



CATÓLICA

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

**UM TRABALHO DE GESTÃO EMOCIONAL:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Por
Denise Liane Cruz Deyllot

Lisboa, 2019



CATÓLICA

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

**UM TRABALHO DE GESTÃO EMOCIONAL:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL
E PEDIÁTRICA**

**AN EMOTIONAL MANAGEMENT WORK:
COMPETENCES DEVELOPMENT OF THE CHILD AND
PEDIATRIC HEALTH SPECIALIST**

Por
Denise Liane Cruz Deyllot

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2019

“Play is the royal road to childhood happiness

and adult brilliance.”

Joseph Chilton Pearce

Ao Miguel,

Minha exceção e etéreo guia,

Do B612 aos confins,

Do sorriso meloso à perpétua entrega.

AGRADECIMENTOS

Ao pai e à mãe, pela dedicação e apoio. Por me facilitarem o caminho nas etapas cruciais e dificultarem nas alturas certas.

Ao mano, eterno aliado nas mais simples e nas mais disparatadas e complexas brincadeiras. Por me ensinar o que é uma verdadeira equipa. For never ever let me get away with anything.

Ao Cuco por me fazer rir como ninguém e por confirmar, acompanhar e alimentar a nossa tão cúmplice loucura.

À Bruxinha pelo privilégio da constância das nossas conversas pelas profundezas do iceberg.

À Sis pela disponibilidade, paciência e persistência nos cafés e jantares remarcados, pelas corridas canceladas e pelas missões de resgate nunca me negadas.

À Teresinha pelo desafio, sem o qual não teria iniciado esta viagem. Pela amizade e companheirismo tão singular.

À Sara, companheira de viagem, pelas madrugadas e furtivos cafés. Pela troca, coragem e esmagadora força de vontade.

À Yang, pelos constantes empurrões, apesar de incompreensível durante a maior parte do tempo.

À fadinha de metro e meio com alma de gigante, por me ajudar a voltar para a luz.

À Professora Zaida Charepe pela orientação e especial incentivo à verbalização da mobilização do conhecimento adquirido.

RESUMO

O presente documento é o culminar de um processo individual de construção profissional, pessoal e educacional no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo Instituto de Ciências de Saúde Universidade Católica Portuguesa.

Ao longo deste relatório evidenciamos sobre uma metodologia reflexiva, as atividades, objetivos e competências comuns e específicas na prestação de cuidados especializados, adquiridas e fundamentadas nos suportes éticos e legais assim como teóricos para quatro contextos de estágio.

Este relatório tem como finalidade descrever e analisar o percurso do desenvolvimento de competências comuns e especializadas, assim como competências do grau de mestre.

Os principais objetivos são: desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos diferentes contextos de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; e desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos de atuação, com recurso à intervenção Brincadeira Terapêutica (BT).

Iniciamos o relatório com um breve enquadramento do modelo teórico de medio alcance “Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar” de DIOGO (2015) e seus conceitos emergentes, no qual o presente relatório é suportado. A temática deste relatório é a intervenção Brinquedo Terapêutico, incluída na experiência emocional de DIOGO (2015). Foi realizada uma *Scoping Review* sobre o referido tema, cujos principais resultados foram a mudança de atitude das crianças aquando da utilização da intervenção BT manifestando-se por comportamentos de alívio, tranquilidade, confiança, adaptação e vínculo com o Enfermeiro. Foi também desenvolvido um poster científico sobre o Método Canguru (MC) visto este método estar diretamente interligado com a experiência emocional.

Foram desenvolvidas atividades a partir do trabalho de gestão emocional no contexto da sua aplicação numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, numa unidade de

Internamento Pediátrica e num Atendimento Médico Permanente Pediátrico relacionadas com a intervenção BT. No contexto de neonatologia realizado numa unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foram desenvolvidas atividades sobre o MC. Destacamos as seguintes atividades: Sessão de divulgação e observação “Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar” plano de intervenção “Brincadeira Terapêutica pelo instrumento “caixa lúdica”” e manual, auditoria “Implementação do MC numa Unidade de cuidados intensivos neonatais”.

Paralelamente foram descritas as competências desenvolvidas, englobando referenciais como os Padrões de Qualidade em Enfermagem da Criança e do Jovem, assim como Guias de Boas Práticas na Saúde da Criança e do Jovem. Foram também suportadas por pressupostos éticos e legais, sobre os quais foram refletidos.

Foram consolidadas práticas, competências técnicas, científicas, éticas, legais e relacionais relacionadas com a implementação de intervenções de enfermagem de natureza complexa que padecem de uma decisão fundamentada fruto de um fundamentado pensamento crítico-reflexivo.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Intervenção Brincadeira Terapêutica, Método Canguru, Afeto, Cuidar.

ABSTRACT

This document is the culmination of an individual process of professional, personal and educational construction within the scope of the Master Course in Nursing, in the area of Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, by the Portuguese Catholic University, Health Sciences Institute.

Throughout this report we present a reflective methodology, the activities, objectives and competences common and specific in the provision of specialized care, acquired and based on ethical and legal as well as theoretical support for four internship contexts.

This report aims to describe and analyze the course of development of common and specialized skills, as well as competencies of the master's degree.

The main objectives are: To develop common skills of specialist nurse in the different contexts of the Nursing Specialist in Child and Pediatric Health; To develop specific skills of nurse specialist in Child and Pediatric Health in the different contexts of action, using the intervention Therapeutic Play.

We begin the report with a brief outline of DIOGO's (2015) theoretical framework of mid-range "Metamorphosis of emotional experience in caring for care" and its emerging concepts, in which this report is supported. The theme of this report is the Toy Therapeutic intervention, included in the emotional experience of DIOGO (2015). A *Scoping Review* on this theme was carried out, whose main results were the change of the attitude of the children when using the Therapeutic Play intervention manifesting itself by behaviors of relief, tranquility, confidence, adaptation and bond with the Nurse. A scientific poster about the Kangaroo Method was developed as this method is directly intertwined with the emotional experience.

Activities were developed from the work of emotional management in the context of its application in a Personalized Health Care Unit, a Pediatric Inpatient Unit and a Permanent Pediatric Medical Care related to Therapeutic Play intervention. In the context of neonatology carried out in a unit of Neonatal Intensive Care, activities were developed on the Kangaroo Method. We would like to highlight the following activities: "Intervention and observation session", "An intervention to humanize" intervention plan "Play Therapy by the instrument" play box "and manual," Implementation of the Kangaroo Method in a Neonatal Intensive Care Unit ".

At the same time, the competences developed were described, encompassing references such as the Quality Standards in Child and Young Child Nursing, as well as Guides of Good Practices in Child Health. They were also supported by ethical and legal assumptions, on which they were reflected.

Practices, technical, scientific, ethical, legal and relational competences related to the implementation of nursing interventions of a complex nature have been consolidated, suffering from a reasoned decision based on a critical and reflexive thinking.

Keywords: Pediatric Nursing, Intervention Therapeutic Toy, Kangaroo Method, Affection, Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMPP – Atendimento Médico Permanente Pediátrico

APA - *American Psychological Association*

BT – Brincadeira Terapêutica

CLE – Consentimento Livre Esclarecido

DGS – Direção Geral de Saúde

ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System*

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EE – Enfermeiro Especialista

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

ICS – Instituto de Ciências de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OT – Orientações Tutoriais

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RN – Recém-nascidos

SR – *Scoping Review*

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UIP – Unidade de Internamento Pediátrica

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1.1 Gestão do trabalho emocional no ato de cuidar em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica.....	6
1.1.1 Brincadeira terapêutica como intervenção humanizadora de cuidados – <i>Scoping Review</i>	13
CAPÍTULO 2 - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	27
2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	28
2.1.1 Caracterização do local de estágio.....	28
2.1.2 Análise e reflexão do percurso formativo.....	30
2.1.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas.....	34
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS.....	35
2.2.1 Caracterização do local de estágio.....	35
2.2.2 Análise e reflexão do percurso formativo.....	36
2.2.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas.....	46
2.3 UNIDADE DE INTERNAMENTO PEDIATRICA.....	47
2.3.1 Caracterização do local de estágio.....	47

2.3.2	Análise e reflexão do percurso formativo.....	48
2.3.3	Síntese das atividades e competências desenvolvidas.....	50
2.4	UNIDADE DE URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS.....	52
2.4.1	Caracterização do local de estágio.....	52
2.4.2	Análise e reflexão do percurso formativo.....	52
2.4.3	Síntese das atividades e competências desenvolvidas.....	54
	CONCLUSÃO.....	57

	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
--	---	-----------

ANEXOS

	ANEXO I - Certificado de Participação e poster do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção Especializada: O valor entre a clínica e a academia” com o Poster “Método Canguru em Enfermagem Pediátrica: <i>Scoping Review</i> ”	71
--	--	----

APÊNDICES

	APÊNDICE I - Brincadeira Terapêutica, Intervir no Cuidar: <i>Scoping Review</i> – Caracterização do Estudo Incluído.....	77
	APÊNDICE II - Guião da entrevista aos contextos para efeitos de diagnóstico situacional	89
	APÊNDICE III - Plano do folheto informativo: Vacinas salvam vidas	93
	APÊNDICE IV - Relatório da sessão de divulgação: “Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”.....	111
	APÊNDICE V - Relatório da observação: “Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”.....	128
	APÊNDICE VI - Auditoria: Implementação do Método Canguru numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	141
	APÊNDICE VII - Brincadeira Terapêutica pelo instrumento “caixa lúdica” - Plano de	

Intervenção.....	177
APENDICE VIII - Manual de Utilização da “caixa lúdica”.....	189
APENDICE IX - Reforço positivo pela Brincadeira Terapêutica - Plano de Intervenção...231	
APENDICE XI - Poster Brincadeira Terapêutica, intervir no cuidar.....	247

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações tipo sem a intervenção da brincadeira terapêutica.....	44
Quadro 2 - Comportamentos resultantes da intervenção brincadeira terapêutica.....	45

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar</i> (transformação de situações emocionalmente intensas em experiências positivas e de crescimento para os clientes e para os próprios enfermeiros)	31
Figura 2 - Fluxograma PRISMA da seleção dos estudos e critérios de inclusão.....	43

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge como o início de uma nova etapa profissional enquanto Enfermeira Especialista (EE) e o culminar da etapa académica do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Lisboa e tem como objetivo descrever, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, o percurso formativo na aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no número 3 do artigo 4 do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril prescreve que o *“Enfermeiro Especialista (...) atribuído em título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*.(Diário Da República — I Série- A, 1998)

O processo formativo clínico desenvolveu-se entre 3 de setembro e 19 de dezembro de 2018 e englobou, por ordem cronológica, três contextos: uma unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, uma Unidade de Internamento de Pediatria e uma Unidade de Urgências Pediátricas. O processo de aquisição de competências representa 750h de trabalho (das quais 360h foram de contacto, 20h de Orientações Tutoriais (OT), 20h de Seminário e 350h de trabalho individual) correspondentes a 30 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS). Neste relatório serão abordadas competências adquiridas e desenvolvidas resultantes da unidade curricular “Estágio final e Relatório”, no entanto também serão indicadas competências consequentes do percurso desenvolvido no estágio anterior, na unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica” pois considerámos uma experiência pertinente para o desenvolvimento profissional com importantes contributos para o presente relatório.

No cumprimento da obrigação da responsabilidade deontológica para com utentes e profissão, os Enfermeiros Especialistas assumem uma função basilar, pelo que a

formação especializada se revela um complemento fulcral no desenvolvimento fundamentado de competências éticas, relacionais, técnicas e científicas.

Os mandatos legais, éticos e teóricos que de seguida apresentamos, justificam as nossas opções pelo local de estágio, assim como o nosso interesse em desenvolver determinadas competências especializadas que serão apresentadas no CAPÍTULO 2.

De acordo com a alínea e) do número 2 do Artigo 99º da Lei 156/2015 de 16 de setembro “A competência e o aperfeiçoamento profissional” o enfermeiro é incentivado a desenvolver o seu conhecimento, neste caso, a formação especializada, como meio de valorização pela aquisição e manutenção de competência e aperfeiçoamento profissional. Esta mesma Lei descreve como princípios orientadores da atividade profissional dos Enfermeiros “A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”, alínea c) do número 3. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

Tendo em conta o trabalho desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), orientamos os objetivos e conseqüente desenvolvimento de competências da prática especializada através dos seguintes instrumentos: o plano de estudos do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica.

Após este percurso e desenvolvidas competências na gestão da criança e do Jovem, em parceria com a família/ pessoa significativa, visto EESIP utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família, ser-nos-á esperado um saber fazer no domínio da prestação e tomada de decisão dos cuidados especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Adotamos a posição da OE manifestada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. Obtemos assim o conceito de Pessoa como a criança, jovem e família/pessoa significativa; Saúde que engloba as transições ao longo do desenvolvimento infantil; Ambiente como contexto em que a criança e família/ pessoa significativa se insere e desenvolve, constituído por

elementos que lhe são inerentes, passíveis de intervir na adaptação e desenvolvimento da criança (tais como humanos, físicos, culturais, económicos e organizacionais); Cuidados de Enfermagem, prestados a uma pessoa ou grupo cujo foco é a interligação dos primeiros três conceitos procurando envolver, participar e criar uma parceria de cuidados assim como capacitar e negociar cuidados. Estes dividem-se em cuidados autónomos e interdependentes, ambos baseados na evidencia científica, sendo de elementar relevância na melhoria continua da qualidade do exercício de enfermagem. (*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, n.d.) (OE, 2011, p.5)

No decorrer do ensino teórico e clínico percebemos que em relação à intervenção Brincadeira Terapêutica (BT), as equipas de enfermagem encontram-se pouco despertas quanto à sua relevância enquanto intervenção. E sendo através do Brincar que a criança desenvolve a sua dimensão emocional, logo uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem os cuidados à criança, escolhemos esta temática. Pois segundo Diogo (2015, p. 182) *“Os enfermeiros apesar de provocarem dor em alguns procedimentos conseguem conquistar as crianças; isto acontece pela via dos afetos e de transmitirem amor. De fato durante esses procedimentos dolorosos (por exemplo punção venosa) procuram ser afetivos, meigos e calorosos para confortar. Mas consideram muito importante a abordagem aos clientes noutros momentos, exclusivamente para dar carinho, colo ou para uma brincadeira e informar/ preparar para o momento doloroso”* a autora refere-se à negociação de cuidados, usando a intervenção BT como meio e o amor como via com o objetivo de prestar cuidados não traumáticos. Escolhemos então DIOGO (2015) e os conceitos emergentes da sua teoria de medio alcance *“Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar”* como referencial teórico, do qual destacámos a intervenção BT. Sendo o BT, uma intervenção que visa preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que o torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano pela transmissão de tranquilidade e coragem, acalmando, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos. (Martins De Freitas & Voltani, 2016) O referencial teorico tem cinco categorias major, *“Promover um ambiente seguro e afectuoso”, “Nutrir os cuidados com afeto”, “Gerir as emoções dos clientes”, Construir a estabilidade na relação” e “Regular a disposição emocional para cuidar”* (Diogo, 2015, p. 227)

Os objetivos gerais escolhidos para o presente relatório são: a) desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos diferentes contextos de atuação do EESIP; b) desenvolver competências específicas de EESIP nos diferentes contextos de atuação, com recurso à intervenção BT. Os objetivos foram construídos através de uma análise crítico reflexiva trabalhada em Orientações Tutoriais (OT) decorrentes na UCP Lisboa aquando a preparação e acompanhamento dos contextos de estágio.

Quanto à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro é apresentado o referencial teórico e a *Scoping Review* (SR) referente à intervenção BT, em que ambos sustentam a escolha da problemática. O segundo capítulo caracteriza cada contexto de estágio por ordem cronológica, apresenta os objetivos específicos para cada contexto, atividades e competências desenvolvidas, assim como a avaliação das mesmas. Externamente aos capítulos acima referidos, segue a apresentação das conclusões, as implicações para a prática e reflexões finais do percurso formativo. No fim do documento serão apresentados os apêndices e anexos mencionados ao longo do relatório. A referenciação utilizada seguiu-se pelas normas “*American Psychological Association*” (APA).

As ferramentas de apoio na realização do relatório foram os seguintes programas informáticos: Office 2019® e Mendeley®. A metodologia utilizada foi a descrição e a análise crítico-reflexiva.

O primeiro contexto a ser apresentado é o de uma Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) da área de Lisboa, que apesar de não se enquadrar dentro da unidade curricular “Estágio final e Relatório” ofereceu contributos valiosos para o percurso formativo e desenvolvimento da referida unidade curricular, tais como a aquisição de competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. O segundo contexto decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) pertencente a um centro Hospitalar na área de Lisboa. O terceiro e quarto contextos desenvolveram-se num Hospital privado na área de Lisboa, sendo que o primeiro foi numa unidade de Internamento em Pediatria (UIP) e o segundo no Atendimento Médico Permanente Pediátrico (AMPP).

CAPÍTULO 1 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1.1 GESTÃO DO TRABALHO EMOCIONAL NO ATO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Crianças, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Estado Português em 1990, são entendidas como «todo o ser humano menor de 18 anos», este é um grupo prioritário pelo que justificam um maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde. (Moura & George, 2013)

A teoria de medio alcance de “Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar” tem por objetivo clarificar o fenómeno da utilização das emoções enquanto instrumentos terapêuticos em enfermagem pediátrica. (Diogo, 2015, p. 217)

Segundo Oatley & Jenkins (2002) a emoção é o centro da vida mental, ou seja, determina a significância que atribuímos ao nosso mundo, acontecimentos e objetos. As emoções são então, os processos que se concebem, suportam, transmutam e concluem a relação da pessoa com o meio. Já o afeto é um conceito mais objetivo, passível de ser observado, mais do que experienciado. O sentimento por outro lado sugere um estado interior de intimidade pessoal, o qual não é passível de observar, apenas o efeito deste. (Diogo, P. 2015, p. 23)

As emoções dotam de sentido o agir dos enfermeiros, que conseqüentemente atribuem sentido ao cuidar. Como afirma Collière (1999, p. 152) “É a relação com o doente que se tona eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o eu ele tem”. Tendo as relações como base do cuidado, é de suma importância realçar que as relações são fundamentadas por emoções. (Goleman 2006)

A referida teoria de Diogo (2015) engloba cinco categorias, e as suas interligações decorrentes do processo de uso terapêutico das emoções, tendo como conceito central a metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar, pois este é transversal a todas as

categorias. (Diogo, 2015, p. 217)

Para desenvolver a teoria os investigadores recorrem a uma redução analítica de casos e conjuntos de declarações (corpus de dados) que podem ser utilizados para explicar o tema, diferenciando-os em categorias. Sendo categorias conceitos imaturos e conceito essas mesmas categorias trabalhadas, ou seja, o conceito é a expressão do argumento que conclui a essência do fenómeno e uma explicação teórica desenvolvida. Portanto, os conceitos representam as opiniões e experiências dos participantes (utentes e enfermeiros no caso de Diogo), numa expressão reduzida que emerge do raciocínio indutivo. (IBIDEM)

O estudo de Diogo (2015) revela que os enfermeiros participantes executam a “metamorfose da experiência emocional do ato de cuidar” ao promoverem um ambiente seguro e afetuoso, nutrem os cuidados com afeto, gerem as emoções dos utentes, constroem a estabilidade na relação e regulam a disposição emocional para cuidar, de forma contínua e sistemática, quer na relação quer no espaço do internamento. Ou seja, usam as emoções enquanto instrumento terapêutico através das cinco categorias são então estratégias para a metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. (Diogo, 2015)

As cinco categorias, de seguida apresentadas, são oriundas da lógica indutiva:

“Promover um ambiente seguro e afetuoso”

Deriva de uma preocupação derivada do ambiente hospitalar, pois mais do que estranho é stressante, no qual a criança se sente impotente, havendo a necessidade de a proteger. Ações como acolher, cumprimentar, expressar afeto, sintonia com o mundo fantástico da criança e preservar a segurança no quarto auxiliadas por um ambiente físico dirigido com brinquedos e sala de brincadeiras, traduz-se numa experiência mais positiva, tranquila e adaptativa, potenciando e acelerando a recuperação. (Diogo, 2015)

“Nutrir os cuidados com afeto”

DIOGO justifica esta categoria como necessária para o desenvolvimento das crianças por considerar que os cuidados não funcionam sem afetos além de facilitar a execução dos procedimentos. Refere que ações como colo, carinho, falar animado em momentos como

o início e fim do turno, e durante o cuidado à criança. Defende ainda que deve ser algo espontâneo e intencional, cujos resultados incluem o alívio do sofrimento, confiança e segurança e desenvolvimento e consolidação da relação criança/ família e enfermeiro. (Diogo, 2015)

“Gerir as emoções dos clientes”

DIOGO apresenta também a gestão emocional como categoria maior como forma de promoção de um melhor ajuste, pela vertente de antecipação (postura calma, apresentar disponibilidade, dar explicações e reforço positivo) e pela vertente da reatividade (envolver a família, esclarecer dúvidas, fomentar a esperança, encorajar). Menciona fatores como o acesso prévio à informação sobre o estado emocional, saber experiencial e relação construtiva como fatores facilitantes e apresenta como consequências a promoção do bem-estar emocional, autocontrolo emocional e conquista de confiança. (Diogo, 2015)

“Construir a estabilidade na relação”

Considerando que as interações enfermeiros-utentes são dotadas de emoções, DIOGO construiu esta quarta categoria justificando que os projetam na interação uma experiência emocional intensa cuja estabilidade e confiança são essenciais na prática de cuidados. Refere ações como o envolvimento emocional, gestão de conflitos e equilíbrio de poderes como essenciais, sendo facilitados por pais calmos, crianças recetivas, tempo e disponibilidade no contato. Como consequências enumera a tranquilidade nas relações, adaptação, aceitação e compreensão. (Diogo, 2015)

“Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)”

Motivação e missão, persistência e vontade são características fulcrais para a implementação desta categoria, sendo facilitadas pela compreensão, gratidão, realização e apoio e dificultadas pelo excesso de trabalho, cansaço, fragilidades e processos de

transferência para os filhos. Ações como analisar experiências, compreensão, partilha e descentralização tem como consequência a inibição ou indução de emoções negativas próprias transmutando-as, mantendo o envolvimento emocional e promovendo o bemestar e alívio de sofrimento assim como a aceitação. (Diogo, 2015) Os enfermeiros utilizam então, intencionalmente, a emoção própria e dos utentes para influenciar a experiência da doença e hospitalização positivamente pela relação e cuidado ao promover o alívio do sofrimento. Fomentando assim a metamorfose dos sentimentos negativos em experiências e consequentes sentimentos positivos, garantindo a homeostasia dos utentes e consequente bem-estar emocional. Os seja, esta regulação da disposição emocional é fulcral para o desenvolvimento do processo transformativo. (Diogo, 2015, p. 219).

A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso e exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio e frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e sentimento de desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais. (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; Dantas, da Nembrega, Pimenta, & Collet, 2016; Silva, Austregésilo, Ithamar, & Lima, 2017)

O cuidar em pediatria deve reger-se pela flexibilidade e individualização face às necessidades da criança e família, respondendo não só aos aspetos do domínio técnico, como também aos de dimensão emocional. O enfermeiro em pediatria engloba intuitivamente o afeto no seu cuidar para regular eventos emocionalmente perturbadores, reciclando assim, as emoções negativas – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, p. 174).

No entanto as respostas emocionais da criança dependem da sua fase de desenvolvimento, por exemplo os pré-escolares podem desenvolver um sentimento de culpa por acreditarem que o sofrimento experimentado é um castigo, e que a situação de doença poderá ser permanente (Theofanidis, 2007).

Segundo Diogo (2015, p.220) a metamorfose da experiência emocional é condicionada por dois fatores: o espaço de interação e o período de tempo de contacto com os utentes, no entanto também as habilidades, capacidade de adaptação e experiência emocional pautam a prática de cuidados. Logo a metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar em enfermagem pediátrica envolve transmutação simultânea dos utentes e

enfermeiros como foco central. (Figura 1)

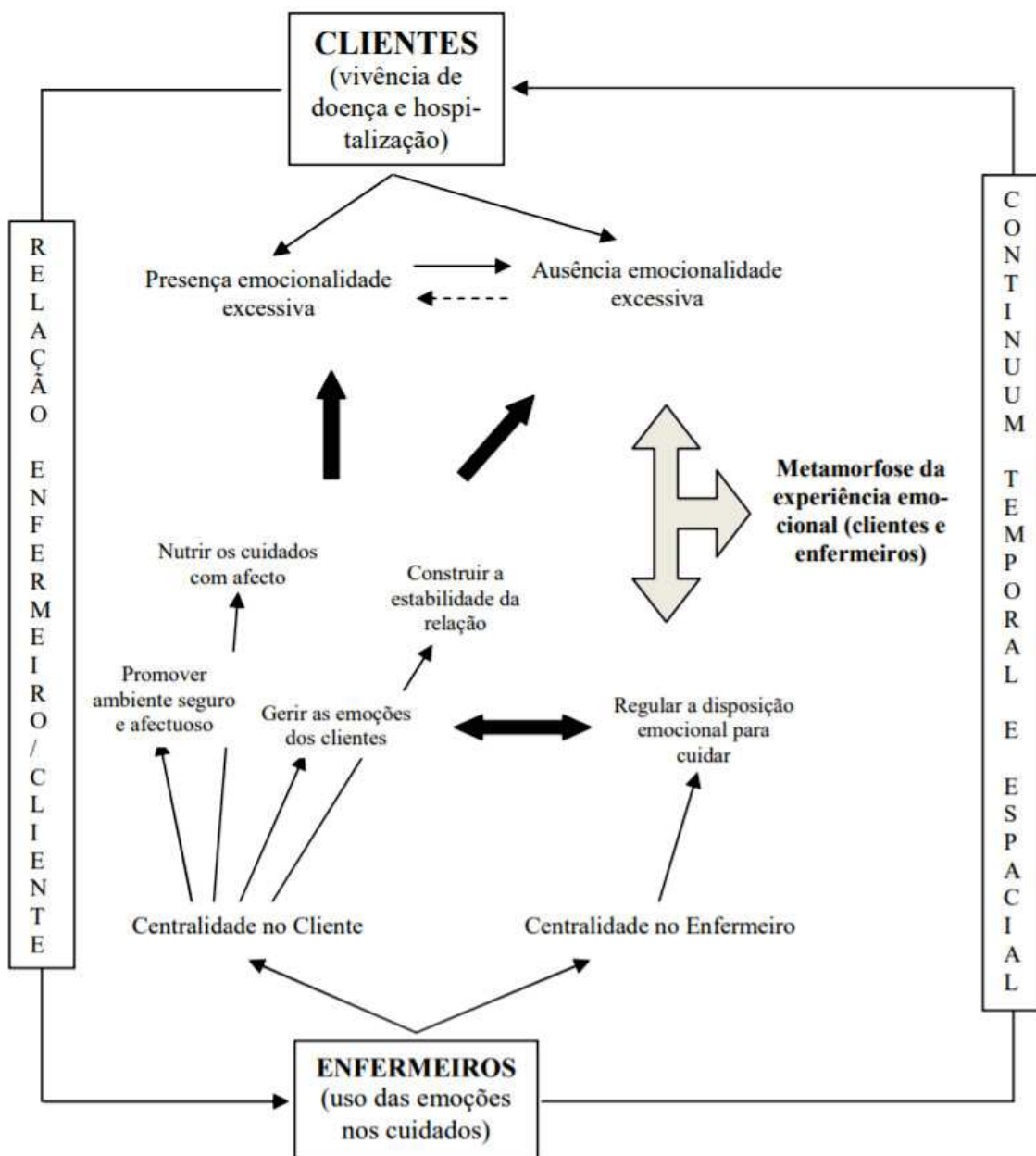


Figura 1 – “Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar” (Diogo, 2015, p. 220)

Podemos então depreender que a metamorfose da experiência emocional é promotora do desenvolvimento quer dos utentes quer dos enfermeiros pois os enfermeiros pelo cuidar transformam positivamente experiências perturbadoras provenientes da doença com potencial de crescimento paralelo para o utente e enfermeiro. Na perspetiva dos utentes,

esta capacita-os de uma maior autonomia no autocontrolo emocional e de uma crescente eficácia de mecanismos de *coping* próprios. Por outro lado, os enfermeiros ao experienciarem a própria metamorfose aprofundam o autoconhecimento e melhoram a prática na implementação do bem-estar dos utentes. Ou seja, os enfermeiros recorrem a emoções para se transcenderem profissionalmente (melhorando o bem-estar dos utentes e a prática de cuidados) e pessoalmente traduzindo-se num profundo crescimento e autoconhecimento (pela compreensão das emoções humanas, nutrindo o caminho do desenvolvimento pessoal, consciencializando-se e libertando de emoções negativas) torna-se imperativo sentir, pois sentir emoções é a base para a transformação do enfermeiro num profissional informado, sensível e autónomo. (Diogo, 2015)

A hospitalização, dotada de uma carga emocional negativa intensa pode originar problemas futuros relacionados com os cuidados de saúde, traduzindo-se de forma debilitante no desenvolvimento da criança(Caleffi et al., 2016). Sendo a hospitalização uma situação potenciadora de crise, não apenas da criança mas também no seio familiar, além das crises expectáveis nas etapas do ciclo vital da família, potencia um elevado nível de stress familiar, podendo conduzir a uma disfunção familiar. (Jorge 2004) Emoções mais frequentes são de angústia, dúvida, medo, dor, sofrimento e incerteza estarão presentes. Uma crise resultante de uma doença sustenta uma situação de risco por uma mudança não procurada, implicando um momento de transição importante e significativa (Hanson, 2005)

Sendo a crise uma oportunidade e risco, é sentida inicialmente, como acima referido, como uma ameaça pela imprevisibilidade ao inspira transformação, e quando ultrapassada positivamente traduz-se em evolução. (Jorge, 2004) É então, de vital significancia o enfermeiro dotar a criança e família/ pessoa significativa de competências que a permitam conquistar com sucesso.

Os enfermeiros, ao dar à família e criança, ferramentas para lidar com os stressores da hospitalização, podem contribuir para uma experiência positiva, prevenindo que a crise evolua para níveis de ruptura. (Diogo P, 2015)

Partindo do pressuposto que todos detemos memória autobiográfica, que nos permite evocar memórias individuais para compreender o presente e prever eventos futuros, CURY (2007) defende que o indivíduo não se recorda de experiências originais passadas

mas recorda uma reconstrução interpretativa do experienciado. Ou seja, os enfermeiros infligem dor pelos procedimentos, mas conseguem conquistar a criança por via do afecto, quando este durante o procedimento se mostra carinhoso e acessível. DIOGO defende que é importante presentear afecto não apenas no momento do procedimento mas também em períodos exclusivamente dedicados a este, através do colo ou brincadeira.

