–S10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04>
- Schaefer, R. (2017). Sofrimento moral: avaliação de risco em enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. ISBN 978-989-20-7810-6. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24202/1/PhD_Rafaela%20Schaefer.pdf Acedido em 12 de Março 2022.
- Santos, R., P.; Garros, D.; Carnevale, F. (2018). *As difíceis decisoes na pratica pediatrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva*.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II: neonatal and pediatric perspectives. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 34(1), 33–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000083>
- Wall, Sarah; Austin, Wendy J.; Garros, Daniel. (2016). *Organizational influences non health professionals experiences of moral distress in picu*.
- Welborn, A. (2019). Moral distress of nurses surrounding neonatal abstinence syndrome: Application of a theoretical framework. *Nursing Forum*, 54(4), 499–504. <https://doi.org/10.1111/nuf.12362>

Apêndice 12: Pasta com documentos de apoio sobre o sofrimento moral

Apêndice 12.1: Documento de avaliação do sofrimento moral

Autoavaliação do Sofrimento Moral

Use o termómetro para avaliar o nível de sofrimento moral de 0-10.

Selecione os sintomas que tenha identificado.



EMOCIONAIS

- Frustração
- Raiva
- Ansiedade
- Culpa
- Tristeza
- Impotência
- Rejeição/afastamento

PSICOLÓGICOS

- Depressão
- Exaustão emocional
- Perda de autoestima
- Pesadelos
- Diminuição da satisfação profissional
- Despersonalização dos cuidados

FÍSICOS

- Dores musculares
- Cefaleias
- Palpitações
- Cervicalgias

American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clincial-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 25 de Julho 2022.

Apêndice 12.2: Recursos importantes relacionados com o fenómeno do sofrimento moral

Recursos importantes relacionados com o fenómeno do sofrimento moral

- American Association of Critical-Care Nurses (2020) Recognize & Address Moral Distress. Disponível em <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clinical-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>. Acedido 1 de Março 2022.
- American Association of Critical-Care Nurses (2022), Moral distress in Nursing: What you need to Know. Disponível em <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>. Acedido 1 de Março 2022.
- DeGrazia, M., Porter, C., Sheehan, A., Whitamore, S., White, D., Nuttall, P. W., Blanchard, T., Davis, N., Steadman, J., & Hickey, P. (2021). Building Moral Resiliency Through the Nurse Education and Support Team Initiative. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(2), 95–102.
- Fachini, J., S., A. ., V. .; Lima, Rita. (2017). *FACHINI, J. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica Moral distress of workers from a pediatric ICU Janaína Sortica Fachini, Adriana Vilma Scrigni, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. [S. L.],. 2017.*
- Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>
- Santos, R., P.; Garros, D.; Carnevale, F. (2018). *As difíceis decisoes na pratica pediatrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva.*
- McCue, C. (2010) Using teh AACn Framework to Alleviate Moral Distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1). Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Courage-and-Distress/AACN-Framework-and-Moral-Distress.html?css=print> Acedido 19 de Abril 2022.
- PROJETO DESCOMPLICA (parceria entre SNS e Universidade do Minho) – Vídeos sobre Depressão e Ansiedade
<https://saudemental.min-saude.pt/saiba-mais-sobre-saude-mental/>

Apêndice 12.3: Questões para autorreflexão sobre o sofrimento moral

QUESTÕES PARA AUTORREFLEXÃO (traduzidas)

- O que nesta situação causa-me sofrimento moral? (por exemplo, a criança está a sofrer ou não está a receber cuidados necessários para as suas necessidades? Parece-me que a família não está informada devidamente ou não entende o que se está a passar. Estou a ser influenciada/o por experiências negativas anteriores?)
- Pode esta situação ser analisada de forma diferente?
- Será que os meus colegas pensam da mesma forma que eu? Se não pensam quais os seus argumentos?
- As minhas preocupações/dúvidas têm origem em valores profissionais ou pessoais?
- O meu sofrimento reflete uma preocupação moral ou antes as circunstâncias trágicas que envolvem a situação da criança?
- Os fatores que provocam sofrimento moral podem ser modificados?
- Como posso melhorar os cuidados prestados à criança e sua família?
- Como posso ser corajoso e continuar a agir de forma a responder às necessidades da criança em vez de me afastar da situação?
- Como posso transmitir as minhas preocupações de forma construtiva?