Os enfermeiros ao explicar os procedimentos devem fazê-lo por técnicas perceptíveis ao estadio de desenvolvimento da criança, competências e mecanismos de coping, relacionando-os com experiências anteriores. Sendo um dos métodos mais apropriados o BT. (Orhan & Yildiz, 2017)

Martins De Freitas & Voltani (2016) defendem o uso da intervenção BT para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família.

Sendo brincar o trabalho da criança, que consiste numa atividade espontânea e agradável através da qual a criança se desenvolve, de forma natural e se expressa por meio de atividades físicas, emocionais, sociais e cognitivas, manifestando simbolicamente as suas fantasias, desejos e experiências. Brincar é por isso uma atividade contínua que não cessa quando a criança adoecer ou fica hospitalizada. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

Segundo a declaração universal dos direitos da criança, “A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.” (*DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS - UNICEF, 1959*) De acordo com este princípio, os hospitais tornam-se responsáveis pela problemática do brincar. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

Mais ainda, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada, a criança tem o direito a brincar e a desenvolver actividades lúdicas de acordo com o seu estadio de desenvolvimento físico e cognitivo. (Instituto de Apoio à Criança, 1998)

A compreensão necessidade de brincar é imperativa, principalmente para profissionais de

saúde como os enfermeiros, figuras muito presentes durante momentos e situações potencialmente stressantes para esta população. Nesta etapa, a estrutura cognitiva e psicoemocional da criança está em desenvolvimento, pelo que os recursos que esta tem para enfrentar situações dolorosas são limitados, além da limitação para compreender a realidade, recorrendo frequentemente à fantasia. (Ortiz La Banca, de Oliveira Monteiro, Amalia Ribeiro, & Hirooka de Borba, 2015; Pontes, Tabet, Folkmann, Cunha, & Almeida, 2015) Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio facilitador para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança numa intervenção que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança. (Martins De Freitas & Voltani, 2016; Orhan & Yildiz, 2017)

Segundo DAMÁSIO (2003) é através do controlo da interação com o meio, que nos causa emoções, que conseguimos conquistar algum domínio sobre o nosso processo de vida, elevando-nos a um maior estado de harmonia.

Existem dois tipos de brincar em cuidados de saúde, o BT e a terapia pelo brincar. A terapia pelo brincar é utilizada por psicoterapeutas para diagnosticar um problema psicológico da criança e facilitar a libertação de tensões enquanto que o brincar terapêutico permite além destas, desenvolver competências para o desenvolvimento psicológico. Os objetivos comuns a estes dois tipos de brincar são a criação de uma relação entre o profissional e a criança e a manifestação de stressores decorrentes da vivência da criança. (Walker, 1988)

Segundo VESSEY & MAHON (1990) existem três tipos de BT, sendo eles o brinquedo dramático, usado como catalisador da expressão emocional da criança com o objetivo de promover o conforto e autocontrolo pela dramatização de experiências potencialmente promotoras de stress. Diferenciaram também o brinquedo instrucional, este tem uma função educativa cujo objetivo visa informar, familiarizar e explicar futuros procedimentos invasivos, através deste existe uma desmistificação pela informação e oportunidade de esclarecimento de dúvidas. Por último existe o brinquedo capacitador das funções fisiológicas que como o nome indica, fomenta a capacitação da criança na manutenção e melhoria das condições físicas da criança de acordo com o seu estadio de

desenvolvimento.

É então, por meio da BT, que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar. (Gesteira, 2011)

A atividade de brincar, enquanto prática de enfermagem pediátrica é utilizada para gerir o estado emocional da criança, resultando na minimização do medo, ansiedade, tristeza e solidão, promovendo o *coping* no controle da dor, aumentando a confiança e promove a satisfação das necessidades emocionais da criança. É usada também como prática para desenvolver relacionamentos próximos e de confiança, por minimizar o medo e ansiedade. Promove o bem-estar e conforto ao fomentar a harmonia mente-corpo-espírito, acrescentando sentimentos de felicidade, divertimento e gratidão. Por fim, alivia o sofrimento ao promover a adaptação da criança à doença e hospitalização. (Diogo P. 2015)

1.1.1 Brincadeira Terapêutica como intervenção humanizadora de cuidados – *Scoping Review*

Tendo em conta a componente de investigação como parte integrante e fulcral no desenvolvimento deste percurso académico desenvolvemos uma SR como parte inerente à prática baseada na evidência. A SR completa encontra-se no APENDICE I.

Reconhecendo que as SR mapeiam a evidência com o objetivo de fornecer esse mesmo mapa da evidência disponível. Ou seja, as SR são úteis para examinar a evidência emergente quando ainda não são claras questões mais específicas. (“Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2015 edition/supplement,” 2015)

Resumo

A intervenção do Brinquedo terapêutico contribui para a maximização do conforto, assim como capacita a criança a adotar uma postura ativa no internamento e nos procedimentos que dele resultam. Proporciona uma colaboração por parte desta nos cuidados e desmistifica o ambiente hospitalar. No entanto a informação disponível quanto à

implementação e avaliação da intervenção, tipos de participantes, contexto de aplicação e características da intervenção encontra-se dispersa na literatura, dificultando a formulação de perguntas de investigação e comprovação da efetividade da intervenção, verificando-se a necessidade de uma revisão *scoping*. **Objetivo** Mapear na literatura científica a intervenção brinquedo terapêutico implementada e avaliada em enfermagem pediátrica **Critérios de Inclusão: Tipos de participantes** Foi considerada a população pediátrica de idade compreendida entre o primeiro ano de vida e o décimo sétimo ano mais trezentos e sessenta e cinco dias. Com a exceção do caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos vinte e um anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso; **Conceito** Considerou-se todos os estudos que abordaram a intervenção “brinquedo terapêutico” implementada e avaliada no contexto da enfermagem pediátrica. Considerou-se como intervenção, brinquedo terapêutico “...o uso intencional e orientado de brinquedos ou outros materiais para ajudar as crianças a comunicar a sua perceção e conhecimento do mundo e ajudar a dominar o seu ambiente”¹⁵; **Contexto** Considerou-se todas as atividades relacionadas com a intervenção “brinquedo terapêutico” implementadas e avaliadas em contexto Hospitalar; **Tipos de fontes** Considerou-se estudos publicados de natureza quantitativa, qualitativa, e revisões sistemáticas da literatura. **Estratégia de pesquisa** Composta por três etapas: 1. Pesquisa inicial delimitada às bases de dados CINAHL e MEDLINE. Após esta pesquisa inicial os artigos foram analisados quanto às palavras-chave, título e resumos; 2. Extensa pesquisa palavras-chave MeSH em todas as bases de dados incluídas (CINAHL; MEDLINE); 3. Procura individual da lista de artigos completos cujas bases de dados não facultam por inteiro. **Extração de resultados** O instrumento de extração de dados foi extraído da JBI.¹⁹ Um revisor extraiu os dados independentemente. Quaisquer dúvidas foram resolvidas com um segundo revisor ou terceiro se necessário. **Apresentação de resultados** Oito estudos foram analisados relativamente à BT, publicados entre 2013 e 2017, são resultado de estudos internacionais. Relativamente aos temas, três focam-se no uso do brinquedo terapêutico e cinco sobre a BT. Sendo que cinco focam as técnicas e procedimentos e três relativamente ao contacto com os serviços de saúde e ansiedade resultante, assim como o alerta para a problemática do sofrimento infantil na hospitalização e a necessidade de brincar continua durante a referida hospitalização. **Conclusão** Esta revisão verificou que o uso da intervenção do Brinquedo Terapêutico contribui para o carácter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da

criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades.

Implicação para a pesquisa A BT é facilitadora da interação enfermeiro- criança, um meio para aceder ao imaginário da criança e assim perceber os seus pensamentos, sentimentos, conhecimentos e ideias pré concebidas. Quanto maior for a compreensão do intimo da criança mais facilmente será a adequação do cuidado, favorecendo a experiencia de internamento mais saudável e devolvendo o controlo através de escolhas e oportunidades de recrear eventos. Esta prática facilita a formação de vínculo e ajuda a criança a relacionar a figura do profissional às atividades consideradas prazerosas e não somente aos procedimentos que causam dor e desconforto.

Palavras-chave Play Therapies (MeSH); Therapies, Play (MeSH); Theray, Play (MeSH); Pediatric Nursings (MeSH); Nursing, Pediatric (MeSH); Children (MeSH).

Introdução

Etimologicamente, a palavra "*infância*" tem origem no latim *infantia*, do verbo *fari* = falar, onde *fan*= falante e *in* constitui a negação do verbo. Portanto, *infans* refere-se ao indivíduo que ainda não é capaz de falar, ter pensamento, conhecimento, destreza ou raciocínio. Em oposição à origem da palavra, sabemos que as crianças se manifestam no ambiente, interagindo e evoluindo, onde firmemente expressam ações e reações à realidade a que são expostas. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

Brincar é, o trabalho da criança, uma atividade espontânea e agradável através da qual desenvolvem, de forma natural, atividades físicas, emocionais, sociais e cognitivas, expressando simbolicamente as suas fantasias, desejos e experiências, e que não cessa quando esta adoece ou fica hospitalizada. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

O processo de hospitalização é um momento peculiar não só para a criança, mas para toda a família. Saber cuidar deste binómio requer um conhecimento técnico e científico. Contudo, muito além do saber fazer, é preciso saber ser. O profissional precisa saber colocar-se no lugar do outro. (Gesteira, 2011)

Apesar do brinquedo não ter o seu valor terapêutico reconhecido na totalidade dos

estudos, existe evidência científica em como a intervenção da BT contribui para a gestão do estado emocional, nutrir afetivamente, aliviar o sofrimento e confortar a criança. O mesmo autor refere ainda que este reforça a relação terapêutica, contribuindo para a autorrealização da pessoa cuidada. (Diogo, 2015)

Os enfermeiros avolumam diversas atitudes e comportamentos que não são reconhecidos ou considerados como práticas terapêuticas. Estas práticas, bem como os instrumentos terapêuticos, devem ser expostos, para dar visibilidade aos seus resultados e para clarificar, redefinir e enriquecer a esfera de ação dos enfermeiros. (Diogo, 2015)

Quanto à promoção de um ambiente seguro e afetivo, brinquedos como fatores facilitadores da interação da criança, promovendo uma sintonia com o mundo infantil pela brincadeira. (Diogo, 2015)

A BT representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspetiva de natureza macro sistémica, mas representa principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados”. (Lopes, 2006, p. 339) Esta intervenção baseia-se na filosofia do cuidar com uma abordagem não diretiva. Esta oferece, à criança, liberdade para se exprimir de forma verbal e não-verbal e oferece meios, pelos quais, ela pode manifestar os seus medos e preocupações, ajudando o enfermeiro a identificar esses mesmos sentimentos e emoções. (Caleffi et al., 2016)

A BT é uma brincadeira estruturada, com base na função catártica de brincar, que promove a expressão emocional da criança. Esta tem como objetivo realçar mecanismos de *coping* e bem-estar emocional. Pode ser classificada em: instrucional, preparando a criança para os procedimentos; capacitador de funções fisiológicas, promovendo o desenvolvimento e fortalecimento do potencial da criança no uso de funções fisiológicas dentro das suas capacidades; dramático/catártico, pois permite que a criança exteriorize as experiências, sobre as quais tem dificuldade em verbalizar, a fim de aliviar a tensão e facilitar a expressão de sentimentos, necessidades e medos. (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; de Matos, Canela, Silveira, & Wernet, 2013) Esta envolve atividades como a expressão plástica, bonecos, gráficos de adesivos e teatros de fantoches. Pensos, seringas, agulhas, luvas, máscaras e uniformes, estão entre os materiais apropriados para a criança manipular e, assim, conhecer os instrumentos hospitalares. Através desta interação

simbólica, potencia-se um comportamento autêntico, elaborando, assim, uma importante estratégia de mediação durante as intervenções de enfermagem. Ou seja, mediante o lúdico, a criança aprende e compreende o momento que está a viver. (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; de Matos et al., 2013; Gesteira, 2011) Desta forma, é garantido à criança o direito de brincar, mesmo estando hospitalizada. É através da brincadeira que ela poderá expor os seus anseios e passar a notar que o ambiente hospitalar não é tão ameaçador, pois, há brinquedos e profissionais que brincam. Desta maneira, ocorrerá a estimulação do desenvolvimento biopsicossocial da criança/família e o fortalecimento do vínculo com a equipa. Quando a criança percebe o lugar da doença e que consequências se reflectem na sua vida, tende a modelar a sua identidade como mecanismo de coping. (de Matos et al., 2013; Gesteira, 2011)

Questão da Revisão/ Objectivos

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear na literatura científica a intervenção BT implementada e avaliada em enfermagem pediátrica. Mais especificamente, a revisão focou-se nas seguintes questões:

1. Qual a utilidade da BT para crianças em ambiente hospitalar?
2. Qual a necessidade da BT para crianças em ambiente hospitalar?
3. Quais os resultados da BT para crianças em ambiente hospitalar?

Critérios de Inclusão

Participantes

Foi considerada a população pediátrica de idade compreendida entre o primeiro ano de vida e o décimo sétimo mais trezentos e sessenta e cinco dias. Com a exceção do caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos vinte e um anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. “Esta apresenta-se dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais independente, até alcançar a autonomia. A criança/jovem é também um centro de processos inter-relacionais, que decorrem do seu direito à liberdade de expressão e autodeterminação, bem como o

respeito de opinião, do seu projeto de saúde e de prestar consentimento nas decisões sobre a situação clínica, criação e melhoria dos serviços.” (*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, 2011, p. 9)

Conceito

Considerou-se todos os estudos que abordaram a intervenção BT implementada e avaliada no contexto da enfermagem pediátrica. Considerou-se a intervenção BT “...o uso intencional e orientado de brinquedos ou outros materiais para ajudar as crianças a comunicar a sua percepção e conhecimento do mundo e ajudar a dominar o seu ambiente.” (Bulechek G, Butcher H, Dochterman J., 2015)

Todas as intervenções que, pelo meio do brincar, que promovam não apenas o bem-estar, controlo de dor, ansiedade e adesão, mas também que contribuam para a socialização, auto-responsabilidade, auto-modificação e controlo do comportamento.

Contexto

Definiu-se como contexto todas as atividades relacionadas com a intervenção BT implementadas e avaliadas em contexto Hospitalar.

“O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos.” (*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, 2011)**Tipos de Estudos**

Foram considerados estudos de natureza qualitativa e quantitativa, publicados em Português, Inglês e Espanhol, na janela temporal de 2008 a 2018, que respeitavam os elementos orientadores do método PCC (População, Conceito e Contexto).

MetodologiaA revisão sistemática da literatura proposta foi conduzida de acordo com a metodologia para revisão *scoping* do Instituto Joanna Briggs.**Bases de dados consultadas**

e estratégia de pesquisa A estratégia de pesquisa utilizada foi assente em três passos. 1. Pesquisa nas bases de dados PubMed e CINAHL complete (by EBSCO), seguidamente foi realizada a análise das palavras-chave e os termos indexados usados para descrever os mesmos, sendo também selecionados operadores booleanos e descritores. 2. Realizou-se nova pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos anteriormente selecionados. 3. Terceira pesquisa, através das referências bibliográficas dos artigos incluídos, para alcançar o maior número de resultados possível. A seguinte equação descreve a interação entre os termos indexados/descriptores MeSh utilizados e os operadores booleanos: Play Therapies (MeSH) AND Therapies, Play (MeSH) AND Theray, Play (MeSH) AND Pediatric Nursings (MeSH) AND Nursing, Pediatric (MeSH) AND Children (MeSH). Esta pesquisa realizou-se a 11 de maio de 2018 e 15 de maio de 2018. Os resultados foram avaliados e selecionados quanto à sua relevância pela informação disponibilizada no título e resumo. Posteriormente os artigos selecionados foram alvo de uma leitura integral previa para integração na amostra final. O fluxograma apresentado (Figura 1) descreve o processo de seleção a que os artigos foram submetidos.

Extração de Resultados A pesquisa foi realizada com base nos critérios de inclusão previamente descritos e estabelecidos. Foram seleccionadas inicialmente quarenta publicações: MEDLINE Complete (12), CINAHL Complete (28). Perante a lista de artigos encontrados, foram aplicados limitadores: o idioma pretendido, Português, Inglês, Espanhol e Italiano; acesso a texto completo; ano de publicação entre 2008 e 2018; localizar todos os termos de pesquisa; idade 0-18anos; tipos de documentos: revistas académicas. Os artigos que não corresponderam aos critérios de inclusão foram excluídos e os motivos de exclusão estão descritos em anexo, no fim da revisão *scoping*. Foram então seleccionadas vinte publicações para estudo: MEDLINE Complete (5), CINAHL Complete (15), enumeradas em anexo. Os artigos incluídos na revisão *scoping* foram submetidos a um processo de avaliação crítica. Neste tipo de recolha foram maioritariamente usadas fontes primárias, que se refletem em relatórios de estudos escritos por investigadores responsáveis pelos mesmos. Após leitura dos artigos, foram seleccionados oito artigos para análise. Estes artigos refletem os critérios previamente descritos, evidenciados na figura 1. Os resultados da pesquisa foram descritos na sua totalidade, no fim da revisão *scoping* e apresentados num fluxograma. Quaisquer dúvidas que surgiram entre os revisores foram resolvidos em discussão minuciosa com um terceiro revisor. Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados, em APÊNDICE

I. Foram extraídos dados por dois revisores de acordo com a extração de dados strandart da JBI, em caso de duvida na referida extração foi discutido com um terceiro revisor e/ou foram contactados os autores primários para clarificar os conceitos e temáticas. Os dados extraídos incluem dados específicos quanto à população, conceito, contexto, métodos de estudo e palavras-chave para a revisão objectiva (APÊNDICE I)

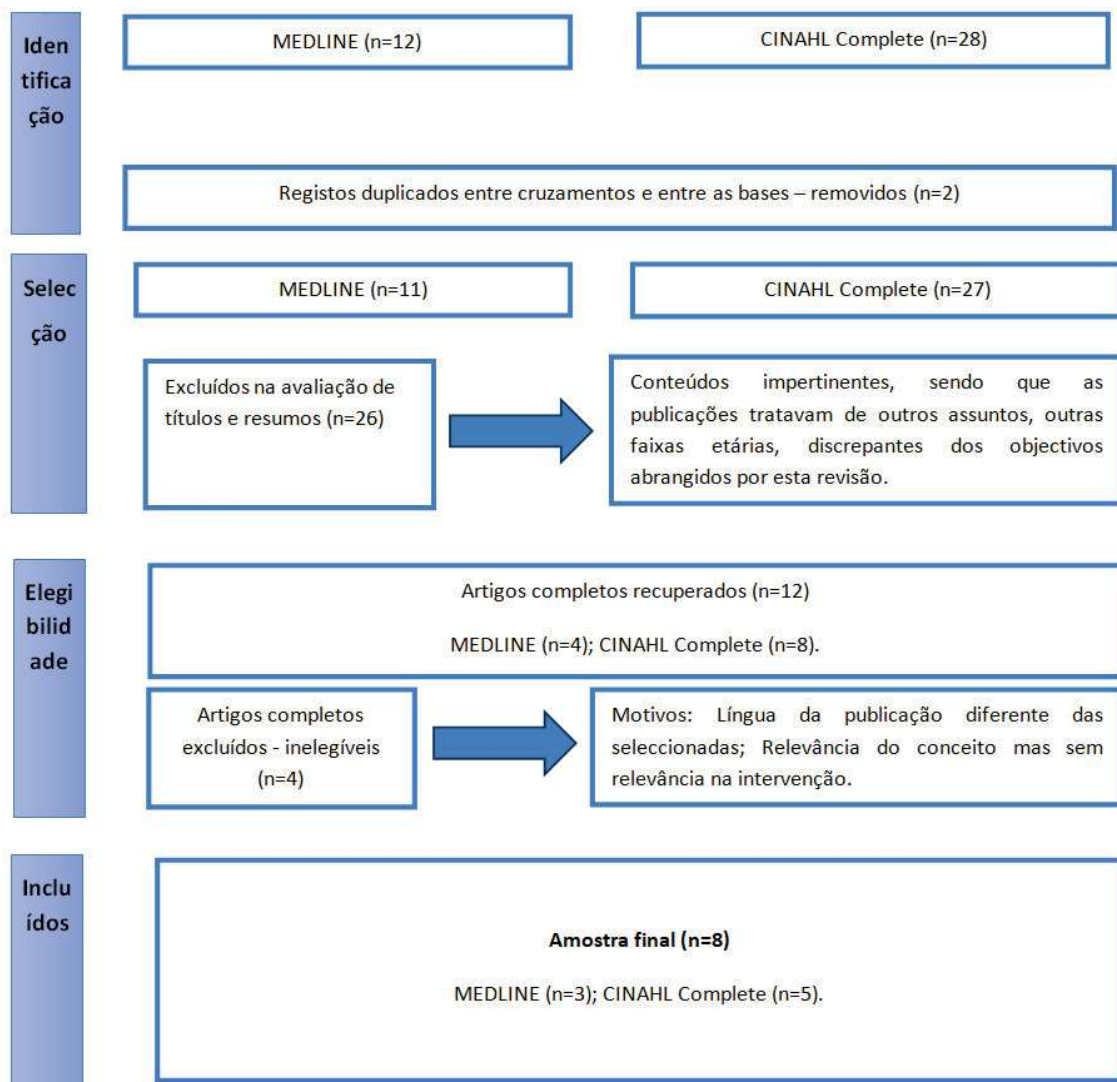


Figura 2 - Fluxograma PRISMA adaptado do proposto no manual *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, 2009).

Apresentação de Resultados A apresentação de dados foi feita em forma de tabela (APÊNDICE I) com o objetivo de destacar o objetivo da RS. A totalidade dos oito artigos seleccionados, foram publicados entre 2013 e 2017, são resultados de estudos internacionais. Sendo que cinco focam as técnicas e procedimentos e três relativamente ao contacto com os serviços de saúde e ansiedade resultante, assim como o alerta para a

problemática do sofrimento infantil na hospitalização e a necessidade de brincar continua durante a referida hospitalização. É de salvaguardar que a avaliação da qualidade metodológica bem como a extração e síntese dos dados foram apenas realizados com base num revisor. Os estudos recolhidos confirmam a relevância do impacto da intervenção BT para a redução do stress e ansiedade durante a hospitalização e procedimentos terapêuticos invasivos, por proporcionar à criança conhecimento e compreensão quanto ao propósito do procedimento, favorecendo a colaboração da criança. Corroboram também a diminuição do medo e desconforto, facilitando o trabalho do enfermeiro por uma maior receptividade da criança.

Resultados Manifestações tipo, sem a intervenção BT – As manifestações mais frequentes resultantes dos cuidados à criança são a ansiedade, a hospitalidade e o medo.

Comportamentos resultantes da intervenção BT – Verifica-se uma mudança nas atitudes das crianças, sendo que a mais frequente é a tranquilidade, alívio e surpreendentemente o vínculo com o profissional apesar de ser este o autor dos procedimentos e cuidados. Verifica-se uma transição de desconfiança para confiança e uma adaptação.

Artigos	Manifestações										
	Agitação	Dor	Medo	Hostilidade	Ansiedade	Grito	Choro	Tensão	Perda de controle	Desconfiança	Conflito
1		x	x	x	x				x		
2	x			x		x	x	x		x	
3			x	x	x						x
4		x	x		x				x		x
5					x						
6	x	x			x						
7		x	x	x	x						
8			x	x	x	x	x		x	x	x

Quadro 1 - Manifestações tipo sem a intervenção BT.

Artigos	Comportamentos										
	Vínculo com o profissional	Autocontrole	Adaptação	Alívio	Compreensão	Alegria	Colaboração	Tranquilidade	Aceitação	Confiança	Sujeito ativo
1	x	x	x	x		x					x
2		x	x	x			x	x	x	x	
3	x			x	x	x		x		x	x
4						x	x	x			
5	x				x			x			
6				x				x			
7			x					x			
8	x	x			x		x	x	x		x

Quadro 2 - Comportamentos resultantes da intervenção BT.

Discussão

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio à frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais. (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; Caleffi et al., 2016; Dantas et al., 2016) Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso do BT para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família. (Martins De Freitas & Voltani, 2016) A compreensão necessidade de brincar é imperativa, principalmente para profissionais de saúde como os

enfermeiros, figuras muito presentes durante momentos e situações potencialmente stressantes para esta população. Nesta etapa, a estrutura cognitiva e psicoemocional da criança está em desenvolvimento, pelo que os recursos que esta tem para enfrentar situações dolorosas são limitados, além da limitação para compreender a realidade, recorrendo frequentemente à fantasia. (Ortiz La Banca et al., 2015; Pontes et al., 2015) Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio por onde, sendo por isso a forma mais fácil e facilitadora para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos para as crianças. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança e traduzindo-se numa terapia que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança. (Martins De Freitas & Voltani, 2016; Orhan & Yildiz, 2017) É por meio da BT que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar. Os enfermeiros ao explicar os procedimentos, asseguram a compreensão dos mesmos, e devem fazê-lo por técnicas perceptíveis ao estágio de desenvolvimento da criança, competências e mecanismos de coping, relacionando-os com experiências anteriores. Sendo uma das intervenções mais apropriadas o BT. (Orhan & Yildiz, 2017)

Conclusão Esta revisão verificou que o uso da intervenção da BT contribui para o caráter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades. Ressalva-se que existem poucas publicações relacionadas ao uso da BT pela enfermagem. Os estudos encontrados se limitam, principalmente, aos procedimentos de punção venosa e vacinação. Entende-se, portanto, que é necessário realizar mais estudos que contribuam para fornecer evidências sobre o tema estudado. Espera-se que o conhecimento demonstrado por este estudo possa estimular o uso do BT pela equipa multiprofissional, nomeadamente pela equipa de enfermagem, para que possam fazer com que o cuidado transcenda o contexto biológico, e considere as necessidades emocionais das crianças envolvidas neste processo.

Implicações para a pesquisa Futuros estudos primários devem considerar identificar e clarificar características das intervenções, assim como o tipo de estudo, população, conceito e contexto. Apesar de os estudos quantitativos serem de importante relevância, os estudos qualitativos primários devem prevalecer, pois emoções são comportamentos passíveis de ser avaliados qualitativamente em prol de quantitativamente, pois é difícil medir a amplitude da tristeza, dor e tranquilidade do outro. Visto que o objectivo desta revisão é perceber a eficácia da intervenção BT, mais estudos piloto de casos controlo devem ser feitos para avaliar quais os temas da intervenção mais eficazes a induzir a confiança no profissional e a minimizar a ansiedade na criança. No entanto, apesar do brinquedo possibilitar a criança expressar livremente suas emoções, não se deve esperar que ela nunca chore ou grite no procedimento, mesmo sendo previamente preparada, como se observou em algumas crianças do grupo experimental deste estudo. A criança passa a confiar em quem brinca com ela, sentindo-se compreendida e à vontade para reagir livremente, sem medo de represálias por parte do profissional. (Pontes et al., 2015)

Implicações para a prática O BT é facilitadora da interação enfermeiro- criança, é um meio para aceder ao imaginário da criança e assim perceber os seus pensamentos, sentimentos, conhecimentos e ideias pré concebidas. Quanto maior for a compreensão do intimo da criança mais facilmente será a adequação do cuidado, favorecendo a experiencia de internamento mais saudável e devolvendo o controlo através de escolhas e oportunidades de recrear eventos. Esta prática facilita a formação de vínculo e ajuda a criança a relacionar a figura do profissional às atividades consideradas prazerosas e não somente aos procedimentos que causam dor e desconforto. (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; Caleffi et al., 2016; Ortiz La Banca et al., 2015) **Agradecimentos**

Os autores reconhecem com gratidão o apoio do Instituto de ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa. **Conflitos de Interesse** Os autores declaram que não existem conflitos de interesse, sendo a única responsável pelo conteúdo e escrita do artigo.

CAPÍTULO 2 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS

Neste capítulo será abordado o percurso formativo resultante dos quatro locais de estágio, pertencentes à unidade curricular “A saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica” na qual se enquadrou um estágio numa Cuidados de Saúde Primários e a unidade curricular “Estagio Final e Relatório” na qual foram incluídos os estágios de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica. Cada estágio será apresentado por ordem cronológica, por onde serão descritos os objetivos traçados, quais as atividades principais desenvolvidas e respetivas competências. Será também apresentado o local através de uma breve caracterização, para a oferecer o enquadramento do contexto experienciado.

A seleção do tema incidiu sobre a relevância de um cuidar pautado pelo desenvolvimento da criança no sentido de a promover e proteger, assim como capacitar e consciencializar enfermeiros para a intervenção BT, visto que os objetivos deste relatório, além de incidirem no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESIP, o recurso à intervenção BT é o meio pelo qual o desenvolvimento das referidas competências acontece, em que brincar é assumido como a linguagem da criança (como citado na SR anteriormente apresentada).

As atividades foram sustentadas por referenciais teóricos e práticos, e pela SR por nós desenvolvidas: “Brincadeira Terapêutica como intervenção humanizadora de cuidados”.

Foi utilizada uma metodologia reflexiva sobre as atividades definidas para determinar a aquisição de competências quer comuns, quer específicas do EESIP. Destas destacam-se as competências inerentes à prestação de cuidados específicos à criança tendo em conta a sua fase de desenvolvimento, destacam-se também a gestão de cuidados, os ensinamentos aos pais ou pessoa significativa, assim como aos enfermeiros prestadores de cuidados diretos. Posteriormente será apresentada uma análise crítica das atividades desenvolvidas e das respetivas competências do EESIP adquiridas, assim como as competências Comuns do EE, para cada estágio. É importante clarificar que tais competências derivaram do

diagnóstico de situação feito inicialmente após chegada ao local de estágio por entrevista com a Enfermeira Chefe e Orientadora e posterior delineação sob a orientação da orientadora do instituto.

2.1 CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS

2.1.1 Caracterização do local de estágio

Unidade de cuidados de saúde Personalizados (UCSP) que integra o ACES de Lisboa-Norte pertencente à ARS Lisboa e Vale do Tejo.

A UCSP tem uma totalidade de 72 267 utentes inscritos, sendo que destes 59 599 têm médico de família, existindo assim 17,4% de utentes sem médico de família.

A UCSP dirige a sua atividade preferencialmente para a população residente na referida freguesia, sem prejuízo daqueles que, mesmo não sendo residentes, demonstrem vontade de se inscreverem na unidade em sistema de inscrição esporádica para aceder a consultas de urgência ou como para utentes que trabalhem na referida freguesia.

Está organizada por programas de saúde que visam facilitar a acessibilidade dos utentes, segundo guias orientadores da Direção Geral de Saúde (DGS). As atividades inseridas nos programas acima referidos são adequadas a cada utente, de forma sistematizada para a prevenção da doença e promoção da saúde. A equipa multiprofissional é constituída por 41 médicos, 28 enfermeiros (12 EE, dos quais 5 são EESIP) e 18 administrativos.

Os programas que o estágio contemplou são o programa de vacinação nacional (PNV) e o programa nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ).

Os profissionais da UCSP asseguram as ações de vigilância e promoção da saúde necessárias ao cumprimento do definido no PNSIJ da DGS, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde globais, pertinentes e de qualidade. (Direção- Geral da Saúde, 2012) A UCSP reside num edifício de três pisos, em que todas as salas destinadas à população pediátrica estão decoradas com desenhos e brinquedos. Tendo em conta que a população infantil é alvo de cuidados antecipatórios importantes, esta UCSP, de acordo com o PNSIJ preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS), investe em ações de vigilância e promoção da saúde. (Direção- Geral da Saúde, 2012)

2.1.2 Análise e reflexão do percurso formativo

Atualmente a garantia do acesso aos cuidados de saúde qualificados, faz-se pelos Enfermeiros, sendo estes o grupo profissional de maior relevância quanto a esta temática. Os enfermeiros detêm um papel significativo quanto à educação e aconselhamento dos pais, assim como é da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança pelas consultas de enfermagem. (OE, 2008)

O EESIP tem a parceria com a criança e família/ pessoa significativa como campo de ação, em qualquer contexto, seja hospital, centro de saúde, escolas e afins, para promover e potencializar a saúde, prestando assim cuidados à criança saudável ou doente, educando e mobilizando recursos de suporte. (OE, 2018)

Com esta informação decidimos, aquando da integração na equipa de saúde em contexto de cuidados de saúde primários, identificar as principais necessidades da população infantil. Para um conhecimento mais detalhado foi feita a leitura do guia de acolhimento dado pela UCSP e construído um guião de entrevista para aplicar à enfermeira orientadora do contexto. Visto que de acordo com o PNSIJ:

“Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (Direção- Geral da Saúde, 2012, p. 5)

O diagnóstico de situação foi construído com base na entrevista, pós leitura do guia de acolhimento e observação participada decorrente da primeira semana de permanência no contexto de estágio. Identificaram-se então lacunas no conhecimento e implementação da intervenção BT durante o ato vacinal, mas especialmente durante as consultas de desenvolvimento, quer como forma de promoção de cooperação da criança quer como estratégia de avaliação da criança na consulta de desenvolvimento.

Decorrente da observação e participação neste programa observámos que as crianças, especialmente em idade pré-escolar, adotam uma postura defensiva que tende a ser quebrada ao longo da interação com a enfermeira. Postura que cede mais rapidamente quando a enfermeira entra no mundo da criança por meio da intervenção BT.

Observámos também que apesar de existir informação exposta na instituição a aconselhar

os pais a permanecer após a vacinação para despiste de efeitos colaterais, são raros os pais que cumprem.

Atendendo aos resultados obtidos do diagnóstico de situação, delineámos objetivos específicos, tendo como objetivo geral neste contexto “*Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos de atuação, com recurso à intervenção Brinquedo Terapêutico.*”

Objetivo específico 1 – Promover a implementação da intervenção BT nos cuidados de enfermagem à criança em idade pré-escolar durante a consulta de desenvolvimento infantil.

A visão do regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem (2011), todas as crianças e jovens, assim como as suas famílias/ pessoas de referencia, devem ter acesso equitativo a cuidados especializados em saúde da criança e do jovem com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, tratar e recuperar, enquanto se respeita os princípios de proximidade, parceria, capacitação e direitos humanos e da criança, dotado de um carácter holístico, ético e culturalmente sensível. (*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, n.d.) Partindo desta visão e relembrando que a criança, durante a infância, é submetida a alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, em que utiliza a brincadeira como linguagem assim como mencionado na SR apresentada no capítulo anterior remetemos o leitor para uma citação do Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP),

“As suas habilitações cognitivo-morais (da criança) limitam as decisões, por isso, impera a obrigação de agir de forma a promover o Bem. A preocupação major do desenvolvimento da criança é que seja feliz, fim último da ética, na perspectiva aristotélica e o princípio que a Carta dos Direitos da Criança defende em cada artigo”(OE, 2008, p. 70)

Sabemos que, com base na SR apresentada no capítulo 1, que ao brincar a criança adapta-se ao meio, identifica e reconhece as relações e sentimentos, desenvolvendo-se. Com base

no acima descrito e partindo do diagnóstico de situação, desenvolvemos uma grelha de observação sobre a utilização da intervenção BT (desenvolvida através de referenciais teóricos) (Fontes C, Mondini C, Moraes M, Bachega M, Maximino N, 2010) e aplicámos durante e após a intervenção BT no contexto da consulta de desenvolvimento infantil, depois obter o consentimento informado oral da família/ pessoa significativa, para perceber as necessidades específicas quanto à implementação da intervenção BT enquanto estratégia de comunicação. Percebemos que a criança, especialmente em idade pré-escolar, reage positivamente assim como o enfermeiro. Com a recolha de dados obtida na observação informal, que apresentámos aos enfermeiros posteriormente, criámos uma consciencialização coletiva sobre a importância da intervenção BT. Pois apesar de a equipa utilizar a intervenção BT, não a utilizada de forma sistemática. Foram utilizados brinquedos disponíveis na sala de consulta de desenvolvimento infantil, assim como objetos da caixa de Mary Sheridan (instrumento preconizado e sugerido pelo PNSIJ) (Direção- Geral da Saúde, 2012), utilizando duplamente a caixa enquanto meio para aplicação da intervenção BT enquanto estratégia mas também aplicando a escala como instrumento de avaliação de desenvolvimento.

A utilização da intervenção do BT contribui para o carácter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades. (Silva et al., 2017)

Houve uma franca adesão das crianças quando abordadas através da intervenção BT, no entanto pela limitação de tempo para a aplicação deste instrumento de colheita de dados, visto que a grande maioria do tempo foi utilizado na área da vacinação (em que eram vacinados adultos e crianças) por motivos de distribuição do sector da enfermeira orientadora, só foi possível aplicar a 4 crianças. A intervenção BT revelou-se útil na negociação numa abordagem positiva quer da criança quer da família, através da intervenção consegui obter variada informação pela criança, algo que em observações anteriores, possivelmente pela desconfiança desta, só consegui obter pelos cuidadores.

Após trabalhar os dados recolhidos (com recurso ao programa informático Excel, versão Office 2019) e avaliá-los, defendemos a utilização da intervenção BT como estratégia de comunicação com o objetivo de contribuir para cuidados de enfermagem personalizados

de excelência, resultando numa tentativa de experiência positiva para as crianças e famílias que frequentam a UCSP. Pois se brincar é a linguagem pela qual as crianças se manifestam, dão a conhecer e interagem, é da nossa responsabilidade utilizar a referida intervenção o mais frequentemente possível, por forma a que se torne, mais do que uma intervenção, um comportamento espontâneo pela sua casualidade. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

Decorrente desta intervenção acreditamos ter desenvolvido competências relacionais e observacionais relativamente à criança e dinâmicas familiares comportamentais. Por meio da intervenção BT o EE aplica e desenvolve a competência *“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”*; *“cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* e *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”*.

Apesar de se observarem variâncias entre as crianças observadas existe uma criança com um comportamento *outlier*. A criança não interagiu nem com os brinquedos, nem com o cuidador, nem com os enfermeiros. A criança não revelou qualquer interesse no local que a rodeava e apesar de ter cinco anos ainda não falava. Esta também não estabelecia contacto visual e corria pela sala de observação sem capacidade de focar a atenção num objeto por mais de 20 segundos. Foi impossível pela falta de cooperação fazer qualquer tipo de avaliação pela escala de Mary Sheridam, assim como não foi possível realizar a intervenção da BT com sucesso.

O comportamento da criança foi discutido com a enfermeira orientadora do contexto, e a criança e família foram referenciadas para a consulta médica para avaliação visto reunir mais de quatro fatores de risco biológico (Direção- Geral da Saúde, 2012), pois segundo o PNSIJ:

“as crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrências de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais. Tais casos exigem atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, que devem desenvolver estratégias de intervenção particulares adequadas aos mesmos” (DGS, 2012)

Salienta-se que a observação foi realizada com varios membros da equipa de enfermagem para promover a divulgação da pertinencia da intervenção BT.

Foi também desenvolvido um folheto para sensibilizar os pais da importância de permanecer no edifício da UCSP após administração de vacinas. O referido folheto contém informações relativas ao PNV atualizado e explica a necessidade e a natureza das vacinas.

No decorrer da elaboração do folheto informativo acima referido foi também realizado um panfleto. No entanto discutimos a reorganização em folheto de forma a incorporar o panfleto, pelo que assim foi feito. (APENDICE III)

O folheto informativo foi aprovado pela enfermeira orientadora e conselho da UCSP para implementação na instituição.

O folheto foi adornado com desenhos de *cartoons* alusivos à Patrulha Pata, uma serie bastante apreciada pelas crianças que frequentam as consultas de saúde infantil e a unidade de vacinação da UCSP. Esta conclusão foi feita de acordo com observação informal por conversas com a referida população. O intuito do uso destes cartoons específicos foi para chamar a atenção das crianças e conseqüente leitura pelos pais por observação sequencial decorrente do cuidado à criança. Os folhetos são coloríveis e foram expostos no guiché de atendimento e marcação de episódios da unidade de vacinação nacional e consultas de saúde infantil.

Objetivo específico 2 – Divulgar à equipa de enfermagem a intervenção BT como estratégia humanizadora de cuidados no âmbito da consulta de desenvolvimento infantil.

O presente objetivo deriva do primeiro, pois após implementação da observação e intervenção BT emergiu a necessidade de divulgação e sensibilização conjunta da equipa de saúde para a temática. Desenvolvemos uma sessão formativa sobre a relevância e pertinência da intervenção BT enquanto estratégia de comunicação na demonstração de emoções por parte das crianças com o objetivo de serem trabalhadas contribuindo para uma experiência positiva.

Apesar de a equipa da USCP ser multidisciplinar, a sessão formativa foi dirigida apenas a enfermeiros pela disponibilidade da instituição.

A sessão decorreu com uma taxa de sucesso de 91,6%, mas por condicionantes da instituição apenas 3 enfermeiros conseguiram comparecer, no fim da sessão foi aplicado

um questionário de satisfação e avaliação. Os critérios mais fortes foram: Conteúdo apresentado; Método apresentado; Facilidade de implementar os conhecimentos adquiridos; Oportunidade de participação; Como avalia a formação e Formadora com 100% de pontuação máxima “Muito bom”. Os critérios: Organização da formação e Qualidade do material apresentado tiveram 33.3% de pontuação “Bom” e 66.6% de pontuação “Muito Bom”. (APENDICE IV)

2.1.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas

Os objetivos desenvolveram-se de acordo com o diagnóstico de situação, e uma reflexão crítica foi possível com recurso ao portefólio construído no contexto. Resultantes da reflexão desenvolvemos competências específicas do EESIP, nomeadamente na unidade de competência *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* especificamente pelo descritivo *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao desenvolvimento e à cultura.”* através da utilização da intervenção BT para facilitar a comunicação com criança, atividade essa desenvolvida em parceria com a enfermeira orientadora do contexto de estágio, quer durante o ato vacinal quer na consulta de desenvolvimento infantil como meio facilitador de comunicação com a criança/ jovem.

Através da realização de uma observação guiada por uma grelha de observação dos comportamentos das crianças resultantes da intervenção brinquedo terapêutico foi desenvolvida a competência do EESIP acima referida *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”*.

Foi também desenvolvida a unidade de competência do EESIP *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/ jovem”* pela atividade do folheto para sensibilizar os pais da importância de permanecer no edifício da UCSP após administração de vacinas.

Como resultado da sessão de divulgação, atividade que promoveu a consciencialização coletiva sobre a importância da intervenção BT assim como a capacitação dos pares, desenvolvimento de competências na formação e comunicação pela transferência do saber e mobilização dos referenciais teóricos e seus conceitos nesta específica área de intervenção foi desenvolvida a competência comum do EE *“baseis a sua praxis clinica*

especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” mais especificamente “favorece a aprendizagem... e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” e “discute as implicações da investigação”.

O conjunto de atividades desenvolvidas na USCP permitiu-nos construir uma análise crítico-reflexiva sobre a necessidade de formação em contexto de trabalho para atualização de conhecimento assim como a importância da investigação para construção e validação do saber. Saber esse que está em constante reformulação e evolução pelo que a atualização constante deve ser fomentada. Além de criar e procurar conhecimento é de máxima importância transmiti-la para promover uma continuidade de cuidados eficaz e eficiente. Foi-nos também possível constatar que é difícil transmitir esse conhecimento em horário de trabalho pela disponibilidade do serviço, sendo preferível promover a formação numa data específica para o efeito em que os enfermeiros não estejam em situação de prestação de cuidados.

Por fim constatámos a fulcral relevância o desenvolvimento dos cuidados primários, visto que o campo de ação destes é crucial para retirar utentes dos hospitais, quer pela prevenção como avaliação e intervenção familiar precoce nas necessidades específicas de cada unidade familiar assim como no acompanhamento no desenvolvimento e doença.

Por fim constatámos ser de maior e urgente importância a necessidade dos cuidados primários para tirar pessoas dos hospitais. Este contexto de estágio permitiu-nos então reconhecer a significância do EESIP numa USCP como equipa de referência nos cuidados de enfermagem à criança e família/ pessoa de referência.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

2.2.1 Caracterização do local de estágio

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) onde o estágio decorreu, faz parte de um centro hospitalar na área de Lisboa e encontra-se organizada em três espaços: a UCIN com capacidade para treze recém-nascidos (RN) de grande instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte ventilatório (invasivo e não invasivo); Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, com capacidade para 13 RN em crescente

estabilidade hemodinâmica, apenas requerendo suporte ventilatório não invasivo em raras exceções; Sala da berços (pré-alta) com capacidade para 12 RN, sala esta em que os RN encontram-se a finalizar a aquisição da autonomia alimentar e os pais/ familiares de referencia recebem formação quanto às características do RN (oxigenoterapia, aparelho de oximetria, reanimação, alimentação, cuidados ao RN e à mama, vacinação e transporte do RN) com vista a preparação para a alta.

Em 2017 nasceram na instituição 3 812 recém-nascidos, sendo destes 3 769 nados-vivos, 43 nados-mortos e 135 gravidezes gemelares.

Organizando os números de partos por idade gestacional obtemos: 30 bebés até às 24 semanas de gestação; 86 entre as 25 e as 30 semanas de gestação; 192 entre as 31 e as 35 semanas; 1 071 entre as 36 e as 38 semanas; 2 296 b a partir das 39 semanas.

Aglomerando estes dados temos um total em 2017 de 305 admissões na unidade de cuidados Intensivos neonatais e 603 na unidade de cuidados intermédios e berços, que perfaz o total de 644 bebés.

Na UCIN onde decorreu a totalidade deste estágio, os enfermeiros prestam cuidados de elevada especificidade quer relativamente a patologias de RN de termo e pré-termo quer às complicações e condição de prematuridade e grande prematuridade. Esta unidade recebe RN até aos 28 dias de vida e os principais motivos de admissão são a prematuridade, sinais de dificuldade respiratória, Sépsis, encefalopatia hipóxico-isquémica e malformações congénitas.

A unidade é formada por uma equipa multidisciplinar de 75 enfermeiros (sendo destes 24 EESIP), 32 auxiliares de Ação médica, 17 médicos, 4 fisioterapeutas, 2 psicólogas e 2 nutricionistas.

2.2.2 Análise e reflexão do percurso formativo

Mundialmente nascem por ano 15 milhões de prematuros. O baixo peso ao nascimento, associado à prematuridade, é responsável por 60 a 80% das mortes neonatais e pelo comprometimento do desenvolvimento neurológico destas crianças, muitas vezes associado a paralisias cerebrais ou outras morbilidades tais como broncodisplasias pulmonares, cegueiras, entre outras. (Farias et al., 2017)

A utilização de tecnologias complexas e especializadas ao recém-nascido (RN) pré-termo e recém-nascido de baixo peso e muito baixo peso (peso inferior a 2.500gr e 1.500gr respectivamente) contribuem para a redução do índice de mortalidade perinatal e neonatal. Contudo, estes cuidados traduzem-se em internamentos morosos que prejudicam a relação de vinculação entre pais e filhos (Farias et al., 2017), visto que, os cuidados aos RN prematuros passam a ser exclusivos dos profissionais de saúde. (Gabriel Lopes, Silva de Oliveira, Benvinda de Oliveira Pereira, Marques Romeiro, & Leite de Carvalho, 2017)

Sendo a influência da mãe determinante no desenvolvimento dos cuidados aos seus filhos, durante a totalidade do ciclo de vida destes, existe a necessidade de promover a adoção do papel materno pela vinculação através da aquisição de competências associadas ao seu papel. (Díaz-Gordon, Abreu-Peralta, Gómez-Díaz, Gómez-Díaz, & Sandoval-Gómez, 2015)

A condição de prematuridade torna desafiante a interação dos progenitores com o prematuro, visto ser difícil identificar e colmatar as necessidades deste pelos pais. (Díaz-Gordon et al., 2015) Nas primeiras visitas à unidade de cuidados intensivos neonatais, os pais experienciam sentimentos de perplexidade e medo, mesmo aqueles que foram previamente informados sobre a possibilidade de hospitalização ou aqueles que tinham a possibilidade de conhecer previamente a unidade. A hospitalização do bebé pode evocar sentimentos contraditórios nos pais e conduzir a uma "agitação emocional", como por exemplo: demonstrações de ansiedade; impotência; medo do desconhecido; e, sensação de irrealidade. (Caleffi et al., 2016) A sensação de irrealidade experienciada pelos pais pode ser causada devido: quantidade de equipamentos; ruído dos alarmes: uso de palavras desconhecidas por parte dos profissionais; quantidade de berços e incubadoras com crianças cuja aparência difere muito da conhecida. A falta de contato corporal e a complexidade que envolve cuidar da criança também são cruciais para a sensação de impotência. A própria dinâmica intensivista, cujo ritmo contrasta com a tranquilidade da incubadora, pode contribuir para um sentimento de desconforto.

Atendendo à dificuldade de perceção das necessidades do prematuro é desenvolvido o Método de Canguru (MC). Este método vai colmatar os cuidados ao prematuro, ao interligar os cuidados dos profissionais e progenitores para um cuidado mais humanizado, dando um papel ativo aos progenitores, promovendo a vinculação e conforto, conduzindo ao desenvolvimento quer dos progenitores quer do prematuro. Assenta sob três pilares: o

contacto pele-a-pele entre o cuidador e o bebé; o aumento do período de amamentação frequente; e, a tentativa de redução do internamento. (Johanson da Silva, Rangel da Silva, Luzia Leite, Rodolfo Silva, & Privado da Silva, 2013)

O MC consiste em três etapas sequenciais, sendo que as duas primeiras ocorrem em ambiente hospitalar (unidade cuidados intensivos e unidade de internamento específica respetivamente) e a terceira no domicílio. A primeira etapa consiste no acolhimento da família, na qual ocorre o primeiro contacto com os pais/cuidadores pelos enfermeiros, culminando no posicionamento canguru. Na segunda etapa, os pais são convidados a estar presente e prestar cuidados integrais ao prematuro, sob a supervisão e orientação dos profissionais. Por fim, na terceira etapa, que ocorre após a alta hospitalar, o prematuro permanece na posição canguru em casa, a maior parte do dia. (Farias et al., 2017)

O presente método apresenta vários benefícios: redução da mortalidade; diminuição do risco de Sepsis; promoção da normotermia; redução da hipoglicemia; diminuição do número de readmissões hospitalares; aumento do volume de leite materno produzido; e, otimização do vínculo progenitor/filho. (Farias et al., 2017; Johanson da Silva et al., 2013) Por estes motivos, a posição canguru deve ser encorajada pelos profissionais de saúde e deve ocorrer de forma prazerosa e estimulante na **formação de laços afetivos**, por um período em que ambos se sintam bem. (Farias et al., 2017) Em prol do sucesso deste método, os enfermeiros devem estabelecer uma relação assistencial pessoal de confiança, de base didática, realizando uma comunicação eficaz e construtiva. (Pegoraro, Márcia, Feijó, & Sc, 2011)

Quando ocorre um nascimento prematuro, a imagem desejada e fantasiada não corresponde à real, obrigando a uma reestruturação familiar, para uma maior partilha de responsabilidades, perceção de necessidades e ajuste de expectativas. Após o nascimento, a inter-relação é a principal forma de doação, o que implica o envolvimento, conhecimento e aceitação do outro. (Carvalho de Jesus et al., 2015)

Usualmente, a abordagem aos pais, realizada pelos profissionais, é focalizada no progresso clínico do bebé. Os pais precisam de se sentir recebidos sempre que encontram os seus filhos, sendo por isso necessário criar estratégias multiprofissionais, como grupos de pais, onde estes podem expressar e partilhar experiências. O significado do eminente risco e fim-de-vida associado à unidade de cuidados intensivos neonatais muda quando

os pais percebem o progresso do filho. A disponibilidade para a abertura das vias de comunicação e partilha é um fator para sucesso no processo terapêutico familiar. Para tal, o profissional precisa estar atento, refletindo e estimulando a expressão de percepções e sentimentos dos pais. (Johanson da Silva et al., 2013)

Nesse sentido, uma importante ação assistencial recomendada pelo MC, que qualifica o ambiente e o cuidado neonatal, é o contacto corporal entre os pais e o bebé. Os corpos dos pais devem ser considerados como os primeiros e melhores ambientes para conforto, calor e afeição por baixo peso e / ou bebés prematuros, e esse é o novo paradigma. Incentivar a presença, assim como o contato pele-a-pele, contribui para que os pais se sintam participantes ativos, em vez de simples visitas. (Johanson da Silva et al., 2013)

Os episódios com o MC são percebidos como redutores de stress emocional e promotores da socialização, pela troca de experiências, contribuindo para o processo de construção de um cuidado mais integral e humanizado, tendo a família como foco da atenção neonatal. A proximidade entre pais e filho pelo MC favorece o vínculo afetivo, desenvolvendo a vinculação. O MC visa proporcionar um estímulo vestibular, tátil, cinestésico, olfativo e auditivo ao recém-nascido, além de favorecer o envolvimento parental, proximidade e ligação entre pais e filhos. Os benefícios deste, para pais e bebés, são potencializados se a prática for contínua e regular.

No decorrer da evolução dos cuidados ao prematuro pelo MC, com o desenvolvimento do binómio pais-bebé, os pais paralelamente passam a aumentar a autorresponsabilização. Este ato de responsabilização do próprio pode ser entendido como uma adaptação recíproca e uma preparação para os cuidados no domicílio. (Martins et al, 2008)

Existem também referências que atestam que quanto mais íntima é a relação pais-bebé, maior a tendência para sentimentos/ comportamentos manifestantes de tranquilidade, confiança e felicidade. Atestam que, pela vontade em fazer o MC, o recém-nascido tem a atração profunda dos pais, passando a ser o foco de interesse e atenção; a maternidade/ paternidade passa assim a ser vivida como uma exaltação da experiência e sentimento de euforia. (Carvalho de Jesus et al., 2015)

O processo de vinculação é contínuo e dinâmico de carinho, de trocas e emoções, onde a busca pela proximidade física é a principal característica do relacionamento. (Carvalho de Jesus et al., 2015)

Devido à proximidade, humanização de cuidados e estabelecimento de relação de ajuda, os enfermeiros são considerados, e percebidos pelos pais, como fontes cruciais de apoio. Os pais descrevem as atitudes profissionais de presença, comunicação e responsabilidade no cuidado como as mais necessárias. Estas podem ativar a verdadeira dimensão das características existenciais de cada participante, dando força para enfrentar a hospitalização e, conseqüentemente, sair com o mínimo de cicatrizes emocionais possíveis. (Gabriel Lopes et al., 2017; Johanson da Silva et al., 2013)

Prematuros e profissionais

A maturação de vários órgãos do feto ocorre no último trimestre de gestação, quando o Sistema Nervoso Central inicia o seu processo de maturação, e termina no fim do primeiro ano de vida. (Stelmak, de Azevedo Mazza, & de Souza Freire, 2017) A correta maturação dos órgãos pode ser influenciada pela atuação dos enfermeiros.

Os fatores ambientes, como o ruído e luz, podem levar a prejuízos para o futuro desenvolvimento do RN. A exposição ao ruído de longa duração pode afetar as estruturas do aparelho auditivo e se manifestar na forma de dificuldades em pensar, falar, soletrar, ler, escrever ou calcular. Como consequência, pode afetar a esfera social, intelectual, emocional e a linguística da criança. Muitos autores, sobre esse tema, concordam que o nível de ruído nas unidades em todo o mundo ainda é superior ao recomendado, mesmo verificando todos os esforços dos profissionais para minimizá-los. Quanto à luz, sabe-se que os RN prematuros são mais propensos a desenvolver distúrbios oculares como retinopatia da prematuridade, estrabismo e erros de refração decorrentes de dano neurológico devido à toxicidade da luz, e privação sensorial no período de 28 a 40 semanas, sendo o período de desenvolvimento de o sistema visual. Outro fator importante relacionado com a visão prematura refere-se ao fato de que a resposta pupilar do bebê ser estabelecida entre 30 a 34 semanas de gestação. Se a preservação da luz não ocorrer continuamente, o foco na retina dos recém-nascidos pode resultar em perdas na acuidade visual. (Stelmak & Freire, 2017) Pelos motivos descritos, o controle do ambiente em redor do RN deve ser uma preocupação da equipa de enfermagem.

A adaptação ambiental, vai promover a redução do stress e promover o conforto do RN. Foram descritas ações para diminuir o efeito dos fatores ambientais, reduzir o stress e promover o conforto no prematuro: utilizar um tecido escuro para cobrir o

berço/incubadora; proporcionar um ambiente de sono e condicionar o sono; preservar os tempos de 'sesta'; estabelecer períodos para não realizar procedimentos; envolver o RN no ninho; usar glicose antes de procedimentos doloroso.(Stelmak & Freire, 2017)De acordo, com os mesmos autores, a consciencialização dos enfermeiros a estes elementos ambientes, e respetivos danos, ocorre em 97% dos entrevistados, contudo, a atuação congruente com essa perceção nem sempre é possível devido à dinâmica da unidade, número de procedimentos e complicações.

Um fator agravante no desenvolvimento de pré-termos é o desenvolvimento afetivo. A afetividade começa nos primeiros momentos da vida e o seu processo evolutivo é primordial para a estruturação das funções cerebrais. Os pais são elementos significativos para que essa estruturação aconteça. No caso de hospitalização, os RN são privados das construções iniciais dos laços afetivos e essa separação pode causar uma separação entre os pais e o RN, com consequências deletérias para o desenvolvimento geral deste. Assim sendo, os cuidados não podem ser centrados unicamente no RN, mas sim no RN e a sua família.(Stelmak et al., 2017)

O MC pode ser comparado a um “seguro de vida” para o RN prematuro, promovendo a participação efetiva dos pais e conferindo-lhes gradualmente competência, aquisição de habilidades e segurança contra as peculiaridades que estão a experienciar. (Stelmak et al., 2017) De acordo os estudos analisados, o início da formação dos vínculos afetivos não passa despercebida pelos enfermeiros, sendo que 97% incentivam o toque precoce ao recém-nascido. De notar que a formação de vínculo entre mãe / pai / prematuro é reconhecida como um dos principais benefícios alcançados. (Stelmak & Freire, 2017)

No contexto MC, a interação entre profissionais, RN e as suas famílias é de extrema importância, pois é através desta que as práticas de saúde são construídas. A interação deve valorizar a participação ativa desses indivíduos no processo saúde-doença, onde a comunicação reflete a valorização do cuidado materno / paterno no ambiente neonatal.

De acordo com o acima mencionado concluímos que MC é benéfico para a saúde do RN prematuro e / ou baixo peso ao nascer, pois reduz a duração do internamento, humaniza a assistência, dá mais segurança e confiança aos pais no cuidado com o filho, estimula, aumenta a adesão à amamentação e favorece os laços familiares. Pois é considerado *“fundamental que os peguem ao colo, sintam o prazer de os acarinhar, massajar, de*

envolver num abraço, de sentir-se como parte dele e interagir numa cumplicidade afetiva que respeita a iniciativa, o ritmo e as suas diferenças” (Enfermeiros, 2008)

Sendo este contexto de estágio desenvolvido em contexto de trabalho o diagnóstico de situação prendeu-se com a aplicação de um método específico, MC acima referido. A implementação deste método específico já acontece por sistema e rotina na unidade, no entanto a eficácia e implementação correta do protocolo era uma temática dúbia pelo que a orientadora do contexto sugeriu que fosse realizada uma auditoria ao referido protocolo. Resultando do diagnóstico de situação obtivemos dois objetivos específicos *“Desenvolver um projeto incorporado no programa de melhoria contínua para a equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos neonatais” e “Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado de especial complexidade ao bebé prematuro/família”* derivantes do objetivo geral *“Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nos diferentes contextos de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”*.

Objetivo específico 1 – Desenvolver um projeto incorporado no programa de melhoria contínua para a equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos neonatais

De acordo com a alínea b) do Artigo 97º da Lei nº156/2015 de 16 de Setembro, do Código Deontológico dos Enfermeiros, um dos deveres gerais dos membros efetivos da Ordem é *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”*. Tendo em conta este dever decidimos desenvolver uma auditoria sobre o MC pois além de ser derivado do diagnóstico de situação, consideramos ser um tema de interesse pelos benefícios quer para o bebé prematuro/ família, quer para o profissional de saúde e instituição. Ao aplicar este método o enfermeiro está a promover a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população da unidade em que se encontra, utilizando este método como uma estratégia que vai de encontro à satisfação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente na *“Satisfação da criança/jovem”* no que respeita *“a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a*

experiencia da hospitalização e/ou vivencias de situações de risco/doença crónica” pois o internamento e o nascimento de um filho prematuro é um importante stressor, pelo que pelo referido método existe uma capacitação, conhecimento do bebé e consequente redução de stress no cuidado. (*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, n.d.) No entanto refere-se ao conforto da criança, o MC é um forte aliado na promoção da tranquilidade, vinculação e transmissão de afetos dos pais para os bebés, sendo estes promotores de conforto e satisfação (Díaz-Gordon et al., 2015)

Como resposta a este objetivo recorremos aos referenciais: Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia [REDACTED]; Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão NP EN ISSO 19011; Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ ou ambiente NP ISSO 19011:2002 para construção de uma auditoria e utilizámos como instrumento de recolha de dados, a grelha de constatações, elaborado pela equipa auditora em parceria com a Enfermeira Chefe da unidade de neonatologia, após a análise do protocolo, normas e diretrizes institucionais afetos aos objetivos da auditoria. Com esta auditoria correspondemos à alínea a) do Artigo 88º do Decreto Lei 156/2015 “*Analisar Regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*” (Dec. Lei n.º 156, 2015)

Da auditoria realizada observou-se que as conformidades totais representam 73,51%, as oportunidades de melhoria 6,96% e as não conformidades 19,92%.