Artigo completo em inglês: Prentice, T. M., Gillam, L., Davis, P. G., & Janvier, A. (2018). The use and misuse of moral distress in neonatology. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 23(1), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.007>

Apêndice 12.4: Artigo “*The use and misuse of moral distress in neonatology*”



The use and misuse of moral distress in neonatology



Trisha M. Prentice ^{a, b, d, *}, Lynn Gillam ^{c, d}, Peter G. Davis ^{a, e}, Annie Janvier ^f

^a Newborn Research, Royal Women's Hospital, Melbourne, Australia

^b Neonatal Medicine, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

^c Children's Bioethics Centre, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

^d Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Australia

^e Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Melbourne, Melbourne, Australia

^f Department of Pediatrics, University of Montreal, Division of Neonatology, Clinical Ethics Unit, Palliative Care Unit, Unité de Recherche en Éthique Clinique et Perinatalité Familiale, CHU Ste-Justine, Montreal, Canada

ABSTRACT

Keywords:
Moral distress
Moral resilience
Neonatology
Palliative care
End-of-life care
Nursing
Burnout

The neonatal intensive care unit is recognized as a stressful environment; the nature of caring for sick babies with uncertain outcomes and the need to make difficult decisions results in a work place where moral distress is prevalent. According to the prevailing definition, moral distress occurs when the provider believes that what is “done” is not the right course of action, with an element of constraint: the provider has no choice but to act this way. This can lead to adverse outcomes, including burnout and a change of career. Traditionally, moral distress was considered to represent a misuse of power that forced nurses (typically) to provide burdensome treatments they believed not in the patient’s best interests. Today, with shared decision-making, it is rare for physicians to act in a purely paternalistic fashion and impose management strategies on a team and parents. However, in the grey zones, it is not unusual for individuals with different values to disagree on a course of treatment. Healthcare professionals across all disciplines may feel constrained despite there being no identified misuse of power. We argue for a broader understanding of moral distress and an awareness that maladaptive responses to moral distress may result in “transference” of moral distress on to other healthcare professionals and even on to the families of babies for whom we have a duty of care. Strategies for dealing with moral distress exist. An appreciation of these dynamics will enable providers to reduce the negative impacts of moral distress while also using it as a vehicle for constructive discussion and progressive thought that will better serve our patients and our colleagues.

© 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Contents

1. Introduction	40
2. Case study: baby Oliver	40
3. Responding to moral distress	40
4. Negative impacts of moral distress	41
5. Transference of moral distress	41
6. Addressing moral distress	41
7. Acknowledging moral subjectivity and resultant distress	41
8. Using moral resilience	41
9. Self-reflection and moral resilience in practice	42
10. Moral courage	43
11. Conclusion	43
Conflict of interest statement	43

* Corresponding author. Newborn Research, Royal Women's Hospital, Locked Bag 300, Grattan St and Remington Road, Parkville 3052, Australia.
E-mail address: trishapre@rwh.org.au (T.M. Prentice).



BUILDING MORAL RESILIENCY THROUGH THE NURSE EDUCATION AND SUPPORT TEAM INITIATIVE

By Michele DeGrazia, PhD, RN, NNP-BC, Courtney Porter, MPH, CPHQ, Anne Sheehan, RN, CPN, Stephanie Whitmore, BSN, RN, CCRN, Deborah White, BSN, RN, CCRN, Penny Winter Nuttall, BSN, RN, CCRN, Tyler Blanchard, BSN, RN, CCRN, Norah Davis, BSN, RN, CPN, Jennifer Steadman, BSN, RN, CCRN, and Patricia Hickey, PhD, MBA, RN

Background Findings from 3 nurse-led research studies conducted in a large pediatric institution resulted in a call to action to support intensive and progressive care nurses experiencing moral and ethical challenges.

Objective To evaluate the feasibility of and satisfaction with implementation of a Nurse Education and Support Team (NEST) coach role.

Methods An interdisciplinary work group identified solutions for just-in-time support, including a new NEST coach role. This role was implemented in January 2017 to provide peer-to-peer support for nurses. The NEST coaches provide coverage 5 days per week in 4 intensive care units and 1 progressive care unit. Feasibility of the role was evaluated by assessing the number, type, length, and outcome of NEST coach consultations. Staff satisfaction was evaluated 6 months and 1.5 years after implementation.

Results A total of 6262 NEST coach consultations occurred across the units from January 2017 through November 2019. At both evaluation periods, more than 85% of respondents indicated that they were satisfied with their interactions with the NEST coach and nearly 80% indicated that they would seek consultation again.

Conclusions Pediatric intensive and progressive care nurses experience many challenges in their practice environments. The innovative NEST coach role enabled access to just-in-time support and guidance through morally and ethically challenging situations. As evidenced by the number of consultations and the positive staff response, intensive and progressive care nurses have embraced and integrated the NEST coach role into their culture and practice. (*American Journal of Critical Care*. 2021;30:95-102)

CE 1.0 Hour

This article has been designated for CE contact hour(s). See more CE information at the end of this article.