A planificação da auditoria englobou duas áreas distintas, uma relativamente à perceção dos enfermeiros e outra quanto à perceção dos pais. Ambos os âmbitos se referem ao MC como guia central e condutor da auditoria. O protocolo foi auditado pelo recurso a 13 enfermeiros (cerca de 40% dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos neonatais pertencentes à unidade de neonatologia) e 7 pais de bebés internados na unidade de cuidados intensivos (cerca de 80% dos pais).

Apesar de 69% dos inquiridos saberem onde efetuar os registos relativos ao MC 100% não os concretiza no local correto.

Quanto à implementação do MC na prática do método contactamos que os profissionais estão satisfeitos com as condições físicas/ ambientais e institucionais, 100% considera que as condições da instituição, físicas e ambientais são favoráveis à implementação do

método.

Quanto à validação dos pais relativamente ao acompanhamento e disponibilidade dos profissionais, existe 100% de conformidade ("Verificação do CLE expresso verbalmente", "Oportunidade de verbalização de dúvidas dos pais", "Esclarecimento de dúvidas", "Os pais solicitam a aplicação do método canguru"). No entanto existe clara oportunidade de melhoria no conhecimento que pode ser transmitido aos pais (a totalidade dos inquiridos considera que pode ser melhor informado quanto aos benefícios do método e quanto ao protocolo deste, 28% não foi informado, 28% de não conformidade) e 86% dos inquiridos considera que existe uma oportunidade de melhoria quanto à informação disponível no serviço sobre o MC, pelo que foi elaborado um poster sobre o MC visto que de acordo com a alínea c) do Artigo 80º do Decreto Lei 156/2015 “Colaborar com outros profissionais em programas que correspondam Às necessidades da comunidade”, que apesar de não ter sido exposto na unidade, foi apresentado no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa). (Dec. Lei n.º 156, 2015)

Posteriormente foi desenvolvido um relatório da auditoria e apresentado à orientadora e chefe de serviço, onde foram revelados os pontos fortes e fracos, assim como sugestões de melhoria. APÊNDICE VI

Objetivo específico 2 – Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado de especial complexidade ao bebé prematuro/ família

No percurso de desenvolvimento deste objetivo prestámos de cuidados gerais e especializados ao bebé prematuro e respetiva família assim como implementámos o MC na unidade de cuidados intensivos neonatais pois como referido nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “*Mais grave que a escassez de alimento é a carência afetiva*”(OE, 2008) pela promoção do envolvimento dos pais e família na elaboração do plano individual de cuidados “... *cada momento, está presente uma oportunidade para trabalhar as características pessoais, como a vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimento e expectativas realistas, maximizando assim os feitos benéficos da hospitalização*”(OE, 2008)

Tendo em conta que o referido contexto de estágio decorreu em contexto de trabalho, verificou-se como uma mais valia, uma vez que o diagnóstico situacional já se encontrava realizado à priori, fruto do meu percurso na unidade, assim como a minha auto e hétero

confiança quanto aos meus atributos e competências profissionais, e para com os membros da equipa e chefia. Tive liberdade no agir e apoio na implementação do projeto, assim como a colaboração da equipa de saúde. Os pais e RN, pela natureza e complexidade da unidade, permanecem longos meses, pelo que as competências que já vinham a ser implementadas enquanto aluna de especialidade, pela transposição dos conhecimentos dos locais de estágio para o contexto de trabalho, revelaram-se facilitadoras e gratificantes na continuação da interação e na implementação do projeto. Procurámos também sustentar a prática de enfermagem especializada à criança em situação crítica e família em evidência científica atual pela construção de uma pasta de conteúdo científico deixado no serviço porque para executar corretamente o MC existe uma serie de critérios que os bebés e pais precisam de corresponder. A estabilidade hemodinâmica à mais de 24h é um dos critérios, o que faz com que os enfermeiros tenham de conhecimento especializado sobre a condição do bebé, assim como têm de estar prontos a identificar fatores de risco e a agir em conformidade (Gabriel Lopes et al., 2017) Com a criação da pasta de conteúdo científico respondemos ao enunciado descritivo “Prevenção de complicações” pelo descritivo *“o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”*.

No entanto foi no enunciado “Bem-estar e o auto cuidado” que as atividades se incidiram, especificamente pelos descritivos *“a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências do recém-nascido no âmbito do seu comportamento interativo”*; *“a implementação de intervenções que contribuam para a promoção do contacto físico dos pais com o recém-nascido”*; *“a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais”*; *“o rigor técnico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”*; *“o rigor técnico/ científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade”*.

Resultante da prestação de cuidados foi realizada uma reflexão sobre um utente e família específica, sobre a implementação do MC nos cuidados de fim de vida de um RN com a alínea c) do artigo 82º da Lei 156/2015 de 16 de setembro como ponto de partida para a reflexão *“o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a*

qualidade de vida”, em que o respeito pela vida é enaltecido face à constatação da morte. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

2.2.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas

De acordo com o Regulamento das competências comuns do EE (2010), nas competências do “*Domínio da responsabilidade ética e legal*”, desenvolvemos a competência “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” através do acompanhamento e posterior reflexão sobre um bebé prematuro e respetiva família em contexto de fim de vida. Desenvolvemos especificamente as unidades de competência “*demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*”, “*suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas*” e “*avalia o processo e os resultados da tomada de decisão*”. (APÊNDICE X) (Administrativos et al., 2011)

De acordo com o “*Domínio da melhoria da qualidade*”, especificamente na competência “*concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” desenvolvemos uma auditoria sobre a atual implementação do MC, desenvolvendo a unidade de competência “*avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem na vertente de Estrutura, Processo e Resultado*”, após avaliação da auditoria desenvolvemos uma sessão informativa para a enfermeira orientadora e chefe de serviço com o objetivo de divulgar os resultados da auditoria. (Administrativos et al., 2011) Ainda relativamente à auditoria desenvolvemos a competência de Mestre em Enfermagem “*Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*”.

Finalmente pelo desenvolvimento do MC e implementação do mesmo numa unidade de cuidados intensivos neonatais espero desenvolver a competência “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” mais especificamente a unidade de competência “*promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais*”. (OE, 2018)

Foi elaborado também um poster sobre o MC, que apesar de não ter sido exposto na unidade, foi apresentado no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa), na qual foi desenvolvida a competência do Grau de Mestre, “*Possuir*

conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura em enfermagem, incluindo no domínio da investigação”.
(Regulamento Mestre, n.d.)

2.3 UNIDADE DE INTERNAMENTO PEDIATRICO

2.3.1 Caracterização do local de estágio

O Hospital é um dos maiores grupos de prestação de cuidados de saúde, prestando serviços através de 30 unidades. As unidades distribuem-se em 14 hospitais privados, 1 hospital do serviço nacional de saúde em regime de parceria público-privada, 13 clínicas privadas em regime de ambulatório e 2 residências sénior.

O referido Hospital disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com 168 quartos no total.

A unidade de internamento de pediatria destina-se a crianças e jovens até aos 18 anos de idade e é composta por 17 camas em quartos individuais. Em 2017 admitiu 225 crianças da especialidade da pediatria médica e 452 da pediatria cirúrgica.

Neste piso de internamento existe ainda uma ampla sala de visitas com brinquedos à disposição das crianças.

A equipa de enfermagem é composta por 4 enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, 1 enfermeira especialista em reabilitação e 18 enfermeiros generalistas.

Os doentes chegam ao serviço transferidos do atendimento permanente, consultas externas, bloco operatório ou outras unidades de internamento.

Os diagnósticos mais comuns da especialidade médica são: bronquiolite aguda; pneumonia viral/bacteriana; asma; gastroenterite; otites; amigdalite bacteriana/viral e varicela.

Os diagnósticos mais comuns da área cirúrgica são: apendicite aguda; hérnia inguinal/umbilical; hipospádia; amigdalectomia; adenoidectomia e miringotomia com colocação de tubos ventilação transtimpânicos.

2.3.2 Análise e reflexão do percurso formativo

Esta unidade tem como particularidade englobar quer a população adulta quer a pediátrica, característica sensível no cuidado e respeito pelos ritmos de cada faixa etária. Situação esta que exige uma maior capacidade de adaptação quer dos profissionais, quer dos utentes.

Com o intuito de realizar um diagnóstico de situação de forma metódica e clara, foi criado um guião de entrevista e aplicado à coordenadora da unidade da unidade que se revelou bastante útil visto que nos foi dada liberdade para apresentarmos um projeto no âmbito da intervenção BT, resultando num encaminhamento para uma enfermeira especialista com conhecimento no tema. Após discussão informal com a orientadora do serviço foi-me apresentado um projeto, ainda em fase inicial de construção, de uma caixa lúdica. Foi-me proposto participar nesse projeto. Pelo que o foco deste estágio será a construção e implementação de uma caixa lúdica orientada para a BT numa vertente de preparar os utentes para procedimentos.

O diagnóstico de situação foi então resultado de uma entrevista informal, guiada por um instrumento de recolha de dados (com obtenção prévia de Consentimento livre esclarecido - CLE) e discussão com a enfermeira orientadora do contexto. Após a elaboração foi discutido em OT com a enfermeira orientadora do Instituto.

Objetivo específico 1 – “Desenvolver estratégias de comunicação com a criança e família num contexto de situação de internamento de pediatria”

Segundo a declaração universal dos direitos da criança, *“A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.”*(DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS - UNICEF, n.d.) De acordo com este princípio, os hospitais tornam-se responsáveis pela problemática do brincar. (Tondatti Chadi & Correa, 2012)

Pela alínea b) do Artigo 81º da Lei nº156/2015 de 16 de Setembro, do Código Deontológico dos Enfermeiros, um dos deveres gerais dos membros efetivos da Ordem é *“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”*. Tendo em conta este dever decidimos procurar oportunidades de implementação da intervenção BT como forma de otimizar a comunicação, visto ser uma intervenção que contribui para a maximização do conforto, otimização da colaboração da criança e família, originando ganhos quer para o profissional de saúde quer instituição. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Para dar resposta ao diagnóstico de situação traçou-se o objetivo específico *“Desenvolver estratégias de comunicação com a criança e família num contexto de situação de internamento de pediatria”* que se enquadra no objetivo geral *“Desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos de atuação, com recurso à intervenção Brinquedo Terapêutico”* em que a atividade principal foi a criação da referida caixa lúdica visto que num estudo desenvolvido por Martins de Freitas & Voltani (2016) sugerem a utilização da intervenção BT para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado não traumático para a criança e família por mitigar o sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia. (Martins De Freitas & Voltani, 2016) (APENDICE VIII)

Este estudo revelou uma relação de causalidade positiva entre a intervenção BT e o controlo das emoções, nomeadamente na promoção da tranquilidade e diminuição da ansiedade.

A BT representa *“contributos para os ganhos em saúde, numa perspetiva de natureza macro sistémica, mas representa principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados”*. (Lopes, 2006, p. 339). Esta intervenção baseia-se na filosofia do cuidar com uma abordagem não diretiva. Esta oferece, à criança, liberdade para se exprimir de forma verbal e não-verbal e oferece meios, pelos quais, ela pode manifestar os seus medos e preocupações, ajudando o enfermeiro a identificar esses mesmos sentimentos e emoções.

(Caleffi et al., 2016)

Ao aplicar a intervenção BT, o enfermeiro está a promover a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população da unidade em que se encontra, assumindo o direito de brincar da criança como meio de comunicação. Esta é uma estratégia que vai de encontro à satisfação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente no enunciado descritivo “satisfação da criança/jovem” que tem como elementos importantes “*a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/ jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis*”; “*o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/ parceria nos cuidados, capacitação e negociação*”. (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, n.d.)

Paralelamente foi construído um manual de utilização para oferecer um suporte teórico científico para sustentar a prática da intervenção BT e praticidade da mesma assim como promover a utilização da caixa pela equipa de enfermagem.

A caixa foi construída, mas não foi aplicada até ao término do estágio por falta da aprovação do PPCIRA. No entanto foi validada pela enfermeira orientadora e chefe de serviço.

A construção do manual coaduna-se a aliena c) do Artigo 88º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro “*Manter a actualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”(Dec. Lei n.º 156, 2015) (APÊNDICE VIII)

2.3.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas

Foram desenvolvidas competências comuns do EE nos da “*Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*”, especificamente na unidade de competência “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e “*Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” ao criarmos um manual sobre a intervenção BT com conteúdo científico para justificar a praxis. (Administrativos et al., 2011) O manual em anexo tem quadros da escala Mary Sheridam para aplicar enquanto é aplicada a intervenção para enquanto se desenvolve

uma comunicação com a criança, o enfermeiro pode ao mesmo tempo avaliar o desenvolvimento da criança. Esta avaliação tem a sua utilidade na prestação de cuidados holísticos à criança e família/ pessoa significativa ao identificar o desenvolvimento desta além da condição de doença pela qual se encontra internada, dando ao profissional a oportunidade de ir além da doença. Assim desenvolvemos a competência específica do EESIP *“Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde”* pela unidade de competência *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/ jovem”*.

Além das competências mencionadas foram também desenvolvidas competências no domínio da *“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*, pela unidade de competência *“Baseia a sua praxis clínica especialidade em sólidos e validos padrões de conhecimento”* onde destacamos a experiência complexa de cuidar de crianças da especialidade médica e cirúrgica numa unidade com utentes de todas as idades, o que exige um conhecimento geral e de larga amplitude. (Administrativos et al., 2011)

A avaliação da intervenção BT aplicada individualmente com cada utente, quer pelo meio da caixa lúdica, quer aplicada informalmente e espontaneamente durante a prestação de cuidados à criança, atendendo às especificidades da faixa etária, foi avaliada através de uma discussão informal com a orientadora (sobre a nossa prestação) e família (em que o feedback se mostrou sempre positivo e disponível, a família afirmou que a cooperação da criança era superior assim como a manifestação emocional desta era mais positiva, referindo tranquilidade, alegria e boa disposição). As reações da família coincidem com os resultados que obtivemos na SR apresentada no capítulo 1. Os momentos com a família e orientadora revelaram-se bastante produtivos na construção da autocritica e autoavaliação, sendo cada situação única e nova pelo contexto, toda e qualquer informação demonstrou ser de significativa relevância para a construção e evolução da prestação de cuidados, o que conduziu ao desenvolvimento da competência específica do EESIP *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* pelo desenvolvimento da unidade de competência *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”*.

2.4 UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

2.4.1 Caracterização do local de estágio

Os estágios em urgências pediátricas e internamento pediátrico desenvolveram-se na mesma instituição, que se encontra acima descrita.

O atendimento medico permanente pediátrico (AMPP) divide-se por quatro sectores de cuidados, sendo eles a sala de espera, a sala de tratamentos, a sala de observação e a sala de reanimação, sala de utilização conjunta à população pediátrica e adulta.

O AMPP destina-se a crianças e jovens até aos 14 anos e 365 dias de idade. Em 2017 o AMPP respondeu a uma média de 100 crianças por dia.

A equipa de enfermagem pediátrica é uma equipa conjunta com a equipa de adultos, sendo composta por 1 enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, 7 enfermeiros especialistas em enfermagem medico cirúrgico e 18 enfermeiros generalistas.

Os doentes chegam ao serviço do domicílio, ou transferidos de consultas externas ou de outras células do grupo saúde luz.

Os diagnósticos mais comuns da especialidade médica são: bronquiolite aguda; pneumonia viral/bacteriana; asma; bacteriémia oculta; celulite orbitária/ periorbitária; celulite; mononucleose; gastroenterite; desidratação; vômitos; diarreia; otites; amigdalite bacteriana/viral; varicela; cefaleias;

Os diagnósticos mais comuns da área cirúrgica são: apendicite aguda; hérnia inguinal/umbilical; quisto pilonidal; quisto braquial e feridas com necessidade de pequena cirurgia.

Esta unidade tem como particularidade ser exclusivamente orientada para a população pediátrica, no entanto, apenas até aos 14 anos e 365 dias de idade por motivos relacionados com as seguradoras.

2.4.2 Análise e reflexão do percurso formativo

Com o intuito de realizar um diagnóstico de situação de forma metódica e clara, foi criado um guião de entrevista e aplicado à enfermeira orientadora, instrumento que se revelou bastante útil por de forma rápida e concisa identificarmos que as necessidades atuais do

serviço se prendiam com o reforço positivo, mais especificamente com os certificados de bom comportamento, uma ação derivante da intervenção BT. Paralelamente decidimos desenvolver competências relacionadas com a comunicação com a criança e família/pessoa de referência, visto o AMPP ser desafiante em termos comunicacionais pelo medo do desconhecido, quer das crianças, quer da família pela incerteza do diagnóstico e urgência de tratamento. (Martins De Freitas & Voltani, 2016)

O diagnóstico de situação foi então resultado de uma entrevista informal, guiada por um instrumento de recolha de dados (com obtenção prévia do CLE oral).

Definimos então o objetivo específico “*desenvolver um projeto no âmbito do brinquedo terapêutico, incidente no reforço positivo, dirigido à criança em situação de urgência*” derivante do objetivo geral “*desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos de atuação, com recurso à intervenção Brinquedo Terapêutico*”.

Objetivo específico 1 – Desenvolver um projeto no âmbito da brincadeira terapêutica, incidente no reforço positivo, dirigido à criança em situação de urgência.

Para dar resposta a este objetivo desenvolvemos um plano de intervenção direcionado para o reforço positivo, tendo como meio de aplicação prática os certificados de bom comportamento. Os certificados pretendem capacitar a criança, dando competências para esta adotar uma postura ativa e positiva na interação com os serviços de saúde e nos procedimentos que dele resultam. Proporcionando uma colaboração por parte desta nos cuidados e desmistificando o ambiente hospitalar. Os certificados são compostos de figuras para desenhar para que, além do reforço positivo, a criança possa colorir durante (por exemplo na realização do aerossol) ou pós procedimento de enfermagem, sendo assim um valioso recurso na prestação de cuidados pela intervenção BT. (APENDICE IX)

Ao aplicar a intervenção BT, o enfermeiro está a promover a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população da unidade em que se encontra, assumindo o direito de brincar da criança como via de comunicação com o objetivo de promover o reforço positivo. Esta é uma estratégia que vai de encontro à satisfação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente na “*procura constante da empatia no estabelecimento de uma*

comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; “o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/ parceria nos cuidados, capacitação e negociação” e “a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização” pela criação de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a criança e família/ pessoa de referencia.

Foi também criada uma pasta de conteúdo científico no âmbito do reforço positivo e intervenção BT com o intuito de compilar informação de fácil e rápido acesso para consulta dos enfermeiros. Através da construção desta pasta desenvolvemos a competência *“o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”* pela recolha e análise de informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

2.4.3 Síntese das atividades e competências desenvolvidas

Foi utilizada uma metodologia reflexiva no decorrer do estágio no com o objetivo de adquirir e desenvolver competências quer comuns de EE, quer Especificas do EESIP. Neste contexto, por ser curto, e por fatores externos a este, foi difícil a implementação atempada dos certificados de bom comportamento, tendo sido aplicados apenas no fim do estágio. Apesar de terem sido aplicados, não foi possível concluir uma avaliação relativamente à implementação. No entanto foi desenvolvida a competência comum do EESIP no domínio “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” pelo desenvolvimento do autoconhecimento. Pois considerámos que este contexto foi de extrema importância no desenvolvimento pessoal, especialmente na resiliência e persistência. Apesar de não ter sido possível realizar uma observação e recolha de dados para concluir uma avaliação, a metodologia critico-reflexiva foi desenvolvida em momentos de discussão com a orientadora do contexto e do instituto. Neste contexto foi então desenvolvida a competência de Mestre em Enfermagem “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações

e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”. (“Regulamento Mestre.pdf,” n.d.)

Relativamente à comunicação com recurso à intervenção BT com o objetivo de promover o reforço positivo, foi amplamente utilizada no decorrer do estágio, com um feedback positivo quer da família/ pessoa significativa, quer das crianças, tendo desenvolvido o domínio de competência comum de EE “Melhoria da qualidade” especificamente pela unidade de competência “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” assim como a competência específica do EESIP “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” pelo cuidado na adequação da comunicação ao estadio de desenvolvimento da criança, competência esta ganha em contexto de internamento e desenvolvida no contexto de AMPP.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório descrevemos e analisamos atividades e experiências nos contextos de estágio. Agora este é o momento de transversalmente expor o trabalho desenvolvido e as competências adquiridas no domínio do EE, EESIP e Mestre.

Sendo competências ferramentas para a reflexão e consequente tomada de decisão, o desenvolvimento destas ocorre pela aquisição de conhecimento, conhecimento esse que nos foi facultado pelo curso de Mestrado Profissional e pelas experiências vividas nos contextos profissional e de estágio. Ou seja, as competências do EE resultam do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro generalista.

Assumimos a nossa responsabilidade na assistência à criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde, pelo desenvolvimento de cuidados de promoção da saúde que foram desempenhados especialmente no contexto de cuidados de saúde primários. Nos cuidados de saúde primários deparámo-nos com situações de diagnóstico precoce de alterações fisiológicas e psíquicas, pela observação guiada, tendo realizado o devido encaminhamento, assim como foram realizadas atividades e intervenções, nomeadamente BT para a promoção de cuidados não traumáticos potencializadores da saúde em todas as suas vertentes.

Cuidamos da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade nos contextos de neonatologia, por se tratar de uma população especialmente vulnerável e incrivelmente específica com necessidades especiais. Foi aplicado o MC assim como foram acompanhados os pais, procurando dar resposta às necessidades formativas que demonstraram, além do cuidar pelo gerir de emoções quer da família, quer dos profissionais, pela identificação das mesmas e encaminhamento dos achados obtidos através de uma auditoria. Foram também desenvolvidas competências neste domínio pela intervenção BT na gestão emocional pelo reforço positivo no contexto de urgências. Onde foram desenvolvidas competências comunicacionais e afetivas.

Prestámos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de

desenvolvimento da criança e do jovem pela criação de uma caixa lúdica aplicada no contexto de internamento e cuidados de saúde primários, onde foi aplicada a escala de Mary Sheridam, através da intervenção BT utilizando como meio uma caixa lúdica, com resultados francamente positivos e favoráveis quanto à verbalização e constatação de emoções, através da qual trabalhamos a criança e família na gestão das necessidades da criança/ família às necessidades presentes assim como demonstrámos habilidades na adaptação da comunicação aos estádios de desenvolvimento, tendo em conta a sua individualidade.

Desenvolvemos a responsabilidade profissional, ética e legal pela articulação dos cuidados com os pressupostos éticos inerentes à condição de enfermeiro, criança, família, comunidade, instituição aliados aos legais. A articulação destes foi feita por uma reflexão crítica da própria conduta. Domínio este desenvolvido em contexto de uma instituição privada, onde o equilíbrio e limite da permissividade e condescendência é ténue e muitas vezes alimentado pela instituição para a satisfação do utente, colocando em questão ou não da hipoteca da integridade e dignidade do profissional, tendo sido discutido com ambas orientadoras (contexto e instituto) e coordenadora da unidade do contexto.

O domínio da melhoria continua da qualidade foi uma competência inicialmente adquirida exclusivamente durante o período do mestrado, no contexto da neonatologia, onde foi realizada uma auditoria sobre um método já protocolado, onde foram identificados os pontos fortes e fracos, assim como realizadas sugestões de melhoria, numa procura de aperfeiçoamento e continuidade de um protocolo validado aplicado continuamente.

O domínio das aprendizagens profissionais deteve um papel central, sendo este a base de uma praxis fundamentada e alimentada em sólidos e validos padrões de conhecimento em constante desenvolvimento e evolução, pelo que pastas de conteúdo científico foram criadas e entregues em dois contextos para melhoria continua, assim como o conhecimento procurado no curso de mestrado, numa atitude proactiva e construção do saber profissional e pessoal pelos contextos. A identificação dos limites, recursos, habilidades e competências fundamentadas e com um forte suporte académico, legal e ético transformaram a nossa prática. Resultando no desenvolvimento numa gestão e interpretação adequada de informação proveniente da formação inicial especializada e experiencial profissional e pessoal.

A avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva académica avançada foi conseguida através da construção de uma SR sobre a intervenção BT e criação e divulgação de um poster num Seminário internacional em contexto académico sobre o MC, ambos enquadrados e derivados da gestão emocional.

Várias reflexões críticas foram realizadas, não obstante da presente, sobre a prestação de cuidados, desenvolvimento individual e pessoal, assim como a auto acreditação e validação enquanto profissional e indivíduo. Acreditamos que este percurso nos guiou para a procura, construção e valorização do saber. Ou seja, através deste percurso refletimos criticamente e abordamos questões complexas da prática profissional, relacionadas com a comunidade onde se realizou o estágio, o mestrado e a instituição do saber científico, na persona profissional e pessoal.

O modelo teórico que escolhemos para fundamentar e transpor para a prática sobre a gestão de emoções foi a base teórica que nos ajudou a perceber e fundamentar decisões próprias e perceber decisões externas ao nosso campo de ação, assim como nos ajudaram a fazer a ponte com a razão.

Consideramos que existem muitas mais áreas e caminhos para aprofundar os nossos conhecimentos na continua construção do desenvolvimento de competências, pois este percurso, refletido com o presente relatório, marca apenas o início de uma nova viagem enquanto EE. Os domínios sobre os quais não desenvolvemos competências de forma sedimentada foram na gestão de cuidados dado que as oportunidades foram escassas. A maior dificuldade sentida foi a gestão do tempo pessoal, académico e profissional pelos moldes exigidos sobre o trabalho individual pretendido neste ciclo de estudos.

Por sugestões consideramos que os estágios são muito curtos e o tempo para construção do relatório também, pelo que sugerimos que sejam prolongados.

Consideramos que todo este processo de especialização foi uma etapa obrigatória no nosso percurso profissional. Consideramos também que o quadro de competências adquirido neste ciclo de formação transformou os nossos cuidados de enfermagem gerais em cuidados de enfermagem especializados, cuja implicação prática passou pela gestão emocional das crianças, RN e famílias, mas revelou-se de major significância na gestão emocional profissional do enfermeiro por um conjunto de processos de contra-

transferência. Acreditamos que este relatório e que o trabalho desenvolvido na área da investigação e formação, durante este percurso permitiu e permitirá o desenvolvimento, ou o despertar, para um futuro desenvolvimento de competências na área do ser e do estar, pois Enfermagem é mais do que uma profissão, é um estilo de vida. Para vivermos de acordo com esse ideal, e além de defendermos a utilização do brincar, seriedade, ou seja, um auto honestidade profunda é a base para materializar esta ilusão em realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administrativos, T., Alberto, L., Barbosa, D. A., Administrativos, T., Alberto, L., & Barbosa, D. A. (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 8648–8653.
- Barros, L. (2003) *Psicologia Pediátrica*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi.
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, NIC - Classificação das intervenções de enfermagem, 5ª Edição Lisboa, Editora Mosby/ Elsevier 2010.
- Burns-Nader, S., & Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*, 45(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/02739615.2014.948161>.
- Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J. de, Burciaga, V. B., & Serapião, L. da S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>.
- Carvalho de Jesus, N., Gomes Vieira, B. D., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Pereira de Souza, R. de M., & Paiva, E. D. (2015). the Experience of the Kangaroo Method: the Perception of the Father. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(7), 8542–8550. <https://doi.org/10.5205/reuol.7651-67144-1-SM.0907201506>.
- Damasio, A. (2003) *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-America.
- Dantas, F. A., da N??brega, V. M., Pimenta, E. A. G., & Collet, N. (2016). Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: Exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 454–465.
- de Matos, A. P. K., Canela, P. C., Silveira, A. O., & Wernet, M. (2013). Revelations expressed by preschool children with chronic diseases in outpatient treatment. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 126–132. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400023>.
- Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 de 16 de Setembro da Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 181 —

16 de Setembro de 2015, 4860–4862.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS - UNICEF. (n.d.).

Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf.

Diário Da República — I Série- A. (1998). Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/175644>.

Díaz-Gordon, P., Abreu-Peralta, P., Gómez-Díaz, O. L., Gómez-Díaz, L. A., & Sandoval-Gómez, C. C. (2015). Efecto del Programa Madre Canguro en el desarrollo psicológico, medidas antropométricas y fisiológicas en niños prematuros. *Effect of the Kangaroo Mother Program in the Psychological Development Program, Anthropometric and Physiological Measurements in Preterm Infants.*, 17(3), S53–S56.

Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=108685339&lang=es&site=ehost-live>.

Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar. (2.^a ed.) Loures: Lusodidacta.

Direção- Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Direção Geral Da Saúde*, 1–107. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.049>.

Enfermeiros, O. dos. (2008). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. 1).

Farias, S. R., Souza, F. De, Dias, B., Bastoni, J., Lidia, A., Ribeiro, D. L., ... Carmona, E. V. (2017). Artigo Original Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso : estudo descritivo.

Fontes C, Mondini C, Moraes M, Bachega M, Maximino N, Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada, Rev. Bras. Ed. Esp., (2010) 16(1):95-106.

Gabriel Lopes, T. R., Silva de Oliveira, S., Benvinda de Oliveira Pereira, U. R., Marques Romeiro, I. M., & Leite de Carvalho, J. B. (2017). Case Report Article Humanization of Care To Newborns in the Kangaroo Method: Experience Report. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(11), 4492–4497. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201727>.

Gesteira, E. (2011). Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric

- nursing. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(7), 1807–1811. <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0507201132>.
- Goleman, D (2006) *Inteligencia Emocional*. 3ª edição. Espanha: Sadado.
- HANSON, Shirley M.H.- *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria*.
- INSTITUTO DE APOIO A CRIANÇA – Carta da criança hospitalizada. [Em linha] (1998). [consult. 18 jan. 2019]. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. (2015). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Johanson da Silva, L., Rangel da Silva, L., Luzia Leite, J., Rodolfo Silva, I., & Privado da Silva, T. (2013). the Neonatal Unit Environment: Prospects for Nursing Care in the Kangaroo Method. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(2), 537–545. <https://doi.org/10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201328>.
- Lopes, M. J. (2006) *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins A, Santos I, Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. *Rev. Eletr. Enf.* 2008;10(3):703-10.
- Martins De Freitas, B. H. B., & Voltani, S. dos S. A. A. (2016). Therapeutic Play in the Pediatric Urgent and Emergency Department: an Integrative Literature Review, 21(1), 1–8. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097.
- Moura, F. H., & George, H. M. (2013). Norma da Direcção Geral de Saúde 010/: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Direcção Geral de Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República, 2ª Série - Nº 133 - 12 de Julho de 2018*, 19192–19194. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário Da República, 1ª série*(181), 8059–8105. <https://doi.org/10.1177/1745691611432124>.
- Orhan, E., & Yildiz, S. (2017). The Effects of Pre-Intervention Training Provided Through Therapeutic Play on the Anxiety Of Pediatric Oncology Patients During

- Peripheral Catheterization. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1533–1544. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=127731946&site=ehost-live>.
- Ortiz La Banca, R., de Oliveira Monteiro, O., Amalia Ribeiro, C., & Hirooka de Borba, R. (2015). a Vivência Da Criança Escolar Com Diabetes Mellitus Expressa Por Meio Do Brinquedo Terapêutico Dramático. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9, 9009–9017. <https://doi.org/10.5205/reuol.8074-70954-1-SM0907supl201510>.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (2002) Compreender as emoções. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-527-3.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. (2011). Retrieved from <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/con->.
- Pegoraro, V. A., Márcia, C., Feijó, C., & Sc, M. (2011). Artigo original Mãe canguru : possibilidades e limites, 10(3), 147–154.
- Práticas e Investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.497p. ISBN 972-8383-83-5.
- Pontes, J. E. D., Tabet, E., Folkmann, M. Á. dos S., Cunha, M. L. da R., & Almeida, F. de A. (2015). Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein (São Paulo)*, 13(2), 238–242. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967>.
- Regulamento Mestre.pdf. (n.d.).
- Silva, R. D. M. da, Austregésilo, S. C., Ithamar, L., & Lima, L. S. de. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93(1), 6–16. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2016.08.004>.
- Silva T, Santos A, Floriano F, Damião C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, *Rev Bras Enferm* 2015; 70(6):1244-9.
- Stelmak, A. P., de Azevedo Mazza, V., & de Souza Freire, M. H. (2017). the Value Attributed By Nursing Professionals To the Care Proposed By the Canguru Method. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(9), 3376–3385. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201708>.
- Stelmak, A. P., & Freire, M. H. de S. (2017). Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru Share applicability recommended by kangaroo method. *Revista de*

Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 9(3), 795. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.795-802>.

Theofanidis, D. (2007). Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, 1(2), 1–9.

Tomey A, Alligood M, Nursing theorists and their work, 5ª Edição, Loures, Lusociência, 2004.

Tondatti Chadi, P., & Correa, I. (2012). Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context. *Investigación y Educación En Enfermería*, 30, 362–370. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/13973-45283-1-PB.pdf.

Walker, C. L. (1988). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal Of The Association Of Pediatric Oncology Nurses*, 5(1–2), 34. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=3385631&lang=pt-br&site=ehost-live>.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Participação e poster do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – “Intervenção Especializada: O valor entre a clínica e a academia” com o Poster “Método Canguru em Enfermagem Pediátrica: *Scoping Review*”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTUGAL

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

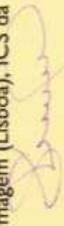
Para os devidos efeitos se declara que, **DENISE DEYLLLOT, MARGARIDA LOURENÇO e ZAIDA CHAREPE** participaram com um Poster:

“Método Canguru em Enfermagem Pediátrica: Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado



Método Canguru em Enfermagem Pediátrica: Scoping Review

Autores: D. Deyllot¹; M. Lourenço²; Z. Charepe²

Afiliação: ¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ² Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Mundialmente nascem por ano 15 milhões de bebés prematuros. A condição de prematuridade torna desafiante a interação dos progenitores com o prematuro, assim como dificulta a vinculação. O método canguru propõe colmatar, motivar e capacitar os pais, facilitando a ligação destes com o filho.

Objetivo

Mapear na literatura científica as vantagens da utilização do Método Canguru em enfermagem pediátrica.

Metodologia

1. Pesquisa inicial delimitada às bases de dados PubMed e CINHALL;
2. Pesquisa dos descritores MeSH com os operadores booleanos (AND);
3. Idiomas seleccionados: Portugues, Ingles e Espanhol;
4. Janela temporal 2008 a 2018;
5. Procura e análise dos artigos em "full text";
6. Após esta pesquisa inicial os artigos foram analisados quanto às palavras-chave, título, resumos e metodologia;
7. Foram seleccionados 8 artigos para análise.

Resultados

Artigos	Vantagens para o prematuro								
	Aumento de peso	Aumento de tamanho	Redução de stress	Conforto	Vinculação	Desenvolvimento	Diminuição do tempo de internamento	Qualidade de cuidados	Cuidados humanizados
1			x	x	x	x		x	x
2	x	x	x	x		x			
4	x		x	x		x		x	x
5	x								
6	x			x	x		x	x	
7	x		x	x	x		x	x	x

Quadro 1 – Vantagens descritas resultantes do método canguru

Artigos	Vantagens para os pais e profissionais										
	Inclusão dos pais	Promoção da amamentação	Adaptação	Conscientização dos profissionais	Cuidados centrados na família	Humanização dos cuidados	Segurança	Diminuição do stress	Vinculação	Colaboração nos cuidados	Papel activo nos cuidados
1	x	x	x	x			x				x
3			x			x		x		x	x
4	x		x				x	x			x
6	x				x		x		x		x
7	x		x		x	x	x	x	x	x	x
8	x		x	x	x	x	x	x	x		x

Quadro 2 – Vantagens descritas para os pais e profissionais de saúde

Discussão de Resultados

A utilização do método canguru é percebido como redutor de stress emocional e promotor da socialização, pela troca de experiências, contribuindo para o processo de construção de um cuidado mais integral e humanizado, tendo a família como foco da atenção neonatal. A proximidade entre pais e filho pelo método canguru favorece o vínculo afetivo, desenvolvendo a vinculação. O Método Canguru visa proporcionar um estímulo vestibular, tátil, cinestésico, olfativo e auditivo ao recém-nascido, além de favorecer o envolvimento parental, proximidade e ligação entre pais e filhos. Os benefícios deste, para pais e bebés, são potencializados se a prática for contínua e regular. ¹ O método canguru pode ser comparado a um "seguro de vida" para o RN prematuro, promovendo a participação efetiva dos pais e conferindo-lhes gradualmente competência, aquisição de habilidades e segurança no contexto que estão a experienciar. ² Outro benefício demonstrado nos estudos analisados é que o método Canguru propicia não apenas benefícios fisiológicos e comportamentais, mas também pode estar associado a alterações na função muscular, melhorando a postura e a mobilidade do RN. ³ Para além de todos os benefícios anteriormente descritos, da utilização deste método, este revelou-se útil na redução das taxas de infeção hospitalar e morbilidades. ⁴ Outro benefício demonstrado nos estudos analisados é que o método Canguru propicia não apenas benefícios fisiológicos e comportamentais, mas também pode estar associado a alterações na função muscular, melhorando a postura e a mobilidade do RN. ⁵

Conclusão

No ambiente de cuidados intensivos neonatais, devido às suas peculiaridades e à dinâmica do "urgente e do imediato", muitas vezes a equipa de saúde está mais focada em dominar e manipular as tecnologias. No entanto, existe uma grande necessidade em envolver e compreender a verdadeira dimensão que a tecnologia tem no processo de cuidado, ou seja, esta constitui um meio para auxiliar no cuidado à criança e sua família, os sujeitos do cuidados.

No contexto Método Canguru, a interação entre profissionais de saúde, RN e as suas famílias é de extrema importância, pois é através desta que as práticas de saúde são construídas. A interação deve valorizar a participação ativa desses indivíduos no processo saúde-doença, onde a comunicação reflete a valorização do cuidado materno / paterno no ambiente neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jesus N, Vieira B, Alves V, Rodrigues D, Souza R, Paiva E, The experience of the kangaroo method: the perception of the father, J Nurs UFPE on line., 2015;9(7):8542-50; 2. Stelmak A, Mazza V, Freire M, The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kangaroo method, J Nurs UFPE on line., 2017; 11(9):3376-85; 3. Stelmak A, Freire M, Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru, J. research: fundamental care 2017; 9(3): 795-802 ; 4. Nobre F, Azevedo D, Almeida P, Almeida N, Feitosa F, Weight-Gain Velocity in Newborn Infants Managed with the Kangaroo Method and Associated Variables, Matern Child Health J. (2017) 21:128–135; 5. Diniz K, Cabral-Filho J, Miranda R, Lima G, Vasconcelos D, Effect of the kangaroo position on the electromyographic activity of preterm children: a follow-up study, BMC Pediatrics 2013, 13:79.

APÊNDICES

APÊNDICE I

**Brincadeira Terapêutica, Intervir no Cuidar: *Scoping Review* –
Caraterização do Estudo Incluído**

APÊNDICE I

Tabela 1 - Critérios de inclusão exclusão:

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1ª fase de pesquisa (aplicação d critérios no motor de busca)	- Artigos disponíveis online de forma integral - Artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola	Documentos anteriores ao ano 2008
2ª fase de pesquisa (adequação do título e resumo)	- Abordagem de cuidados de enfermagem com base na intervenção BT	- Documentos redigidos em língua diferente da referida nos critérios de inclusão - Artigos repetidos
3ª fase de pesquisa (leitura integral)	- Estudo responde parcialmente às questões de investigação	- Estudo não responde às questões de investigação

Tabela 2 – Estudos apresentados por País de publicação

Artigo	País	Nº de publicações por país
A vivência da criança escolar com diabetes <i>mellitus</i> expressa por meio da brincadeira terapêutica (BT) dramática	Brasil	5
BT: preparando a criança para a vacina		
Contribuição da BT estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas		
Uso da intervenção BT durante a administração de medicação endovenosa em crianças: estudo exploratório		
A influência da intervenção BT na ansiedade em crianças – ensaio clínico		
Eficácia da intervenção BT em utentes pediátricos com tumores cerebrais, durante sessões de radioterapia	Alemanha	1
Estudo piloto sobre a eficácia da intervenção BT em utentes submetidos a cirurgia eletiva	Singapura	1
Os efeitos do treino da punção periférica fornecidos através da intervenção BT sobre a ansiedade dos pacientes oncológicos pediátricos	Turquia	1

Tabela 3 – Estudos apresentados por método de Estudo

Artigo	Método de estudo	Nº de publicações por método de estudo
A vivência da criança escolar com diabetes <i>mellitus</i> expressa por meio da BT dramático	Descritivo qualitativo	1
BT: preparando a criança para a vacina	Quase-experimental de abordagem quantitativa	1
Contribuição da BT estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas	Pesquisa convergente de abordagem qualitativa	1
Uso da intervenção BT durante a administração de medicação endovenosa em crianças: estudo exploratório	Experimental, qualitativo	1
A influência da intervenção BT na ansiedade em crianças – ensaio clínico	Ensaio clínico, quantitativo	3
Eficácia da intervenção BT em utentes pediátricos com tumores cerebrais, durante sessões de radioterapia	Ensaio clínico, quantitativo	
Estudo piloto sobre a eficácia da intervenção BT em utentes submetidos a cirurgia eletiva	Ensaio clínico, quantitativo	
Os efeitos do treino da punção periférica fornecidos através da intervenção BT sobre a ansiedade dos pacientes oncológicos pediátricos	Estudo exploratório, qualitativo	1

Tabela 4 - Estudos agrupados por ano de publicação

Artigo	Ano de publicação	Nº de publicações
Eficácia da intervenção BT em utentes pediátricos com tumores cerebrais, durante sessões de radioterapia	2013	1
Estudo piloto sobre a eficácia da intervenção BT em utentes submetidos a cirurgia eletiva	2014	1
A vivência da criança escolar com diabetes <i>mellitus</i> expressa por meio da BT dramática	2015	2

BT: preparando a criança para a vacina		
Contribuição da BT estruturada em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas	2016	2
Uso da intervenção BT durante a administração de medicação endovenosa em crianças: estudo exploratório		
A influência da intervenção BT na ansiedade em crianças – ensaio clínico	2017	2
Os efeitos do treino da punção periférica fornecidos através da intervenção BT sobre a ansiedade dos pacientes oncológicos pediátricos		

Tabela 5 - Tabela de Extração de dados – BJI *Template study details, characteristics and results* (“Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2015 edition/supplement,” 2015)

Autores	
Ano da publicação	
Origem/ País	
Título do artigo	
Objetivo do artigo	
Critérios de inclusão (PCC):	
População	
Conceito	
Contexto	
Critérios de exclusão	
Metodologia	
Tamanho da amostra	
Duração da intervenção	
Idade	
Resultados	
Conclusões	

Tabela 6 – Sumário das Informações gerais de cada artigo

1	
Autores	Rebecca Ortiz La Banca; Odete de Oliveira Monteiro; Circéa Amalia Ribeiro; Regina Issuzu Hirooka de Borba
Ano da publicação	2015
Origem/ País	Brasil

Título do artigo	A vivência da criança escolar com diabetes <i>mellitus</i> expressa por meio da BT tico dramático
Objetivo do artigo	Compreender a vivência da criança escolar por meio da BT Dramática
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças em idade escolar
Conceito	Vivência expressa pela BT
Contexto	Crianças com diabetes <i>mellitus</i> tipo 1
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	Estudo descritivo qualitativo, realizado com oito crianças de 6 a 10 anos com diabetes <i>mellitus</i> tipo 1 em um acampamento educativo e um centro de referência em diabetes
Tamanho da amostra	8
Duração da intervenção	1 mês
Idade	6 a 10 anos
Resultados	A análise qualitativa dos dados revelou as categorias temáticas: Sofrendo com o mundo da doença; Vivendo um mundo de procedimentos; Sofrendo com a restrição alimentar; Enfrentando a doença com otimismo; e Sendo importante brincar
Conclusões	Por meio da BT Dramática as crianças tiveram a oportunidade de aliviar as tensões que sofrem em seu cotidiano, obter o domínio da situação e resgatar a sua autonomia. A BT Dramática mostrou-se um importante instrumento de intervenção para a enfermagem, sendo imprescindível a sua implementação na assistência à criança com diabetes
2	
Autores	Jéssica Etienne Dourado Pontes; Elaine Tabet; Maria Áurea dos Santos Folkmann; Mariana Lucas da Rocha Cunha; Fabiane de Amorim Almeida
Ano da publicação	2015
Origem/ País	Brasil
Título do artigo	BT: preparando a criança para a vacina
Objetivo do artigo	Identificar e comparar os comportamentos das crianças durante a vacinação, preparadas ou não para o procedimento com a BT instrucional
Critérios de inclusão	

(PCC):	
População	Crianças entre os 3 e 6 anos
Conceito	Uso do brinquedo antes da vacinação
Contexto	Ambulatório infantil do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	Estudo <i>quasi</i> experimental, de abordagem quantitativa, com 60 crianças entre 3 e 6 anos. As reações da criança foram registadas em formulário do tipo <i>checklist</i> . Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, e pelo teste de Fisher.
Tamanho da amostra	60
Duração da intervenção	1 ano
Idade	Entre 3 e 6 anos
Resultados	As principais reações no grupo experimental foram ficar quieta (25;83%) e colaborar espontaneamente (24;80%). No grupo controle, foram: chorar e agarrar-se aos pais (15;50%), rubor facial (11;36,67%) e movimento/agitação (10;33,3%).
Conclusões	As reações de cooperação foram mais frequentes no grupo experimental, enquanto as de menor aceitação foram observadas apenas no grupo controle. A BT revelou-se um importante instrumento na preparação para a vacina.
3	
Autores	Camila Cristina Ferreira Caleffi ; Patricia Kuerten Rocha; Jane Cristina Anders; Ana Izabel Jatobá de Souza; Verônica Berumén Burciaga; Leonardo da Silva Serapião.
Ano da publicação	2016
Origem/ País	Brasil
Título do artigo	Contribuição da BT estruturada num modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas
Objetivo do artigo	Analisar como a BT, estruturada num Modelo de Cuidado de Enfermagem, contribui no cuidado à criança hospitalizada
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças
Conceito	Modelo de Cuidado de Enfermagem Cuidar Brincando
Contexto	Unidade de Internamento Pediátrica
Critérios de exclusão	Cumprir menos de duas etapas do Modelo
Metodologia	Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), de abordagem qualitativa.

	A recolha de dados foi realizada através de entrevista aberta e de observação participante de sessões de Brincadeira terapêutica (BT) dramática e/ou instrucional através das etapas “Acolhendo/Brincando/Finalizando” do Modelo de Cuidado de Enfermagem Cuidar Brincando. Os dados foram analisados de acordo com as fases de análise e interpretação da PCA.
Tamanho da amostra	7
Duração da intervenção	1 mês
Idade	4 a 12 anos
Resultados	Três categorias: Significados atribuídos pela criança à hospitalização e sua influência no cuidado de enfermagem, Percepção quanto aos procedimentos terapêuticos por meio da BT e Importância da inserção da família no cuidado.
Conclusões	Aplicar a BT estruturada num Modelo de Cuidado pode contribuir para um cuidado de enfermagem sistematizado e especializado.
4	
Autores	Yu-Li Tsai; Shiow-Chwen Tsai ; Sang-Hue Yen; Kai-Lin Huang ; Pei-Fan Um; Hueh-Chun Liou; Tai-Tong Wong ; I-Chun Lai; Pin Liu; Hsiao-Ling Lou; I-Tsun Chiang; Yi-Wei Chen
Ano da publicação	2013
Origem/ País	Alemanha
Título do artigo	Eficácia da intervenção BT em utentes pediátricos com tumores cerebrais, durante sessões de radioterapia
Objetivo do artigo	Investigar os efeitos da BT na redução da ansiedade para pacientes com tumores cerebrais pediátricos tratados por com radioterapia.
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças
Conceito	Tumores cerebrais
Contexto	Radioterapia
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	Definidos, grupo controle e grupo intervenção. O grupo de estudo foi introduzido com o grupo controle. TP durante a EBRT. O Beck Youth Anxiety Inventory e o Faces Anxiety Scale foram usados para avaliar os níveis psicológicos de ansiedade dos pacientes. A variabilidade da frequência cardíaca e as concentrações salivares de cortisol foram usadas para

	indicar os níveis físicos de ansiedade dos pacientes. Ambos os testes psicológicos e fisiológicos foram administrados a todos os indivíduos antes e após o procedimento RT.
Tamanho da amostra	19
Duração da intervenção	3 meses
Idade	3 e 15 anos
Resultados	O grupo de estudo apresentou níveis de ansiedade significativamente menores e expressou menos emoções negativas do que o grupo controle antes da TRFE.
Conclusões	A BT pode não apenas melhorar a qualidade dos serviços médicos, mas também reduzir os custos e as necessidades de pessoal. Além disso, pode ajudar a diminuir a ansiedade e o medo dos pacientes jovens durante procedimentos médicos. Como resultado, diminui os potenciais impactos negativos da hospitalização nesses pacientes jovens.
5	
Autores	Sabrina Gisele Tobias da Silva, Maiara Aurichio Santos, Claudia Maria de Freitas Floriano, Elaine Buchhorn Cintra Damião, Fernanda Vieira de Campos, Lisabelle Mariano Rossato
Ano da publicação	2017
Origem/ País	Brasil
Título do artigo	Influência da BT na ansiedade de crianças em idade escolar hospitalizadas: Ensaio clínico
Objetivo do artigo	Avaliar os efeitos da aplicação da técnica da BT Dramática no grau de ansiedade em crianças em idade escolar hospitalizadas
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças
Conceito	Efeitos da aplicação da técnica da BT Dramática no grau de ansiedade
Contexto	Unidade de pediatria no hospital universitário São Paulo (HUUSP) e Darcy Vargas Children's Hospital (HIDV)
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	Ensaio clínico randomizado. A intervenção consistiu na aplicação da BT dramática e o desfecho foi avaliado por meio do instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H). Utilizaram-se na análise os testes Wilcoxon-Mann Whitney, T corrigido, Exato de Fisher e Qui-quadrado com significância de 5%.

Tamanho da amostra	28
Duração da intervenção	5 meses
Idade	6 e 11 anos
Resultados	A maioria das crianças de ambos os grupos (75%) apresentou classificação de baixo grau de ansiedade, sendo o valor médio do instrumento CD: H no grupo intervenção de 73,9 e no grupo controle de 69,4, sem diferença significativa
Conclusões	As crianças submetidas à BT dramática apresentaram o mesmo grau de ansiedade que as do grupo controle. Entretanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados com maior número de crianças em variados cenários da hospitalização.
6	
Autores	Celestine Yan Hui WEE; Sally Wai Chi CHAN; William Ho Cheung LI; Joanne Li Wee LI; HE Hong-Gu
Ano da publicação	2014
Origem/ País	Singapura
Título do artigo	Estudo piloto sobre a eficácia da intervenção BT em utentes submetidos a cirurgia eletiva
Objetivo do artigo	Examinar os efeitos da BT nos resultados (estado de ansiedade, manifestações emocionais e dor pós-operatória) de crianças submetidas à cirurgia eletiva de internamento em Singapura.
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças
Conceito	Efeitos da BT nos resultados (estado de ansiedade, manifestações emocionais e dor pós-operatória)
Contexto	Cirurgia eletiva de internamento em Singapura
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	Este ensaio piloto randomizado controlado usou um pré-teste de dois grupos e pós-testes repetidos, entre o <i>design</i> dos sujeitos. Dezassete crianças foram aleatórias para qualquer intervenção (n = 9) ou grupo controle (n = 8) com base em uma tabela aleatória. As crianças do grupo de controle receberam apenas os cuidados de rotina, enquanto as crianças do grupo de intervenção receberam a intervenção BT, além dos cuidados de rotina. Os resultados foram medidos pela Escala Estadual de Ansiedade para Crianças (SAS-C short-form) (Li & Lopez, 2007), Escala de Manifestação Emocional Infantil (Li & Lopez, 2005) e Escala Numérica de Avaliação. O SPSS 19.0

	foi utilizado para analisar os dados.
Tamanho da amostra	17
Duração da intervenção	Não foi definida
Idade	1 aos 17 anos
Resultados	A mudança percentual na ansiedade do estado das crianças entre os grupos ao longo de três momentos de colheita de dados não teve significância estatística ($F = 2,41$, $p = 0,132$). A ansiedade pré-operatória das crianças (pós-teste 1) reduziu significativamente no grupo de intervenção, com uma diferença percentual média de 24% entre os dois grupos ($F = 10,88$, $p = 0,016$). Não houve diferença estatisticamente significativa na ansiedade pós-operatória entre os dois grupos ($F = 1,59$, $p = 0,25$). Quando comparados com o grupo controle, as crianças do grupo de intervenção exibiram menos comportamentos de emoções negativas com significância estatística ($F = 12,64$, $p = 0,016$), bem como menor intensidade de dor, mas sem significância estatística ($F = 3,10$, $p = 0,129$). Correlações foram encontradas entre a ansiedade do estado da criança e o comportamento emocional negativo, assim como a dor pós-operatória.
Conclusões	Os resultados mostraram que a intervenção da BT reduz efetivamente a ansiedade pré-operatória, reduz as manifestações emocionais negativas e diminui a dor pós-operatória para crianças submetidas à cirurgia, o que é consistente com o estudo anterior (Li et al., 2007; Fincher et al., 2012). Este estudo tem o potencial de mudar e melhorar a prática clínica através da implementação do protocolo da intervenção BT em locais cirúrgicos pediátricos locais e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados peri operatórios para crianças.
7	
Autores	Eda Orhan; Professor Suzan Yıldız
Ano da publicação	2017
Origem/ País	Turquia
Título do artigo	Os efeitos do treino da punção periférica fornecidos através da intervenção BT sobre a ansiedade dos pacientes oncológicos pediátricos
Objetivo do artigo	O estudo tem como objetivo determinar o efeito do treino pré-intervenção fornecido através do jogo terapêutico na redução da ansiedade de pacientes oncológicos pediátricos durante a punção periférica.
Critérios de inclusão (PCC):	
População	Crianças
Conceito	Efeito da BT na Punção periférica

Contexto	Unidade de Hematologia e oncologia na universidade de Istanbul
Critérios de exclusão	Não foram definidos
Metodologia	As crianças foram distribuídas aleatoriamente nos grupos, experimental e controle. As crianças foram solicitadas a preencher um Formulário de Informações antes da punção periférica. A intervenção foi explicada ao grupo experimental através da intervenção BT. Os dados obtidos por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (STAIC) após a punção periférica foram analisados no pacote Statistical Package for the Social Science (SPSS) 21 para Windows.
Tamanho da amostra	40
Duração da intervenção	6 meses
Idade	8 a 12 anos
Resultados	Verificou-se que os níveis médios de ansiedade foram semelhantes e permaneceram moderados nos grupos experimental e controle; que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$); e que o valor médio de ansiedade do estado do grupo experimental foi menor que o do grupo controle (Controle: $43,40 \pm 5,42$; Experimental: $31,50 \pm 4,73$) e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O nível de ansiedade verificou-se ter reduzido para todas as crianças - independentemente das variáveis - com o treino fornecido através intervenção BT.
Conclusões	As crianças que receberam treino com a intervenção BT antes que a intervenção pudesse reduzir sua ansiedade durante os procedimentos, como a punção periférica. O uso de brincadeira amplamente difundida nas instituições de saúde diminuem tanto a dor quanto o sofrimento das crianças.
8	
Autores	Flaviana Anselmo Dantas; Vanessa Medeiros da Nóbrega; Erika Acioli Gomes Pimenta; Neusa Collet
Ano da publicação	2016
Origem/ País	Brasil
Título do artigo	Uso da intervenção BT durante a administração de medicação endovenosa em crianças: estudo exploratório
Objetivo do artigo	Identificar as reações das crianças durante a administração de drogas intravenosas antes e depois do uso da intervenção BT e analisar as percepções dos acompanhantes em relação aos efeitos da técnica na preparação da criança para administração de drogas intravenosas
Critérios de inclusão	

(PCC):	
População	Crianças
Conceito	Intervenção BT
Contexto	Administração de medicação endovenosa
Critérios de exclusão	Crianças com comprometimento motor e / ou cognitivo e acompanhantes com problemas de comunicação e / ou cognitivos foram excluídas do estudo
Metodologia	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado pela observação da administração de drogas injetáveis e intervenções da BT com crianças, e entrevistas semiestruturadas com os seus acompanhantes. Os dados foram submetidos à análise temática.
Tamanho da amostra	9
Duração da intervenção	2 meses
Idade	Entre 4 e 8 anos
Resultados	As crianças que tiveram dificuldade de receber medicação endovenosa, principalmente entre 4 e 6 anos, apresentaram mudanças comportamentais positivas após o uso da BT. Os acompanhantes das crianças recomendaram o uso dessa técnica para melhorar o cuidado e reduzir o stress durante a administração de medicamentos
Conclusões	A BT é uma intervenção de enfermagem relevante para minimizar as reações das crianças durante a administração de drogas intravenosas, a formação de enfermeiros e a promoção de técnicas são importantes para melhorar o cuidado.

APÊNDICE II

Guião da entrevista aos contextos para efeitos de diagnóstico situacional

Guião da Entrevista ao Contexto de Estágio

Legitimação da Entrevista

- Apresentação;
- Apresentação dos objetivos da visita/entrevista;
- Obtenção de consentimento (verbal);
- Apresentação dos objetivos relativos ao local de estágio.

Caraterização do serviço

- Qual a missão do serviço?
- Quanto ao espaço físico, o que a instituição contempla?
- Que valências / serviços diferenciados estão disponíveis?
- Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? (condições de acesso)
- Qual a proveniência dos utentes? Qual a população abrangida?
- Qual a faixa etária dos utentes e patologias mais frequentes?
- Qual a taxa de ocupação do serviço?
- Qual o horário das visitas?
- Como é constituída a equipa multidisciplinar?
- Qual o horário de trabalho que é praticado?

Gestão de recursos humanos

- Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em SIP?
- O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros especialistas? Se sim, porquê e como?
- Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas em SIP pelos turnos?
- Que funções assume o Enfermeiro em SIP no serviço?
- Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista em SIP? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?
- Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de SIP?

Avaliação dos utentes

- Como realiza a seleção dos utentes alvo dos seus cuidados?
- Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas?

- Quais são os critérios de internamento? Como é articulado entre as instituições de onde vêm referenciados?

Prestação e continuidade de cuidados de enfermeiro Especialista

- Como procede ao planeamento dos cuidados?
- De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?
- O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?
- Apenas presta cuidados aos utentes do serviço ou dá apoio a outros serviços?
- Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros?
- Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de SIP na sua prática e cuidados?
- Vê impacto de resultados consoante a adesão / envolvimento da pessoa aos cuidados?
- Como a família é incluída nos cuidados planeados?

Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar

- Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista)
- Como é que prepara a alta do utente para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro especialista em SIP na decisão da alta do utente?
- Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta?
- Como articula a continuidade de cuidados?
- Existem programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade no pós-alta?

Outras atividades

Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?

Fim da entrevista

Agradecimento pela entrevista

APÊNDICE III

PLANO DO FOLHETO INFORMATIVO - Vacinas Salvam Vidas



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

PLANO DO FOLHETO INFORMATIVO:

Vacinas salvam vidas

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora [REDACTED]

Lisboa

23 de maio de 2018

Plano de folheto informativo no contexto de Educação para a Saúde

Título: *Vacinas salvam vidas*

Tema: Construção de um folheto informativo sobre o Plano nacional de vacinação.

População-alvo: Pais, cuidadores e crianças

Diagnóstico da situação:

Decorrente da observação e participação no Programa de Saúde Infantil e Juvenil e no Programa de Vacinação Nacional, observei que o panfleto do Plano Nacional de Vacinação não estava atualizado, foi discutido com a enfermeira orientadora a necessidade de atualização.