©2021 American Association of Critical-Care Nurses
doi:https://doi.org/10.4037/ajcc2021534

Apêndice 12.6: Artigo “Organizational Influences on Health Professionals Experiences of Moral Distress in PICUs”

HEC Fomm (2016) 28:53–67
DOI 10.1007/s10730-015-9266-8



Organizational Influences on Health Professionals' Experiences of Moral Distress in PICUs

Sarah Wall · Wendy J. Austin · Daniel Garros

Published online: 3 February 2015
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

This article reports the findings of a qualitative study (secondary analysis) that explored the organizational influences on moral distress for health professionals working in pediatric intensive care units (PICUs) across Canada. Participants were recruited to the study from PICUs across Canada. The PICU is a high-tech, fast-paced, high-pressure environment where caregivers frequently face conflict and ethical tension in the care of critically ill children. A number of themes including relationships with management, organizational structure and processes, workload and resources, and team dynamics were identified. This study provides a rare and important multi-disciplinary perspective on this topic and the findings have implications for administrators and leaders who seek to improve the moral climate of healthcare delivery.

Keywords Organizational ethics · Ethical climate · Leadership · Healthcare team

The contemporary healthcare environment is complex, constantly changing, and in many ways, a stressful place to work. Advancing technology, families' and patients' demands for extraordinary treatments, changing ideologies that include a shift toward an increasingly business-focused model of delivery, and persistently hierarchical and functionally separate patterns of relationships among healthcare

S. Wall (✉) · W. J. Austin
Faculty of Nursing and John Dosssetor Health Ethics Centre, University of Alberta, Edmonton,
Canada
e-mail: swall@ualberta.ca

D. Garros
Faculty of Medicine and John Dosssetor Health Ethics Centre, Edmonton, Canada

D. Garros
Pediatric Intensive Care Unit, Stollery Children's Hospital, Edmonton, Canada

ANEXOS

Anexo 1: Objetivos da Unidade Curricular



1. OBJETIVOS E RESULTADOS E APRENDIZAGEM

Apresentam-se os resultados da aprendizagem a desenvolver pelo mestrando.

Para o Estágio Final e Relatório, cada mestrando elaborará um projeto individual de aprendizagem, onde define objetivos específicos e atividades a desenvolver em contexto da prática clínica, que será discutido com o professor e o enfermeiro orientador.

Durante o Estágio o estudante deve demonstrar as seguintes competências, conforme especificação no Instrumento de Avaliação anexo:

1. Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
2. Capacidade para trabalhar na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
3. Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.
4. Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
5. Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;
6. Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização;
7. Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;
8. Capacidade para aplicar os princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem;
9. Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;
10. Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;
11. Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;
12. **Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública:** Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros, conforme especificação no Instrumento de Avaliação anexo a este guia.
- **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:** Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros, conforme especificação no Instrumento de Avaliação anexo a este guia.
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica:** Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros, conforme especificação no Instrumento de Avaliação anexo a este guia.

Anexo 2: Escala de Observação das Competências Oraís

Criança _____ Data _____ Observador _____

OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura flexível (ombros/braços e tronco incluído)	Sim Não
Estado de alerta	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flexível durante a observação	Sim Não
(Observar chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Uma base de saturação de O ₂ > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do sítio do início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou aperta o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e firme (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções fracas	Sucção frequentemente débil
6. Apresenta-se em levar surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o frenar das sobrancelhas, olhar preocupado, amolecimento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Som frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca, i.e. não se babo	Sem perda de líquido	Alguns eszda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são límpidos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Susves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bolus" de sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para assavtar os fluidos para a garganta	Todas as deglutições são únicas para o mesmo "bolus"	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo "bolus"	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo "bolus"
12. Tosse ou sons de engasgamento	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O ₂ estável e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tomar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O observador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar

15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração)	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez)	Sem adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem)	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose periboccal e/ou periorbital)	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Desceida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tônus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta/calmo	Sonolento	Adormecido	Rebuzenta/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta/calmo	Sonolento	Adormecido	Rebuzenta/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Descritores da Mamada:

% de % antes da refeição _____ durante a refeição _____

Habilidade alimentar: mantida ao longo da refeição melhorou durante a refeição piorou durante a alimentação

Alimentado com S06/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada _____ Duração da refeição (minutos) _____ Volume administrado _____ ml

Posição: Deitado Decúbito lateral Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	Rodeou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	Aperfeiçoou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocou a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

©2002 revised 10/26/16. Prepared by S. Thoyre (UNC Chapel Hill, NC), C. Shaker (Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K. Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Lígia Marques; Sílvia Oliveira; Theresia Vasconcelos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009) Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Theresia Vasconcelos; Lígia Marques, (2014).