Objetivos:

- Responder a duvidas relacionadas com o plano nacional de vacinação;
- Reduzir a ansiedade da criança;
- Promover um comportamento responsável;
- Ensinar sobre os cuidados e procedimentos a ter pós vacinais;
- Reduzir o medo;
- Facultar informação sobre o Plano Nacional de Vacinação
- Aliviar a ansiedade dos pais;
- Facilitar a comunicação da criança.

Data e Hora: início dia 30 de maio de 2018 às 12h.

Duração: continuo.

Localização: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED] – Sala de espera

Realizado por: Enfermeira Denise Deyllot, discente no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação/Indicadores de resultado: Feedback dos enfermeiros, pais, cuidadores

e crianças.

Considerações:

O presente plano da sessão de formação para a Saúde representa um fio condutor para orientar toda a sua execução.

A Educação para a Saúde é domínio do enfermeiro, que se encontra em lugar de destaque e dispõe de competências para a desenvolver e implementar.

É função do enfermeiro levantar um diagnóstico de situação, identificar necessidades da população neste âmbito, neste contexto Enfermeiros da UCSP de [REDACTED] com para uma intervenção pertinente e adequada.

A necessidade de vacinar a população é um crescente alvo de discórdia, pelo que achei necessário atualizar o plano nacional de vacinação, mas acima de tudo, utilizar o folheto como meio de esclarecimento de dúvidas, fomentando a vacinação. Pois apesar de não ser obrigatória no presente momento em Portugal, é aconselhada.

O objetivo principal do folheto é então, sensibilizar os pais da importância de vacinas recomendadas no Plano Nacional de Vacinação.

No decorrer da elaboração do folheto informativo acima referido foi também realizado um panfleto. No entanto eu e a Enfermeira [REDACTED] discutimos a reorganização do folheto de forma a incorporar o panfleto, pelo que assim foi feito. O panfleto encontra em anexo, apesar de não ter sido concluída a sua implementação.

O folheto informativo foi aprovado pela enfermeira Sandra, no entanto terá ainda de ir a conselho da UCSP de [REDACTED] para aprovação e implementação.

O folheto foi adornado com desenhos de *cartoons* alusivos à Patrulha Pata, uma serie bastante apreciada pelas crianças que frequentam as consultas de saúde infantil e a unidade de vacinação da UCSP. Esta conclusão foi feita de acordo com observação informal por conversas com a referida população. O intuito do uso destes cartoons específicos foi para chamar a atenção das crianças e conseqüente leitura pelos pais por observação sequencial decorrente do cuidado à criança. Os panfletos foram expostos no guiché de atendimento e marcação de episódios da unidade de vacinação nacional e consultas de saúde infantil.

Vacinação

- Embora muito raramente, a administração de medicamentos, tais como vacinas, podem provocar reações adversas, nomeadamente, reações anafiláticas que podem estar relacionadas com qualquer dos seus componentes.
- A reação anafilática é uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistêmica, na maioria dos casos de intensidade leve.
- A reação anafilática caracteriza-se por várias alterações a nível da via aérea e/ou circulatória, por vezes associadas a alterações cutâneas e mucosas, manifestando-se com uma evolução rápida atingindo um pico entre 3 a 30 minutos.



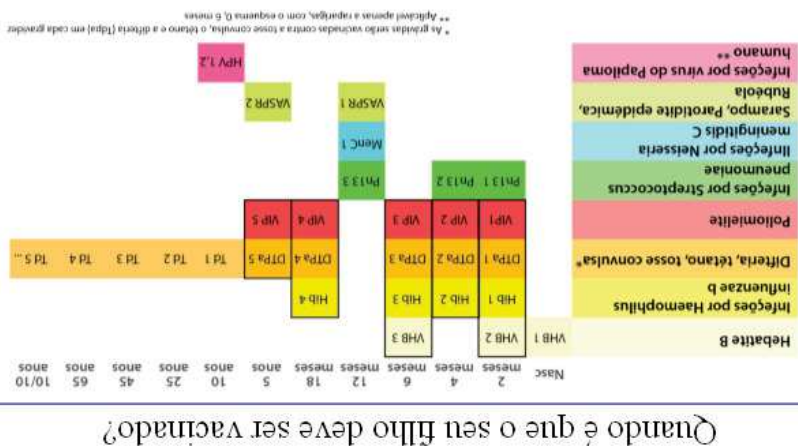
As pessoas vacinadas devem permanecer no centro de saúde durante 30 minutos após a administração.

Denise Deyllot

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica,



APÊNDICE II – Folheto Informativo



Em caso de dúvida contactar a equipa de Enfermagem ou médico assistente

As pessoas vacinadas devem permanecer no centro de saúde durante 30 minutos após a administração.

CVFR, I.C.V.
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA SAÚDE

Elaborado por: Denise Dey'11ot

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular "A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Diagnóstico Clínico", do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Carneiro e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Oriandora [redacted]



Vacinas salvam vidas!!!



Que são as Vacinas:

As vacinas previnem o aparecimento de doenças e tornam possível a sua erradicação ou controlo.

Actualmente, o Programa Nacional de Vacinação preconiza a administração de vacinas recomendadas ao longo do ciclo de vida da pessoa; estas são gratuitas e acessíveis a toda a população.

Porque vacinar o seu filho?

As vacinas permitem salvar vidas.

Melhoram o bem-estar da população.

Contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde.

São um factor de desenvolvimento.

Quanto tempo protegem?

Depende. Algumas para toda a vida, como é o caso das que previnem o sarampo, rubéola ou papoeta (2 doses), mas outras deixam de fazer efeito com o passar do tempo e é necessário administrar doses de reforço, como o tétano.



Quando o seu filho está doente pode ser vacinado?

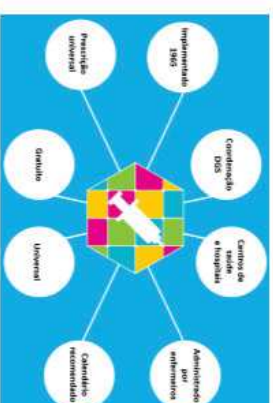
Em principio sim, só em caso de doença grave ou febre deve adiar a vacina.

Provocam alguma lesão?

Sim. A mais frequente é a inflamação ligeira, acompanhada de dor, rubor e inchaço no local da injeção, podendo aplicar gelo local. Pode também provocar febre, irritabilidade e mal-estar ao seu filho. É normal, não se assuste! Neste caso administre um analgésico/antipirético (paracetamol). Especificamente a VASPR pode provocar tumefacção das parótidas e exantema.

Embora muito raramente, provoque reações alérgicas que podem estar relacionadas com qualquer dos seus componentes.

A reação alérgica é uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistémica, na maioria dos casos de intensidade leve.



PLANO DE VACINAÇÃO COMPLEMENTAR

Vacinação contra infeções por Streptococcus pneumoniae (Pn13 e Pn23) - Vacinação de grupos de risco - Normas da DGS em vigor

Vacinação contra a Hepatite B (VHB) - Vacinação gratuita de grupos de risco - Normas da DGS em vigor

Vacinação contra o Sarampo, Parotidite epidémica e Rubéola (VASPR) - Vacinação de grupos de risco e vacinação oportunística de adultos (≥ 18 anos de idade), no âmbito do Programa Nacional de Erradicação do Sarampo - Normas da DGS em vigor

Vacinação contra a Poliomielite (VIP) - Vacinação gratuita de grupos de risco no âmbito do Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Norma da DGS em vigor.

Referências bibliográficas:
https://www.as.gov.pt/vip-comentari-upload/2016/06/programa_vacinas_ao_asu.pdf
https://www.as.gov.pt/vip-comentari-upload/2016/06/programa_vacinas_ao_asu.pdf
Serviço Nacional de Saúde (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa

APENDICA IV

Relatório da Sessão Formativa: “Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

RELATÓRIO DA SESSÃO FORMATIVA:

“Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora [REDACTED].

Lisboa

30 de maio de 2018

ÍNDICE

1. Plano de sessão	1
2. Dispositivos da sessão	4
3. Avaliação da sessão	9
4. Tratamento de dados da avaliação da sessão	10

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Avaliação Geral da Formação	10
Gráfico 2 – Conhecimentos pré-formação	10
Gráfico 3 – Objetivo do Formando	11

1. Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Título: “*Brincadeira Terapêutica*”

Tema: Atividade de sessão Formativa da intervenção Brincadeira Terapêutica, com foco no bem-estar físico e emocional de crianças em idade pré-escolar, mediante uma sessão dinâmica e interativa, com a finalidade de sensibilizar e facultar ferramentas aos profissionais de saúde no âmbito desta temática, reforçando e sensibilizando os referidos profissionais para esta intervenção.

População-alvo: Profissionais de Saúde do Programa de Vacinação Nacional e Programa de Saúde Infantil e Juvenil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED].

Diagnóstico da situação:

Decorrente da observação e participação no Programa de Saúde Infantil e Juvenil e no Programa de Vacinação Nacional, observei que algumas crianças em idade pré-escolar adotam uma postura defensiva que tende a ser quebrada ao longo da interação com a enfermeira. Postura que cede mais rapidamente quando a enfermeira entra no mundo da criança por meio da intervenção BT.

Objetivos: Dotar os Enfermeiros da estratégia de comunicação e negociação pela Intervenção BT.

Data e Hora: 30 de maio de 2018 às 12h30.

Duração: 30 minutos no total: 20 minutos para exposição oral e 10 minutos para dinâmica de grupo e avaliação da sessão.

Localização: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED] – Sala de Consultas 2

Oradora: Enfermeira Denise Deyllot, discente no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação/Indicadores de resultado: Feedback dos presentes e preenchimento de um questionário de avaliação da sessão.

Plano da sessão

Conteúdos	Meios	Metodologia	Tempo de Exposição
Apresentação e explicitação do conteúdo da sessão	Audiovisuais	Exposição oral, com apresentação em PowerPoint	1 Minuto
Objetivos e pertinência	Audiovisuais	Exposição oral, com apresentação em PowerPoint	2 Minutos
Exposição sobre a temática: <ul style="list-style-type: none"> • Criar uma continuidade da vida quotidiana; • Reduzir o sofrimento e ansiedade; • Desenvolver o respeito para as opiniões e sentimentos de outras pessoas; • Manter a autoestima e confiança da criança; • Promover o autocontrolo; • Ensinar sobre os cuidados e procedimentos; • Reduzir o medo; • Ajudar adaptação ao meio hospitalar; • Aliviar a ansiedade dos pais; • Facilitar a comunicação da criança. 	Audiovisuais	Exposição oral, com apresentação em PowerPoint	15 Minutos
Conclusão	Audiovisuais	Exposição oral, com	1 Minuto

		apresentação em PowerPoint	
Bibliografia	Audiovisuais	PowerPoint	30 Segundos
Agradecimento	Audiovisuais	Exposição oral, com apresentação em PowerPoint	30 Segundos
Dúvidas e Avaliação da sessão	Dinâmica em grupo e questionário de avaliação	Exposição oral e escrita	10 Minutos (6 minutos para dúvidas e 3 minutos para o questionário)

Considerações Finais

O presente plano da sessão de formação para a Saúde representa um fio condutor para orientar toda a sua execução.

A Educação para a Saúde é domínio do enfermeiro, que se encontra em lugar de destaque e dispõe de competências para a desenvolver e implementar.

É função do enfermeiro levantar um diagnóstico de situação, identificar necessidades da população neste âmbito, neste contexto Enfermeiros da UCSP de [REDACTED] com para uma intervenção pertinente e adequada.

A intervenção brincadeira terapêutica é relevante no desenvolvimento da relação terapêutica com base na confiança tríade enfermeiro, pais, criança, assim como é fundamental para contribuir para uma resultante interação positiva e não traumática.

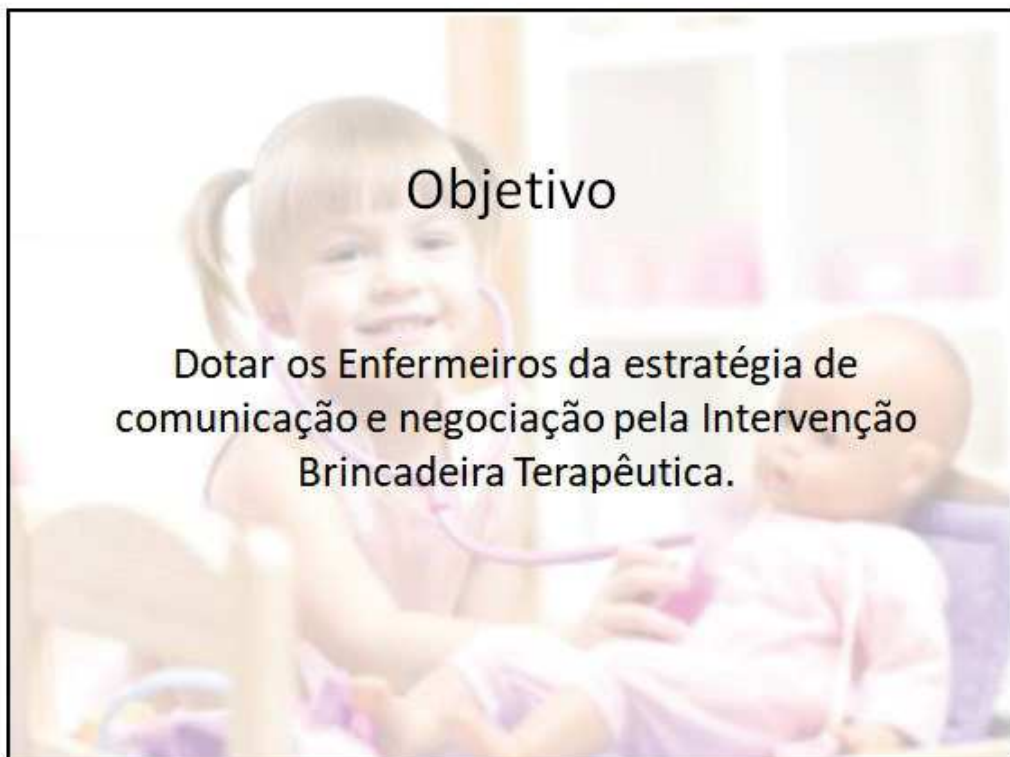
Considera-se necessária a implementação desta intervenção de forma regular e espontânea como forma de enaltecer os cuidados holísticos de uma Enfermagem de excelência.

Por fim, esta sessão formativa, proponho-me a desenvolver competências de enfermeira especialista, nomeadamente, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados; desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

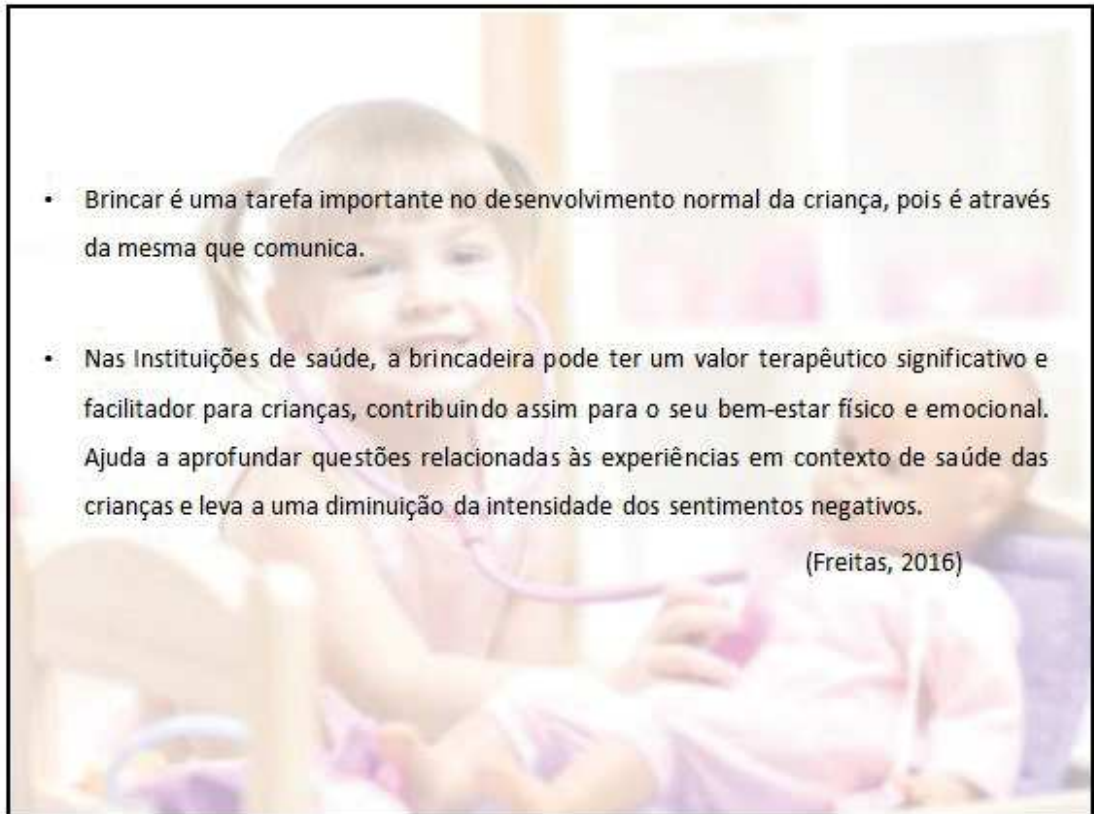
2. Diapositivos da sessão



1



2



- Brincar é uma tarefa importante no desenvolvimento normal da criança, pois é através da mesma que comunica.
- Nas Instituições de saúde, a brincadeira pode ter um valor terapêutico significativo e facilitador para crianças, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e emocional. Ajuda a aprofundar questões relacionadas às experiências em contexto de saúde das crianças e leva a uma diminuição da intensidade dos sentimentos negativos.

(Freitas, 2016)

3

Brinquedo Terapêutico



- Definição:
 - Uso intencional e orientado de brinquedos ou outros materiais para ajudar as crianças a comunicar a sua percepção e conhecimento do mundo e ajudar a dominar o ambiente.
- Actividades:
 - Proporcionar um ambiente tranquilo e livre de interrupções;
 - Permitir tempo suficiente para uma brincadeira efectiva.

(NIC, 2016)

4

Objectivos do Brinquedo Terapêutico

- Criar uma continuidade da vida quotidiana;
- Reduzir o sofrimento e ansiedade;
- Desenvolver o respeito para as opiniões e sentimentos de outras pessoas;
- Manter a auto-estima e confiança da criança;
- Promover o auto-controlo;
- Ensinar sobre os cuidados e procedimentos;
- Reduzir o medo;
- Ajudar adaptação ao meio hospitalar;
- Aliviar a ansiedade dos pais;
- Facilitar a comunicação da criança.

(Kiche 2007)

5

Etapas

- Comunicar o propósito da sessão de brincadeira à criança e pais;
- Discutir as actividades lúdicas com a família;
- Definir os objectivos da sessão de brinquedo terapêutico;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário para a brincadeira, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento;
- Expor aos pais/ cuidadores a significância da brincadeira terapêutica;
- Informar a criança;
- Apresentar o material à criança;

(NIC, 2016)

6

Etapas (continuação)

- Interagir com a criança através de uma história relacionada directamente ou em sentido figurado com o procedimento (de acordo com o nível de compreensão da criança);
- Representar o comportamento esperado (manifestar o desconforto);
- Informar quais os efeitos secundários (dor, edema, febre);
- Ajudar a criança a brincar com o material (permitir que entre na história como personagem);
- Observar e registar os comportamentos da criança;
- Desinfectar/ lavar o material.

(NIC, 2016)

7

Factores determinantes da eficácia do Brinquedo Terapêutico

- Proporcionar segurança física e emocional;
- Adoptar uma atitude positiva em relação à criança;
- Fortalecimento da realidade;
- Expressar sentimentos negativos;
- Promover o senso de responsabilidade e auto regulação emocional da criança; de forma a melhorar o desenvolvimento da consistência;

(Kiche, 2007)

8

Conclusão

- O recurso do Brinquedo Terapêutico nos serviços de saúde promove diversos benefícios, contribuindo para o carácter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança.
- Permite também a construção de um atendimento humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente de acolhimento e reconhecimento das suas necessidades.

(Freitas, 2016)

9

Exemplo

- <https://www.youtube.com/watch?v=9CPVot7QjicM>
- <https://www.youtube.com/watch?v=cEZ4Ob1RL08>

10

3. Avaliação da sessão

Evento: Brincadeira Terapêutica	Data: 30.05.2018
Local: USCP [REDACTED]	Formadora: Denise Deyllot

Com vista a uma continua evolução no processo de formação, gostaria de saber qual a sua opinião sobre alguns aspetos da sessão formativa que a colega participou. Por favor indique o seu nível de satisfação para cada um dos seguintes tópicos, assinalando no espaço apropriado.

Os seus conhecimentos anteriores a esta sessão eram:

<input type="checkbox"/>	Insuficientes	<input type="checkbox"/>	Suficientes	<input type="checkbox"/>	Bons	<input type="checkbox"/>	Muito Bons
--------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------	--------------------------	------------

Objetivo da sessão:

<input type="checkbox"/>	Atualizar conhecimentos	<input type="checkbox"/>	Adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	Aperfeiçoar cuidados	<input type="checkbox"/>	Outros: Quais? _____
--------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

Aspetos gerais:	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom
Organização da formação				
Conteúdo apresentado				
Método apresentado				
Qualidade do material apresentado				
Facilidade de implementar os conhecimentos adquiridos				
Oportunidade de participação				
Como avalia a formação				
Formadora				

Comentários:

--

Instrumento de avaliação da sessão formativa adaptado do Manual de Avaliação da Formação da Associação Empresarial de Portugal

4. Avaliação/Indicadores de resultado

Feedback dos presentes e preenchimento de um questionário de avaliação da sessão.

1. Os questionários resultaram numa avaliação positiva, encontrando-se seguidamente esquematizados sendo que os inquiridos estão por questões de proteção da privacidade numerados de Enf 1, Enf 2 e Enf 3. A avaliação foi feita de fraco (1), Regular (2), Bom (3) e Muito Bom (4).

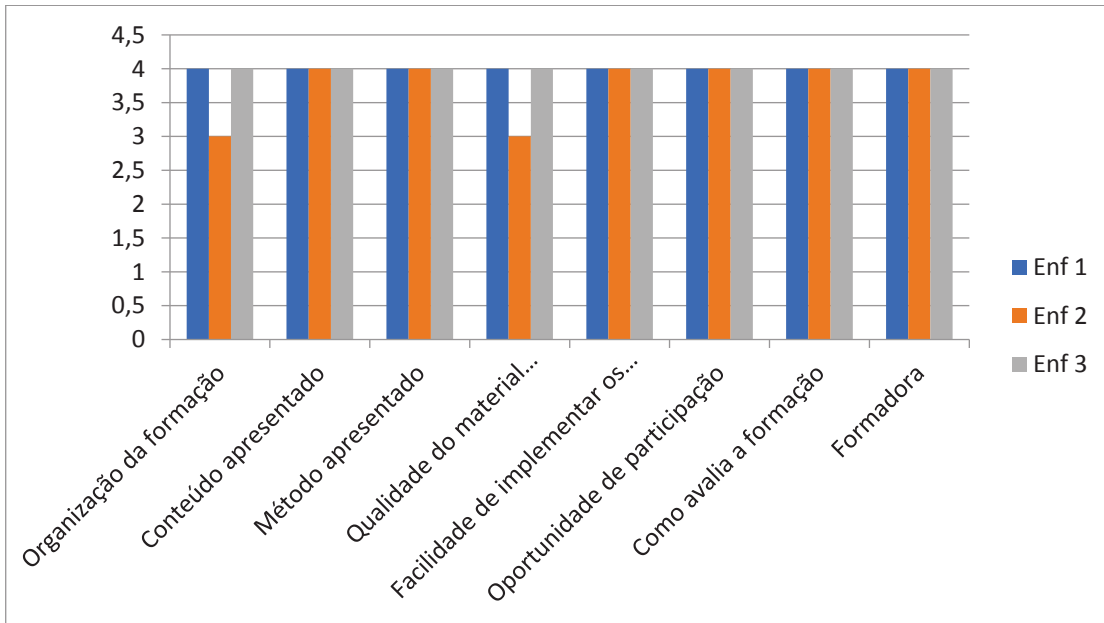


Gráfico 1 - Avaliação Geral da Formação

2. Quanto aos conhecimentos que tinham pré-formação, foram descritos no gráfico seguinte. A qualificação: Insuficiente (1), Suficiente (2), Bom (3), Muito bom (4).

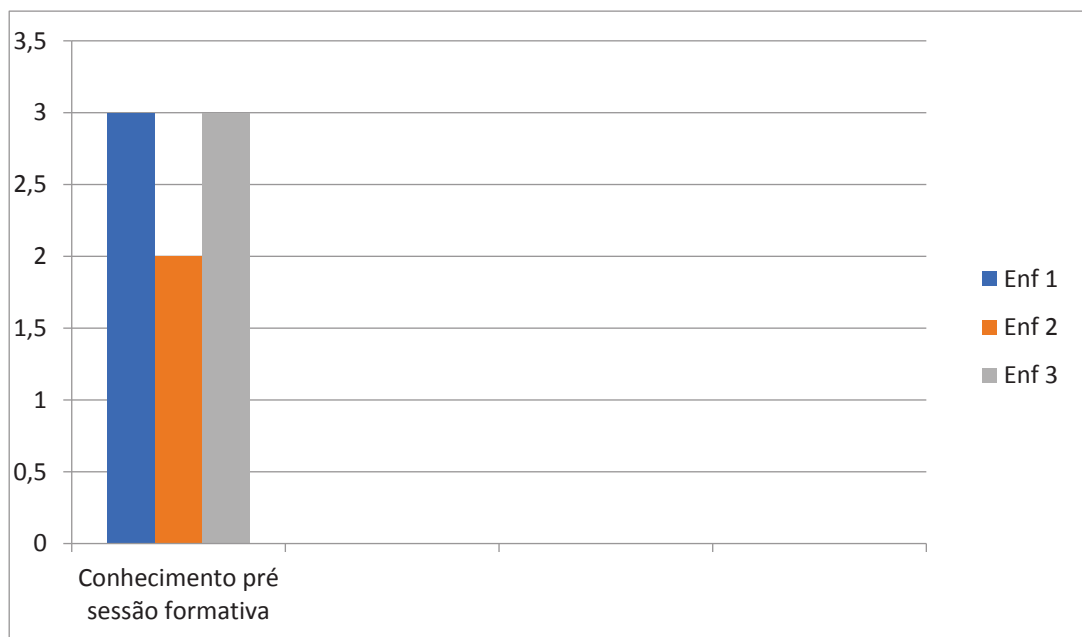


Gráfico 2 – Conhecimentos pré-formação

De acordo com este gráfico é perceptível que os conhecimentos pré sessão formativa encontravam-se, de acordo com a autoavaliação dos formandos, entre o suficiente (2) e o bom (3).

3. Quanto aos objetivos que motivaram a presença na sessão formativa:



Gráfico 3 – Objectivo do Formando

Verifica-se que a maioria procurou adquirir novos conhecimentos e também aperfeiçoar cuidados.

Conclusão: A sessão formativa sobre a intervenção Brincadeira terapêutica apesar de ter contado apenas com três enfermeiros, resultou numa apreciação positiva. Os objetivos propostos foram alcançados com sucesso. Esta formação representa uma atividade que me propôs desenvolver no âmbito do projeto deste Estágio, com o objetivo de desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Nesta sessão formativa desenvolvi competências de enfermeiro especialista, ou seja, desempenhei um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebi, geri e colaborei em programas de melhoria contínua da qualidade; adaptei a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados; desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade; baseei a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

APÊNDICE V

Relatório da observação: “Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

RELATÓRIO DA OBSERVAÇÃO:

“Brincadeira Terapêutica, uma intervenção para humanizar”

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora [REDACTED].

Lisboa

30 de maio de 2018

ÍNDICE

1. Instrumento de colheita de dados	1
2. Resultados da observação	2
3. Reflexão sobre a Observação	4

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumento de Colheita de Dados de Observação	2
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados de observação	4
--	---

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Iniciais do utente				
Data	Contexto		Idade	
Observação do comportamento		Sim	Não	Não Aplicável
1 - Manipula os brinquedos expostos				
2 - Tem medo dos brinquedos				
3 - Tem medo ao aproximar-se do profissional				
4 - Brinca interactivamente expressando suas emoções				
5 - Realiza as intervenções no brinquedo				
6 - Faz uso do “faz-de-conta”				
7 - Negocia com as outras crianças para que as suas necessidades sejam atendidas				
8 - Compartilha os brinquedos com outras crianças				
9 – Assume/Demonstra a liderança				
10 - Mostra-se seguro				
11 - Demonstra alegria				
12 - Atitudes verbalizadas				
13 - Chora frente à realização do procedimento lúdico				
14 - Agarra-se ao cuidador				
15 - Apresenta inquietação				
16 - Finge não ouvir				
17 - Apresenta alteração de humor				
18 - Apresenta comportamento verbal				
19 - Apresenta comportamento não verbal				
20 - Questiona				

Quadro 1 - Instrumento de Colheita de Dados de Observação adaptado de: Fontes C, Mondini C, Moraes M, Bacheга M, Maximino N, Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada, Rev. Bras. Ed. Esp., (2010) 16(1):95-106.

tranquilos vendo a reação de alegria nas suas crianças.

Assim sendo a BT representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspetiva de natureza macro sistémica, mas representa, principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados.”⁴

Esta intervenção baseia-se na filosofia do cuidar com uma abordagem não diretiva. Esta oferece, à criança, liberdade para se exprimir de forma verbal e não-verbal e oferece meios, pelos quais, ela pode manifestar os seus medos e preocupações, ajudando o enfermeiro a identificar esses mesmos sentimentos e emoções.⁵

Conclusão

Decorrente desta intervenção cremos ter desenvolvido aptidões relacionais e observacionais relativamente à criança e dinâmicas familiares comportamentais. Creio que por meio da intervenção BT o enfermeiro especialista aplica e desenvolve a competência “assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

Plano de Ação

Apesar de a intervenção BT ser facilitadora de cuidados não podemos esperar que as crianças não chorem ou tenham comportamentos “negativos” pois nós enfermeiros somos desconhecidos e podemos ter de realizar intervenções que causam dor e desconforto. Cremos que, pela observação que é uma intervenção valida e significativa, arrisco dizer necessária para uma prestação de cuidados completa, de excelência, algo que é o alvo de todos nos enfermeiros. Possibilitar e aumentar o conforto da criança e família é algo que nos deve motivar e focar na realização dos cuidados. Por isso, se brincar é a língua das crianças pela qual de manifesta, dão a conhecer e interagem, é da nossa responsabilidade utilizar a referida intervenção o mais frequentemente possível, por forma a que se torne, mais do que uma intervenção, um comportamento espontâneo pela sua casualidade.

Referências bibliográficas

1. Organização das Nações Unidas, Declaração Universal dos Direitos das Crianças, UNICEF 1959;
2. Tondatti P, Correa I, Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital

Resultados da Observação do comportamento da criança com a intervenção “Brincadeira terapêutica”

Foi realizada uma observação informal por mim, aluna da especialidade em saúde infantil e pediátrica durante a consulta de saúde infantil, enquanto usei a intervenção brincadeira terapêutica (BT).

Com o intuito de preservar a privacidade das crianças envolvidas, foram atribuídos números de 1 a 4 (sendo que participaram quatro crianças). As crianças que participaram na observação foram crianças em idade pré-escolar.

Os comportamentos observados encontram-se em forma de gráfico sendo que 1 corresponde a “sim”, dois corresponde a “não” e três corresponde a “não aplicável”.

As crianças observadas 1, 2 e 4 apresentam variâncias do comportamento, mas todas interagem. Com as quais fui capaz de negociar cuidados como o pesar, avaliar a tensão arterial, avaliar a acuidade visual, avaliar o desenvolvimento com o auxílio da escala de Mary Sheridam. Houve uma boa adesão das crianças quando abordadas através da intervenção BT.

A intervenção BT revelou-se útil na negociação numa abordagem positiva quer da criança quer da família, através da intervenção consegui obter variada informação pela criança, algo que em observações anteriores, possivelmente pela desconfiança desta, só consegui obter pelos cuidadores.

Esta observação foi realizada com apenas quatro crianças, pelo que considero ser uma amostra insuficiente para realizar um estudo de caso, mas informativa como validação da grelha de observação e futura implementação num estudo de caso com um maior número de crianças.

Apesar de se observarem variâncias entre as crianças observadas existe uma criança com um comportamento *outlier*. A criança 3 não interagiu nem com os brinquedos, nem com o cuidador, nem com os enfermeiros. A criança não revelou qualquer interesse no local que a rodeava e apesar de ter cinco anos ainda não falava. Esta também não estabelecia contacto visual e corria pela sala de observação sem capacidade de focar a atenção num objeto por mais de 20 segundos. Foi impossível pela falta de cooperação fazer qualquer tipo de avaliação pela escala de Mary Sheridam, assim como não foi possível realizar a intervenção da BT com sucesso.

O comportamento da criança 3 foi discutido com a enfermeira orientadora [REDACTED],

e a criança e família foram referenciadas para a consulta médica para avaliação.

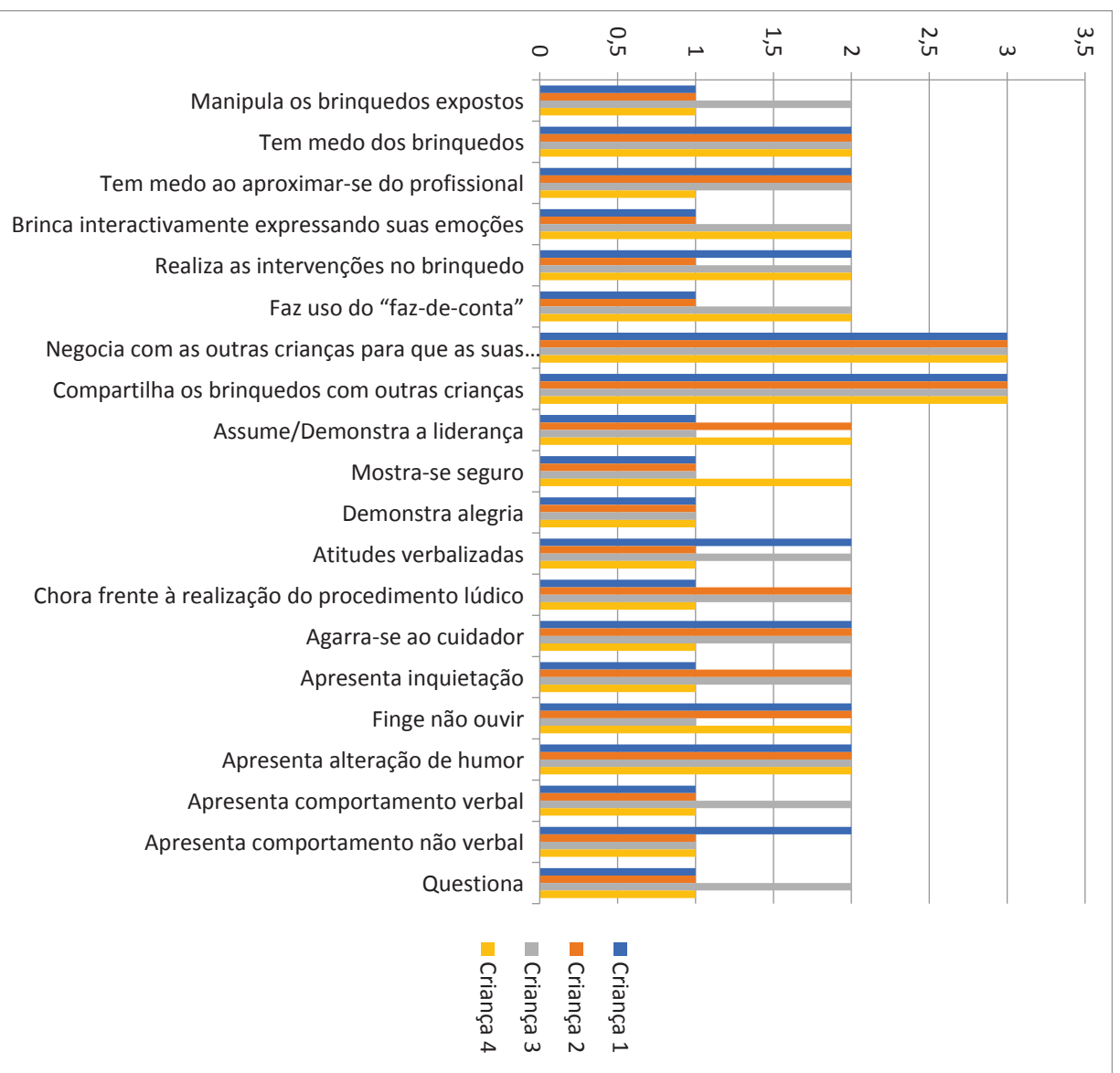


Gráfico 1 – Resultados de observação

Reflexão sobre a intervenção “Brincadeira Terapêutica”

Descrição

Decorrente do estágio que realizei na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED], em contexto de consultas de Saúde Infantil, observámos a sequência dinâmica das consultas, o comportamento dos enfermeiros e as reações comportamentais das crianças em idade pré-escolar e famílias às intervenções.

Observámos um comportamento padrão das crianças em idade pré-escolar, o receio à entrada no gabinete de consulta. Esta atitude era paralelamente alterada para uma postura defensiva, com a ausência de sorriso ou de uma postura acessível e comunicativa do enfermeiro. No entanto verificámos que quanto maior a tranquilidade e abertura de diálogo direcionado para a criança, especialmente quando a comunicação era feita de acordo com a língua da criança (brincar) associado ao pensamento magico, maior a mudança da postura das crianças e abertura à interação existia.

Os objetos mais frequentemente usados na intervenção da brincadeira terapêutica eram os cubos da caixa de Mary Sheridan, cubos para identificar as cores e avaliar a motricidade fina, ou o quadro com objetos desenhados para avaliação da acuidade visual.

Pensamentos/ sentimentos

Perante estas observações sentimos que existe uma ligação entre a postura do enfermeiro e pai/mãe com a reação/ comportamento da criança. Ou seja, sentimos que quanto maior fosse o sentimento de insegurança ou nervosismo dos pais, maior era a desconfiança e estado de alerta da criança em relação ao enfermeiro. Sentimos que quanto mais tranquila e fluida a abordagem do enfermeiro, maior e melhor a comunicação resultava, quer com os pais, quer com a criança. Sentimos que esta correlação de comportamentos devia ser explorada para que eu conseguisse perceber como contornar sentimentos e comportamentos negativos das crianças. Percebemos também que muitas vezes, mesmo usando a BT como intervenção, as crianças choravam e fugiam à mesma.

Avaliação

Apesar de muitos enfermeiros usarem a intervenção BT como intervenção facilitadora da comunicação e mesmo negociação de cuidados, senti que a entrega das crianças era reticente e difícil. Supôs uma possível explicação, as experiências anteriores ou mesmo pela fase de desenvolvimento das crianças em questão.

Gostámos de sentir a abertura das crianças às intervenções propostas, de as ver soltarem-se das posturas protetoras, quando brincava com elas. Sentimos que conseguia chegar ao

íntimo delas, ou seja, conseguia entrar no mundo delas. Ao brincar percebemos que conseguia explicar intervenções e recebia respostas bastante simpáticas. Houve uma criança que precisou de ser vacinada e no meio da brincadeira perguntei o que é que ela gostaria de fazer a seguir à vacina. A criança respondeu prontamente que queria furar as orelhas, ao que aproveitámos para comparar o furar das orelhas como algo semelhante à picada da vacina. A reação da criança foi imediata, esticou o braço, oferecendo-o para eu o picar. Como resultado a intervenção da vacinação correu sem lágrimas ou comportamentos de fuga e curiosamente a mãe afirmou levar a criança a furar as orelhas quando saíram da sala de enfermagem.

No entanto houveram crianças que apesar de eu brincar e explicar e comparar, assim que eram picadas choravam, gritavam e queriam fugir. Apesar de a intervenção da BT ser utilizada como estratégia não farmacológica de minimizar a dor, não a retira e ninguém gosta de ser magoado.

Análise

Segundo a declaração universal dos direitos da criança, “A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.”¹ De acordo com este princípio, os hospitais tornam-se responsáveis pela problemática do brincar.²

Segundo esta declaração os hospitais e instituições de saúde, nomeadamente as unidades de cuidados primários são responsáveis pela manutenção do brincar. Partindo deste pressuposto, torna-se valido usar a brincadeira como estratégia de cuidados e implementá-la como intervenção todas as vezes que sejam possíveis.

O processo de hospitalização é um momento peculiar não só para a criança, mas para toda a família. Saber cuidar deste binómio requer um conhecimento técnico e científico. Contudo, muito além do saber fazer, é preciso saber ser. O profissional precisa saber colocar-se no lugar do outro.³

Com esta afirmação creio que somos responsáveis por sermos enfermeiros humanos, ou seja, cuidadosos, atenciosos, compreensivos e proactivos no cuidar, não só da criança, mas também da família. Os cuidadores ficam muito mais relaxados quando existe uma reação positiva das crianças para com os enfermeiros, pois ninguém gosta de expor os filhos a eventos dolorosos apesar de necessários. Creio que cabe aos enfermeiros cuidar das famílias, cuidando da criança. Considero que pelo brincar os pais ficam mais

environment, Invest Educ Enferm. 2012;30(3)

3. Gesteira R, Gonçalves S, Marques F. Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric nursing, Rev enferm UFPE. 2011; 5(7):1807-81

4. Diogo P, Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 2015;

5. Rocha P, Prado M, Carraro T. Nursing care model for children victims of violence, Australian journal of advanced nursing. 2015; Vol 25 No 3;

APÊNDICE VI

Auditoria: Implementação do Método Canguru numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Denise Deyllot, n. °192017046

**Auditoria: Implementação do Método Canguru na Unidade de Cuidados
Intensivos Neonatais da Maternidade [REDACTED]**

Lisboa,
11 de setembro de 2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

**Auditoria: Implementação do Método Canguru na Unidade de Cuidados
Intensivos Neonatais da Maternidade [REDACTED]**

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira Orientadora [REDACTED], Mestre em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde e em Psicologia da gravidez e da parentalidade.

Lisboa

11 de setembro de 2018

ÍNDICE

Introdução	1
Plano da auditoria	5
Grelha da auditoria/constatações	8
Registo de auditoria	11
Relatório de auditoria	15
Apresentação de resultados	23
Referências Bibliográficas	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Conhecimento Geral do MC pelo profissional	12
Gráfico 2 – Conhecimento do Protocolo	12
Gráfico 3 – Implementação do MC	13
Gráfico 4 – Registo correto no local correto	13
Gráfico 5 – Critérios Reunidos	14
Gráfico 6 – Validação do Conhecimento do MC com os pais	14
Gráfico 7 – Índice de Conformidade	17

INTRODUÇÃO

Mundialmente nascem por ano 15 milhões de bebês prematuros¹, em Portugal nasceram em 2017, 86 154 Rn¹⁶, sendo que na Maternidade [REDACTED] nasceram 1379 bebês até as 38 semanas de gestação, em que 116 destes bebês nasceram até às 30 semanas de gestação e 308 até às 35 semanas de gestação². O baixo peso ao nascimento, associado à prematuridade, é responsável por 60 a 80% das mortes neonatais e pelo comprometimento do desenvolvimento neurológico destas crianças, muitas vezes associado a paralisias cerebrais ou outras morbidades tais como bronco displasias pulmonares, cegueiras, entre outras.¹

A utilização de tecnologias complexas e especializadas ao recém-nascido (RN) pré-termo e recém-nascido de baixo peso e muito baixo peso (peso inferior a 2.500gr e 1.500gr respetivamente) contribuem para a redução do índice de mortalidade perinatal e neonatal. Contudo, estes cuidados traduzem-se em internamentos morosos que prejudicam a relação de vinculação entre pais e filhos¹, visto que, os cuidados aos RN prematuros passam a ser exclusivos dos profissionais de saúde⁵. A condição de prematuridade torna desafiante a interação dos progenitores com o bebé quer pelas barreiras físicas das incubadoras quer pelo estado clínico do bebé, dificultando assim a vinculação^{1, 3}. Sendo a influência da mãe determinante no desenvolvimento dos cuidados aos seus filhos, durante a totalidade do ciclo de vida destes, existe a necessidade de promover a adoção do papel materno pela vinculação através da aquisição de competências associadas ao seu papel.³

A condição de prematuridade torna desafiante a interação dos progenitores com o prematuro, visto ser difícil identificar e colmatar as necessidades deste pelos pais.³

Nas primeiras visitas à unidade de cuidados intensivos neonatais, os pais experienciam sentimentos de perplexidade e medo, mesmo aqueles que foram previamente informados sobre a possibilidade de hospitalização ou aqueles que tinham a possibilidade de conhecer previamente a unidade. A hospitalização do bebé pode evocar sentimentos contraditórios nos pais e conduzir a uma "agitação emocional", como por exemplo: demonstrações de ansiedade; impotência; medo do desconhecido; e, sensação de irrealidade.⁶ A sensação de irrealidade experienciada pelos pais pode ser causada devido: quantidade de equipamentos; ruído dos alarmes; uso de palavras desconhecidas por parte dos

profissionais; quantidade de berços e incubadoras com crianças cuja aparência difere muito da conhecida. A falta de contato corporal e a complexidade que envolve cuidar da criança também são cruciais para a sensação de impotência. A própria dinâmica intensivista, cujo ritmo contrasta com a tranquilidade da incubadora, pode contribuir para um sentimento de desconforto.⁶

Atendendo à dificuldade de percepção das necessidades do prematuro é desenvolvido o método de Canguru. Este método vai colmatar os cuidados ao prematuro, ao interligar os cuidados dos profissionais e progenitores para um cuidado mais humanizado, dando um papel ativo aos progenitores, promovendo a vinculação e conforto, conduzindo ao desenvolvimento quer dos progenitores quer do prematuro.³

O método canguru é apresentado como um método complementar aos cuidados tradicionais e propõe colmatar, motivar e capacitar os pais, facilitando a ligação destes com o filho, numa estratégia humanizadora de cuidados. Este método consiste no contacto pele a pele do prematuro com a figura de referência no cuidado ao bebé, normalmente a mãe, ou pai, em posição vertical, posição esta frequentemente usada de forma preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar, de forma contínua e prolongada, no mínimo 60 minutos⁴.

O presente método apresenta vários benefícios: redução da mortalidade; diminuição do risco de Sepsis; promoção da normotermia; redução da hipoglicemia; diminuição do número de readmissões hospitalares; aumento do volume de leite materno produzido; e, otimização do vínculo progenitor/filho.^{1,7} Por estes motivos, a posição canguru deve ser encorajada pelos profissionais de saúde e deve ocorrer de forma prazerosa e estimulante na formação de laços afetivos, por um período de tempo em que ambos se sintam bem.¹ Em prol do sucesso deste método, os enfermeiros devem estabelecer uma relação assistencial pessoal de confiança, de base didática, realizando uma comunicação eficaz e construtiva.⁸

Em 2015, na maternidade [REDACTED], o método Canguru passou a fazer parte integrante e de forma sistemática dos cuidados prestados ao recém-nascido/ família, como resposta a um desafio lançado pela Associação XXS, seguindo o modelo de cuidados centrados no desenvolvimento *Quantum Caring*⁴. Para tal foi criado um protocolo orientador da prática clínica, no qual além de uma breve fundamentação acerca do MC, foi então estabelecida a sua definição para a instituição, com critérios de inclusão e exclusão (retira isto assim como sugestões de implementação do método). Foi formada uma equipa multidisciplinar com médicos e enfermeiros que formaram toda a equipa e

desenvolvem periodicamente sessões de formação dos pais integradas na atividade Conversas com os Pais e novos profissionais da unidade de neonatologia⁴. É de referir que todo o processo de implementação do protocolo: MC, se encontrou devidamente estruturado, e foi alvo de avaliação mediante auditorias (parcial e final), com a apresentação oficial das avaliações efetuadas. Em 2017 foi realizado um estudo que se debruçou sobre a caracterização do processo de implementação do protocolo: MC na o respetiva dos profissionais de saúde, tendo o mesmo levantado considerações importantes acerca da implementação e prática do MC no serviço de neonatologia, pelo q (sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre a implementação do método canguru.) se considera pertinente, Passados três anos, (retira isto varias formações e incontáveis famílias crê-se necessário desenvolver e implementar) efetuar uma nova auditoria para verificar a efetividade da implementação deste método.

Nesta auditoria apenas os enfermeiros e pais serão auditados. Apesar de ser uma equipa multidisciplinar com uma abordagem centrada nos cuidados humanizados à família, consideramos que apenas os enfermeiros serão auditados (após reunião com a Enfermeira Chefe) pois é uma pratica que apesar de não ser circunscrita à enfermagem e incluir *inputs da equipa* medica e de terapeutas, são os enfermeiros que aplicam o método. São fundamentalmente os enfermeiros que aplicam e dinamizam este método em específico. Em discussão com a Enfermeira chefe, a auditoria irá ser divulgada dentro da unidade e irá ser replicada em futuras auditorias que passarão a ser periódicas, na integra.

Objetivos:

Auditar a implementação do protocolo do método canguru numa unidade de cuidados intensivos neonatais;

Identificar problemas/dificuldades na implementação do método canguru;

Contribuir para a promoção implementação do método canguru;

Contribuir para a divulgação do método canguru;

Promover uma cultura de cuidados humanizados no cuidado ao prematuro/ família.

Referenciais:

- Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia da [REDACTED];

- Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão NP EN ISSO 19011;

- Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ ou ambiente NP ISSO 19011:2002.

1. PLANO DA AUDITORIA

Organismo/ Unidade a auditar:



Serviço/ Área a auditar:

Serviço de Pediatria/ Unidade de Neonatologia

Endereço:

Rua Viriato, 1069-089, Lisboa

Responsável da qualidade da Unidade orgânica auditada:

Enfermeira Chefe Esmeralda Pereira

Tema:

Implementação do Método Canguru numa Unidade de Neonatologia de um Hospital Credenciado “Amigo dos Bebés” em Lisboa.

Critérios da Auditoria:

Protocolo do Método Canguru, especificamente tópico 3, 4, 5 e 6.

Âmbito:

Prestação de cuidados humanizados – política de qualidade.

Auditados:

Enfermeiros e pais.

Organização:

Enfermeira Orientadora Clínica  e Denise Deyllot (aluna de Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa).

Duração da auditoria:

5h

Equipa Auditora:

Enfermeira Orientadora e Enfermeira Denise Deyllot

Data:

1 a 4 de outubro de 2018

Data	Hora	Atividade	Objetivo	Pessoas a contactar	Local
1/9	10h30	Reunião Inicial	Aprovar o plano e requisitos a auditar	Equipa auditora	Sala de Reuniões da área pediátrica
1/9	11-12h	Verificação da documentação; Verificação dos dispositivos e técnicas utilizadas; Verificação de registos em processo clínico; Análise da implementação do procedimento	Aferir a existência de orientações técnicas e material necessário à aplicação do método	Enf ^a Chefe [REDACTED]; Enf ^o [REDACTED] [REDACTED]	Unidade Neonatologia
1/9 2/9 3/9	12 – 13h 18 – 19h 21 – 22h	Observação da prática; Controlo de registos em processo clínico; Análise de processo de implementação do procedimento	Aferir o conhecimento dos profissionais de saúde e dos pais relativamente ao procedimento: método canguru; Aferir a existência de	Enf ^{os} e médicos em prestação de cuidados diretos; Pais	Unidade Neonatologia.

			informações sobre o método de canguru.		
4/9	10h-11h	Reunião final	Apresentação das conclusões da auditoria	Enf ^a Chefe ██████████ ██████████; Enf ^o ██████████ ██████████	Sala de reuniões da área pediátrica

2. GRELHA DA AUDITORIA/CONSTATAÇÕES

Unidade Clínica		UCIN – █████					
		Avaliação dos auditores					
A - Conhecimento geral do MC pelo profissional		C	O	N	N/A	Fontes	Observações
1	Demonstra conhecimento sobre a existência protocolo de atuação do método canguru						
2	O protocolo encontra-se acessível aos profissionais						
3	O profissional fez formação certificada sobre a implementação do método canguru						
4	O profissional reconhece os benefícios do método canguru para o bebê						
5	O profissional reconhece os benefícios do método canguru para os pais						
B – Conhecimento do protocolo		C	O	N	N/A	Fontes	Observações
6	Demonstra conhecimento sobre os critérios de inclusão						
	- Temperatura						
	- Taquicardia						
	- Bradicardia						
	- Apneia						
	- Dessaturação						
	- Tolerância aos cuidados						
	- TA						
	- Suplementação de O ₂						
	- Sépsis						
- Vias							
7	Demonstra conhecimento sobre os critérios de exclusão						
	- Temperatura						
	- Taquicardia						
	- Bradicardia						
	- Apneia						

Metodologia:

- Análise dos referenciais;
- Pesquisa bibliográfica;
- Entrevista e observação;
- Análise dos dados em Excel;
- Divulgação dos resultados e recomendações.

Constatações:

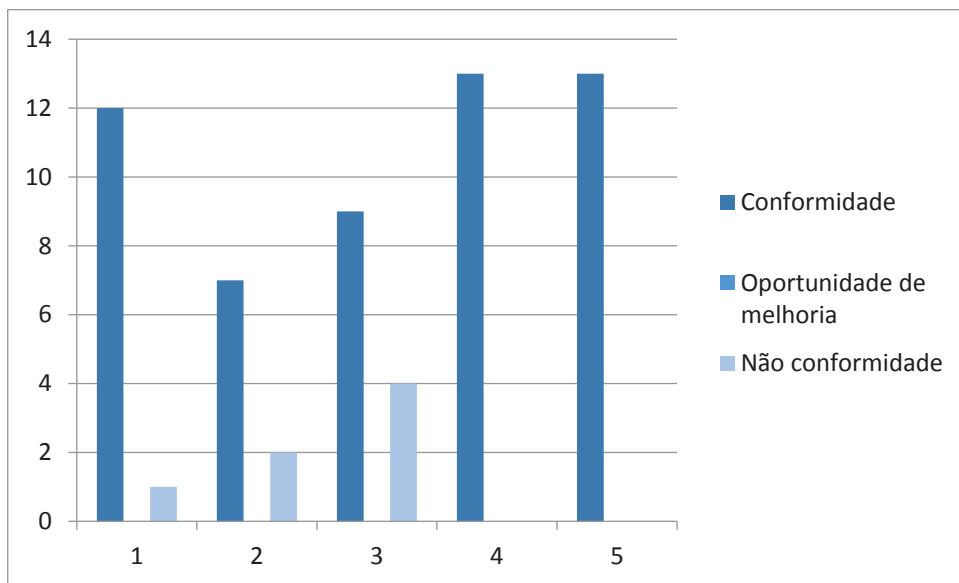


Gráfico 1 - Conhecimento geral do MC pelo profissional

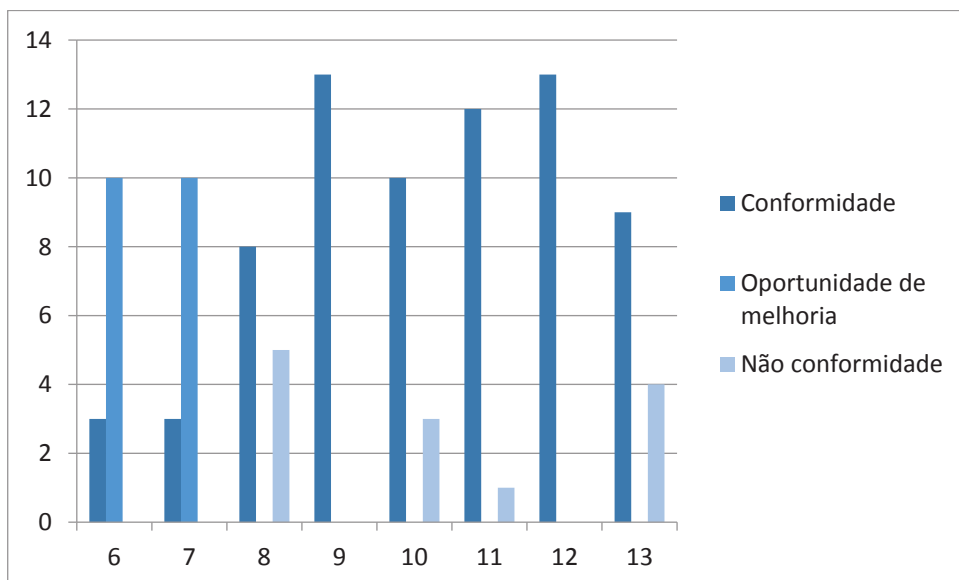


Gráfico 2 - Conhecimento do protocolo

	- Dessaturação						
	- Tolerância aos cuidados						
	- TA						
	- Suplementação de O ₂						
	- Sépsis						
	- Vias						
8	Demonstra conhecimento sobre a idade mínima da população alvo						
9	Demonstra conhecimento sobre as condições físicas necessárias						
10	Demonstra conhecimento na duração preferencial da implementação do MC						
11	Demonstra conhecimento do material aconselhado						
12	O profissional de saúde conhece as várias formas de transferências do prematuro para aplicação do método canguru						
13	O profissional de saúde sabe onde efetuar os registos adequados						
C - Implementação do MC							
14	Prematuro estável para realizar MC						
15	Condições físicas/ ambientais reunidas para MC						
16	Condições parentais reunidas para aplicar o método canguru						
17	Condições da equipa de Enfermagem reunidas para aplicar o método canguru						
18	Condições institucionais reunidas para aplicar o método canguru						
19	Cumprimento da duração do MC						
20	O profissional de saúde aplica o método canguru conforme protocolado						
21	O profissional de saúde efetua os registos adequados						
D - Validação do conhecimento do MC com os pais							
22	Foram informados sobre os benefícios do MC						
23	Clarificação do procedimento protocolar do MC						

24	Verificação do consentimento expresso verbalmente						
25	Oportunidade de verbalização de dúvidas dos pais						
26	Esclarecimento de dúvidas						
27	Os pais solicitam a aplicação do método canguru						
28	Existem documentos informativos sobre o método canguru, com acesso fácil para os pais						
E - Registo correto no local correto							
F – Critérios reunidos							
29	MC implementado						
30	MC não implementado, porquê?						
Total de inquéritos		XX inquéritos					
Índice de Conformidade Total		$[S / N^{\circ} TC - N/A] \times 100$					
<p>Legenda</p> <p>C – Em conformidade</p> <p>O – Oportunidade de melhoria</p> <p>N – Não conformidade</p> <p>N/A – Não aplicável</p> <p>N°TC – Número total de critérios</p>							

Equipa Auditora:

--	--

3 REGISTO DE AUDITORIA

Tema:

Implementação do Método Canguru numa Unidade de Neonatologia de um Hospital Credenciado “Amigo dos Bebés” em Lisboa.

Objetivos:

Auditar a implementação do protocolo do método canguru numa unidade de cuidados intensivos neonatais;

Identificar problemas/dificuldades na implementação do método canguru;

Contribuir para a promoção implementação do método canguru;

Contribuir para a divulgação do método canguru;

Promover uma cultura de cuidados humanizado ao recém-nascido prematuro/ família.

Âmbito:

Prestação de cuidados humanizados – política de qualidade.

Organismo/ Unidade a auditar:

██████████

Serviço/ Área a auditar:

Serviço de Pediatria/ Unidade de Neonatologia

Auditados:

Enfermeiros e pais.

Data:

1 a 4 de outubro de 2018

Equipa Auditora:

Enfermeira Orientadora e Enfermeira Denise Deyllot

Referenciais:

- Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia da ██████████;
- Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão NP EN ISSO 19011;
- Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ ou ambiente NP ISSO 19011:2002.

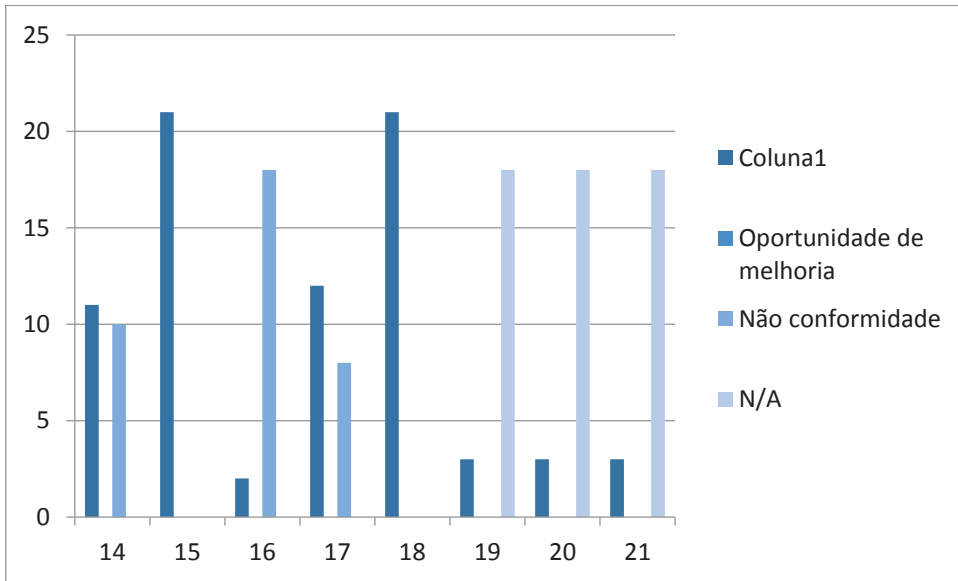


Gráfico 3 - Implementação do MC

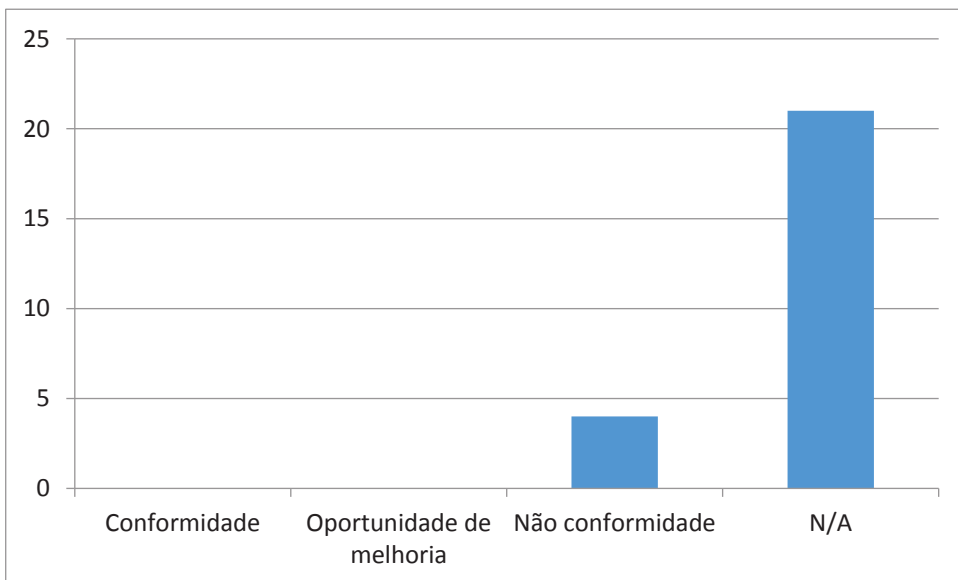


Gráfico 4 - Registo correto no local correto

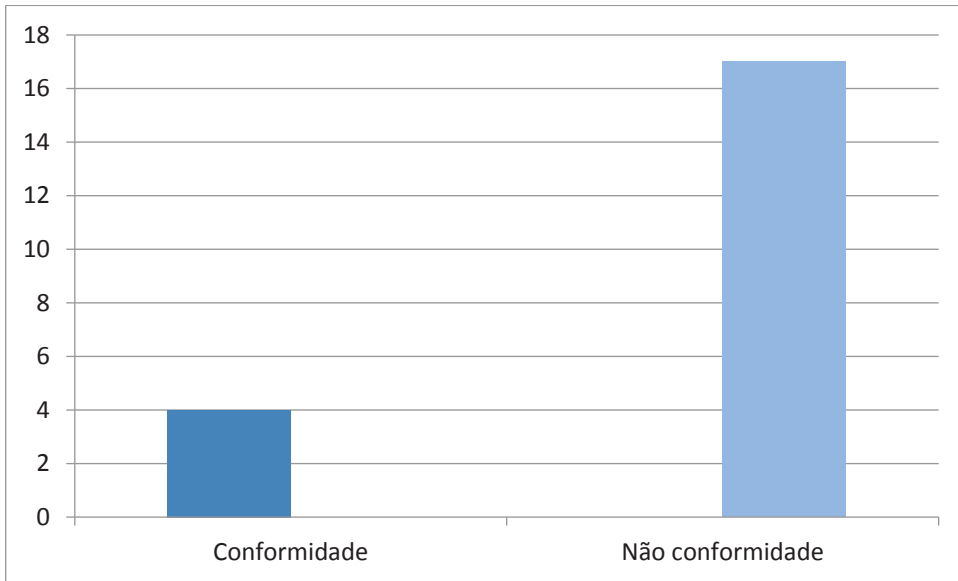


Gráfico 5 - Critérios reunidos

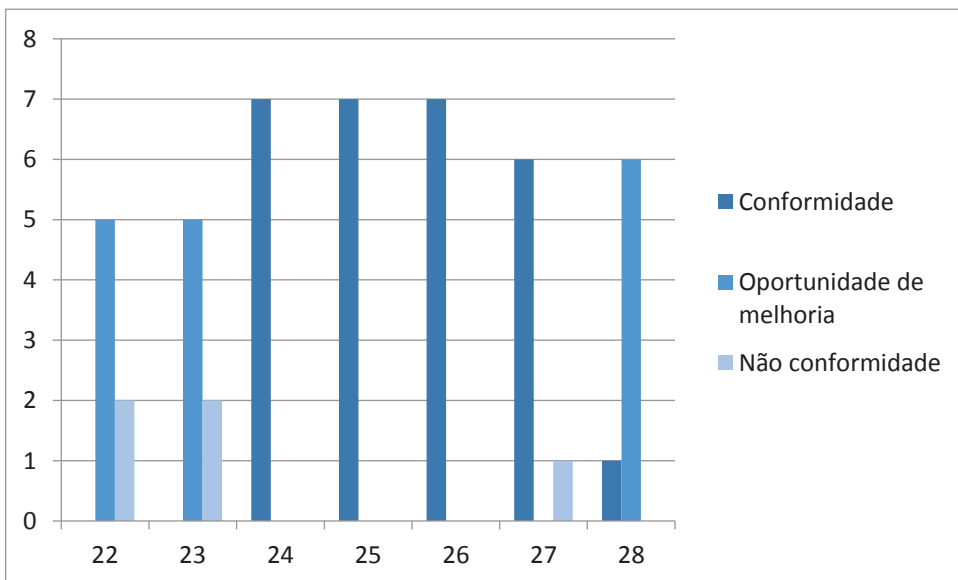


Gráfico 6 - Validação do conhecimento do MC com os pais

3. RELATORIO DE AUDITORIA

Tema:

Implementação do Método Canguru numa Unidade de Neonatologia de um Hospital Credenciado “Amigo dos Bebés” em Lisboa.

Objetivos:

Auditar a implementação do protocolo do método canguru numa unidade de cuidados intensivos neonatais;

Identificar problemas/ dificuldades na implementação do método canguru;

Contribuir para a promoção implementação do método canguru;

Contribuir para a divulgação do método canguru;

Promover uma cultura de cuidados humanizados recém-nascido prematuro/ família.

Âmbito:

Prestação de cuidados humanizados – política de qualidade.

Organismo/ Unidade a auditar:

██████████

Serviço/ Área a auditar:

Serviço de Pediatria/ Unidade de Neonatologia

Auditados:

Enfermeiros e pais.

Data:

1 a 4 de outubro de 2018

Equipa Auditora:

Enfermeira Orientadora e Enfermeira Denise Deyllot

Referenciais:

- Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia da ██████████;
- Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão NP EN ISSO 19011;
- Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ ou ambiente NP ISSO

19011:2002.

Metodologia:

- Análise dos referenciais;
- Pesquisa bibliográfica;
- Entrevista e observação;
- Análise dos dados em Excel;
- Divulgação dos resultados e recomendações.

1. Sumário executivo:

A equipa auditora ao realizar a observação e análise contínua e sistemática das atividades desenvolvidas, no âmbito do método canguru, verificou o envolvimento e empenho de todos os auditados, que procuraram dar um contributo verdadeiro e sincero, traduzindo-se num contributo positivo e esclarecedor para os trabalhos desenvolvidos. Foi possível reunir a informação pretendida assim como vários tópicos extra que surgiram nas entrevistas, registado nas observações.

O instrumento de recolha de dados, a grelha de constatações, foi elaborado pela equipa auditora em parceria com a Enfermeira Chefe da unidade de neonatologia, após a análise do protocolo, normas e diretrizes institucionais afetos aos objetivos da auditoria. Foi também realizada uma extensa pesquisa bibliográfica. A grelha de constatações foi composta por 30 critérios, estando estes distribuídos por 6 domínios:

- A- Conhecimento geral do Método Canguru pelo profissional (n=5 critérios);
- B- Conhecimento do protocolo (n=7 critérios);
- C- Implementação do protocolo (n=7 critérios);
- D- Validação do conhecimento do Método Canguru com os pais (n=7 critérios);
- E- Registo correto no local correto (n=1 critério);
- F- Critérios reunidos (n=2 critérios).

O índice de conformidade total observado na Unidade de Cuidados intensivos foi cerca de 73,51%, como representado no gráfico nº7.

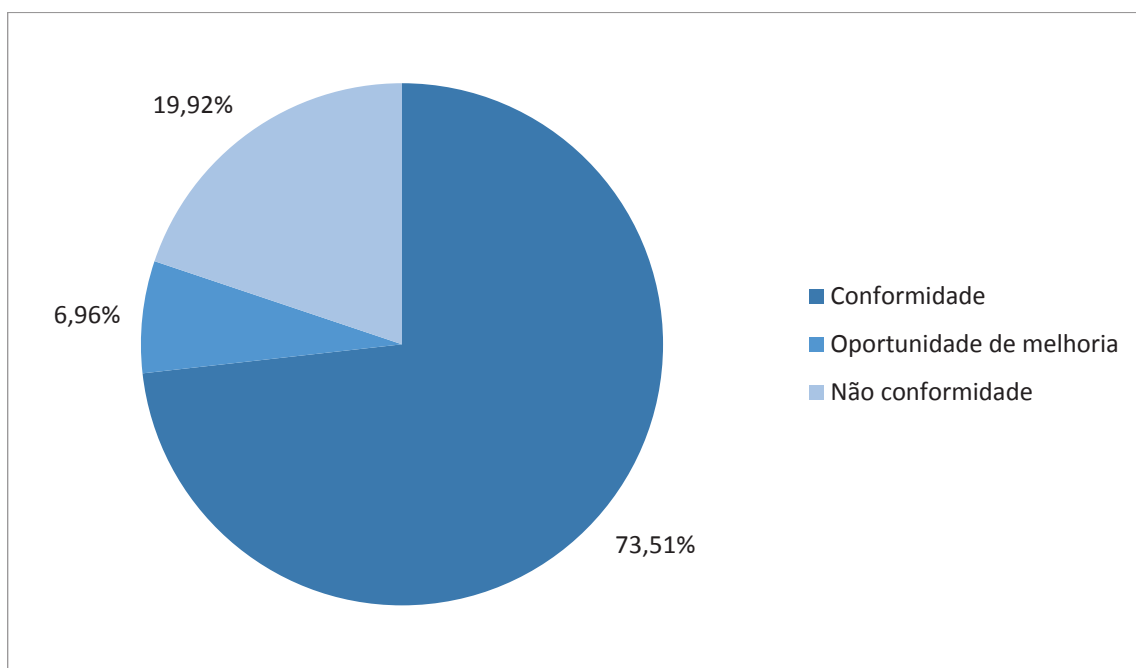


Gráfico 7 – Índice de Conformidade

Pontos fortes:

- Recetividade e disponibilidade dos auditados
- Conhecimento geral do Método canguru pelos profissionais;
- Conhecimento do protocolo;
- Disponibilidade de esclarecimento de dúvidas dos pais pelos profissionais;
- Condições físicas/ ambientais e institucionais para a implementação do método canguru.

Pontos fracos:

- Condições parentais reunidas para aplicar o método canguru;
- Condições da equipa de Enfermagem reunidas para aplicar o método canguru;
- Registo correto no local correto;

Oportunidades de melhoria:

- Demonstra conhecimento sobre os critérios de inclusão;
- Demonstra conhecimento sobre os critérios de exclusão;
- Existem documentos informativos sobre o método canguru, com acesso fácil para os pais;
- Informação dos pais sobre os benefícios do Método Canguru;
- Clarificação do procedimento protocolar do Método Canguru com os pais.

Ameaças:

- A totalidade dos profissionais auditados não procede ao registo das atividades desenvolvidas sobre o método canguru no local correto;

- Falta de formação de novos membros (os 4 membros que careciam de formação certificada encontram-se na unidade há menos de 3 anos);
- Necessidade de revalidar conhecimentos (76,9% dos auditados tem dificuldades em enumerar os critérios de inclusão e exclusão).

2. Constatações e ações de melhoria:

Da auditoria realizada observou-se que as conformidades totais representam 73,51%, as oportunidades de melhoria 6,96% e as não conformidades 19,92%.

A planificação da auditoria englobou duas áreas distintas, uma relativamente à perceção dos enfermeiros e outra quanto à perceção dos pais. Ambos os âmbitos se referem ao método canguru como guia central e condutor da auditoria. A análise dos dados e das constatações realizadas serão sintetizadas de seguida quanto aos aspetos que consideramos merecer a nossa atenção para melhoria futura.

Os gráficos 1, 2, 3, 4 e 5 representam as constatações resultantes da audição a 13 enfermeiros auditados (cerca de 40% dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos neonatais pertencentes à unidade de neonatologia) e o gráfico 6 representa as constatações realizadas a 7 pais de bebés internados na unidade de cuidados intensivos.

Existe uma forte adesão ao método canguru, quer a nível de conhecimento do protocolo quer ao nível da implementação do mesmo. No entanto aconselha-se a realização de novas formações, quer formação de base para os novos membros da equipa quer de revalidação dos membros já formados pois existem deficits de conhecimento específico quanto aos critérios de inclusão e exclusão (cerca de 44% dos auditados não tem formação certificada, 77% revela oportunidade de melhoria no conhecimento e enumeração dos critérios de inclusão e exclusão e 38% não identifica a idade mínima da população alvo).

Apesar de 69% dos inquiridos saberem onde efetuar os registos relativos ao método canguru 100% não os concretiza no local correto. Em observações descreveram que no início da implementação do método realizavam os registos e aplicavam o autocolante, mas com o tempo deixaram de fazer por ser demasiado trabalhoso e não ser validado ou considerado. Referiram não ter aplicabilidade prática que influenciasse o cuidado ao prematuro. Considera-se necessário reforçar a utilização das ferramentas de registo e encontrar novas estratégias de registo, simplificar ou reformular a folha de registo.

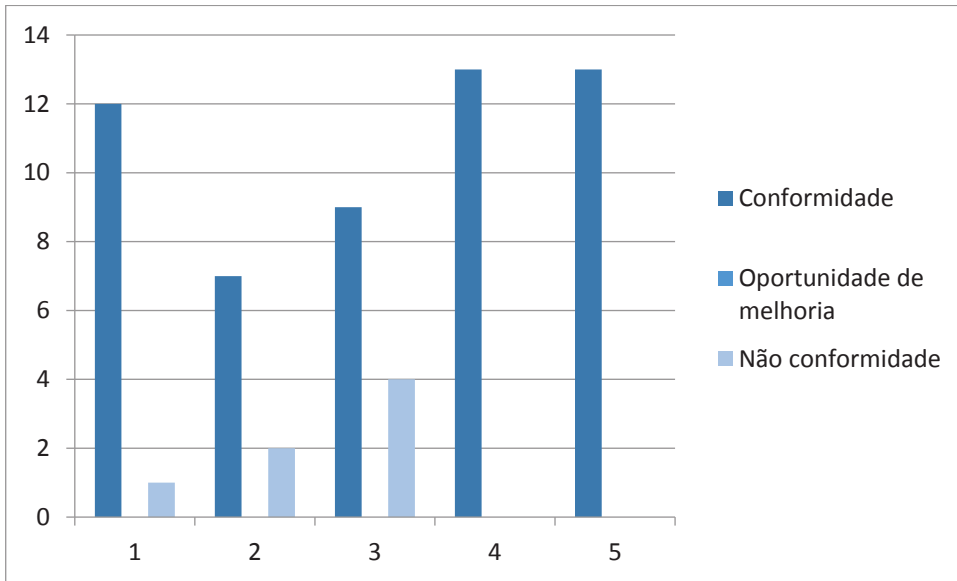


Gráfico 1 - Conhecimento geral do MC pelo profissional

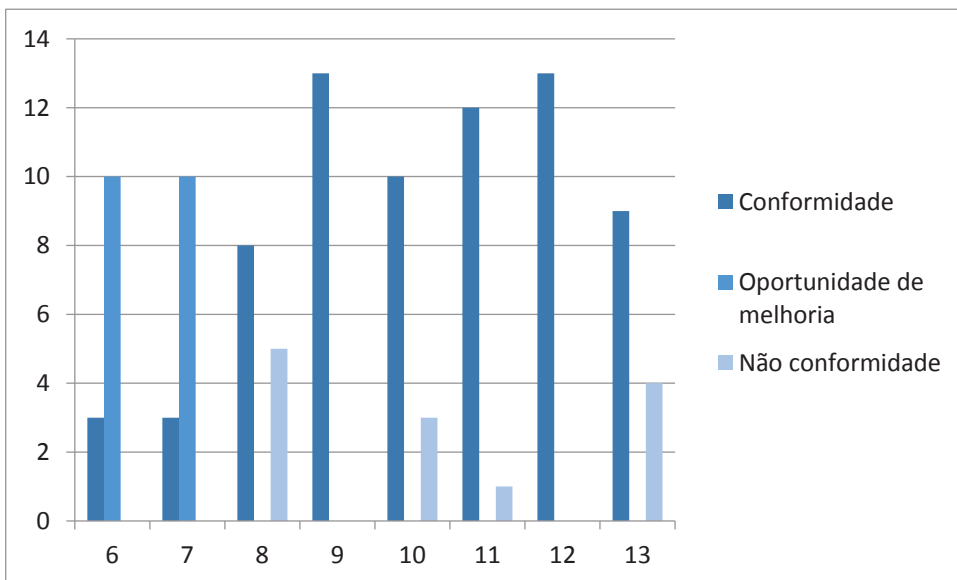


Gráfico 2 - Conhecimento do protocolo

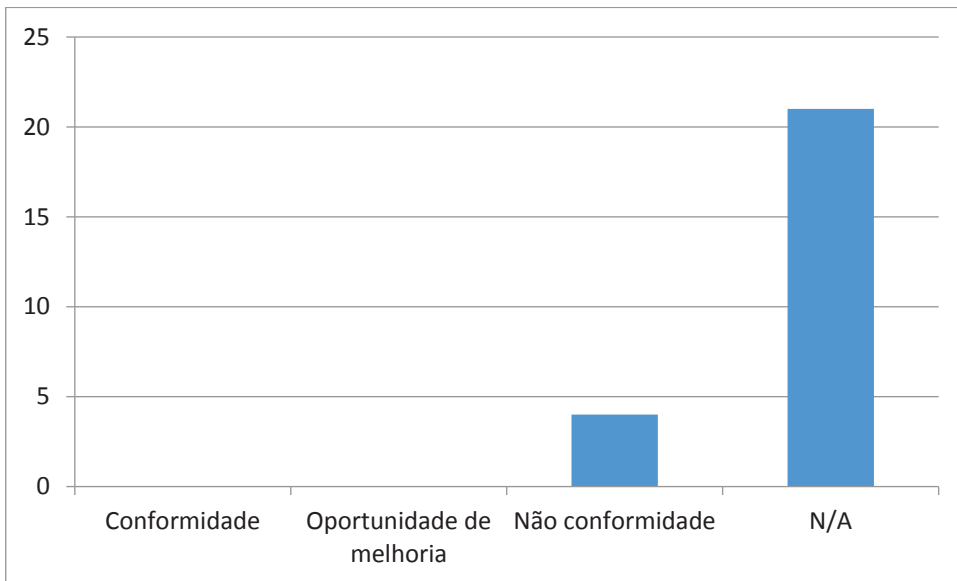


Gráfico 4 - Registo correto no local correto

Quanto à implementação do método canguru na prática do método contactamos que os profissionais estão satisfeitos com as condições físicas/ ambientais e institucionais, 100% considera que as condições da instituição, físicas e ambientais são favoráveis à implementação do método. Verificámos também que a condição clínica do bebé e as condições parentais são impeditivos à aplicação do método (quer por o bebé se encontrar hemodinamicamente estável, ou não preencher os critérios, ou por os pais não se encontrarem disponíveis, foi referido em observações “a mãe está de resguardo cultural porque fez cesariana”, “pais não estão de momento no serviço”, “pai constipado”, “pais fizeram canguru de manhã”. Recomendamos que se reforce a ideia aos profissionais, em futuras formações, sobre a preparação previa dos pais, com o objetivo de planear o método canguru para uma maior aderência e eficácia.

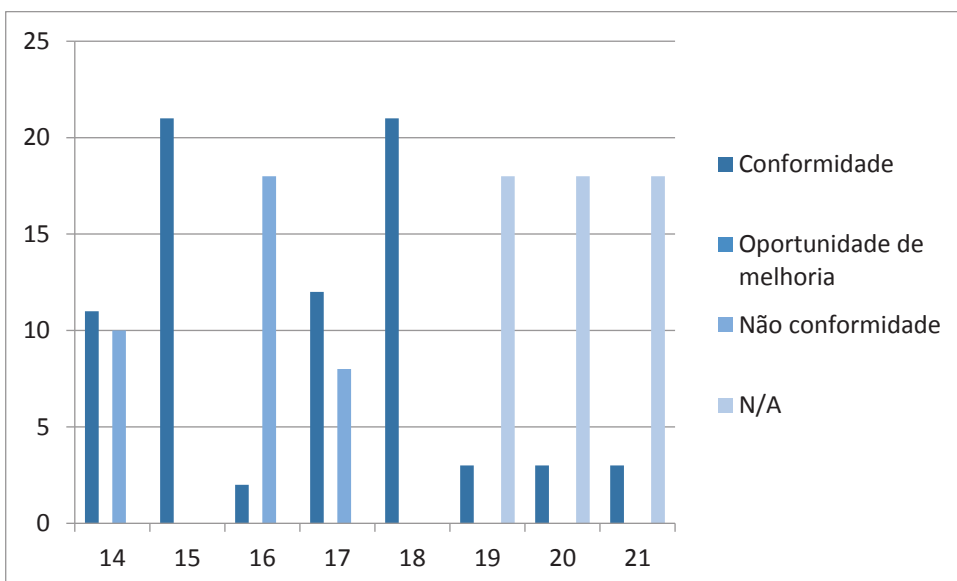


Gráfico 3 - Implementação do MC

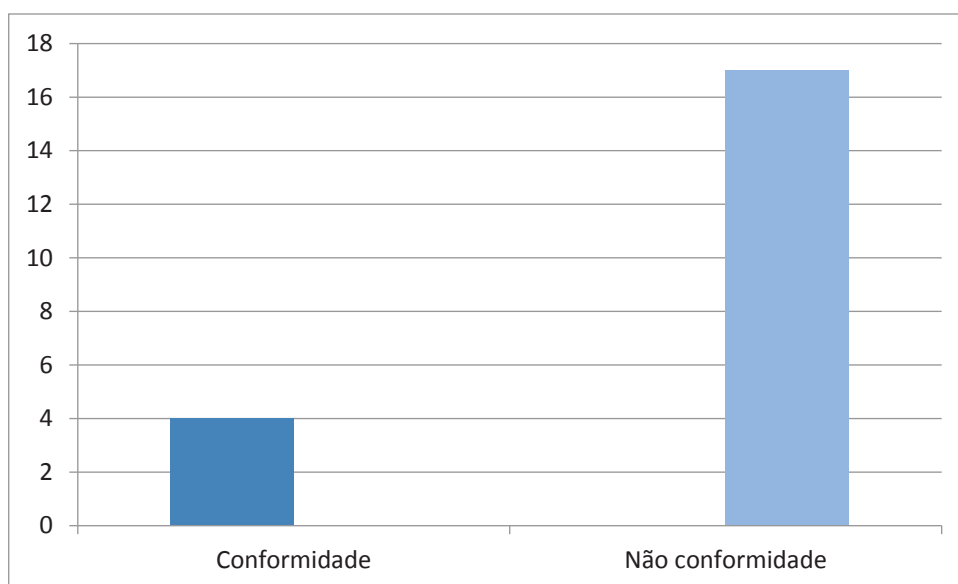


Gráfico 5 - Critérios reunidos

Quanto à validação dos pais relativamente ao acompanhamento e disponibilidade dos profissionais, existe 100% de conformidade ("Verificação do consentimento expresso verbalmente", "Oportunidade de verbalização de dúvidas dos pais", "Esclarecimento de dúvidas", "Os pais solicitam a aplicação do método canguru"). No entanto existe clara oportunidade de melhoria no conhecimento que pode ser transmitido aos pais (a totalidade dos inquiridos considera que pode ser melhor informado quanto aos benefícios do método e quanto ao protocolo deste, 28% não foi informado, 28% de não conformidade) e 86% dos inquiridos considera que existe uma oportunidade de melhoria quanto à informação disponível no serviço sobre o método canguru, vários pais em observações referiram que apenas encontraram informação na sala dos pais "acho que devia haver mais informação, em género de folhetos ou cartazes como o da lavagem das mãos".

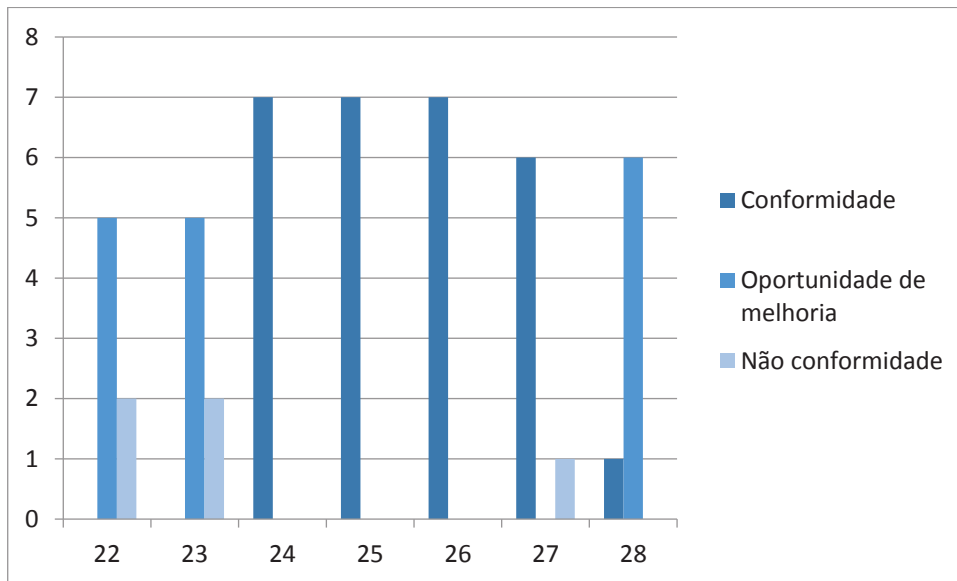


Gráfico 6 - Validação do conhecimento do MC com os pais

3. A equipa auditora recomenda:

- Promover a divulgação do método canguru de forma sistemática e continua aos pais;
- Revalidar a formação aos profissionais;
- Formar novos profissionais no método canguru;
- Incentivar o registo do método no local correto;
- Monitorizar regularmente a atividade dos profissionais na prática do método canguru;
- Reforçar a informação visual (poster, folheto informativo) para os pais sobre os pressupostos do método canguru como estratégia de capacitação dos pais para a prática dos cuidados;
- Realizar auditorias sistemáticas para validação da aplicação do protocolo do método canguru.

Equipa Auditora:

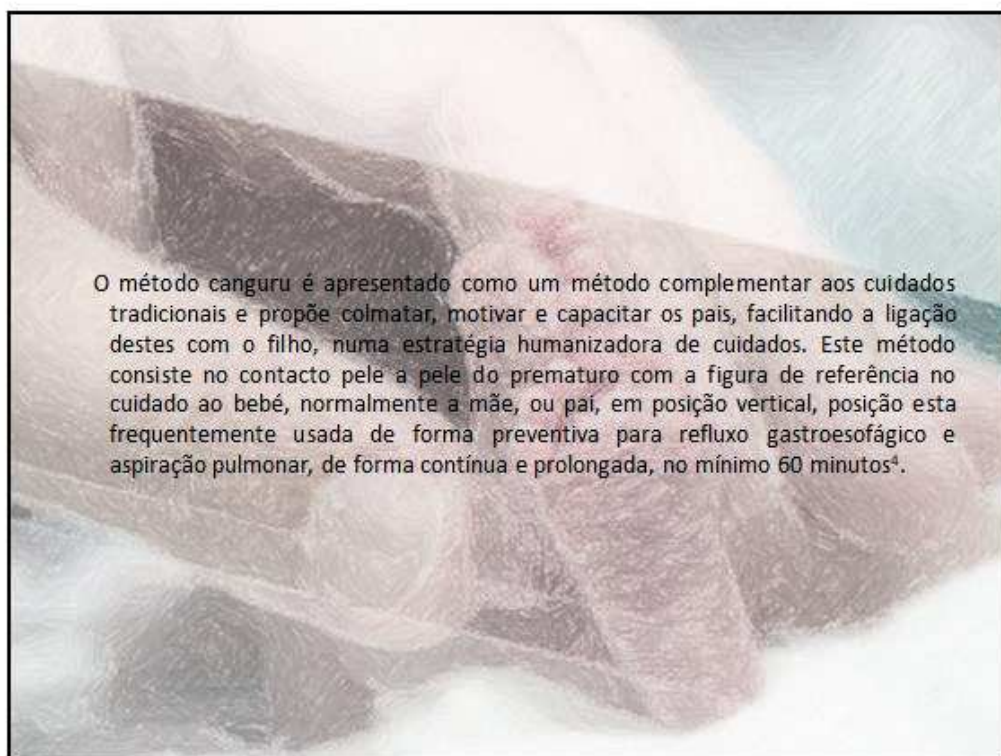
Enfermeira Orientadora Clínica

Enfermeira Denise Deyllot

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS



1



2

Objectivos:

- Auditar a implementação do protocolo do método canguru numa unidade de cuidados intensivos neonatais;
- Identificar problemas/dificuldades na implementação do método canguru;
- Contribuir para a promoção implementação do método canguru;
- Contribuir para a divulgação do método canguru;
- Promover uma cultura de cuidados humanizados no cuidado ao prematuro/ família.

3

Metodologia:

- Análise dos referenciais;
- Pesquisa bibliográfica;
- Entrevista e observação;
- Análise dos dados em Excel;
- Divulgação dos resultados e recomendações.

4

Constatações:



Gráfico 1 - Conhecimento geral do MC pelo profissional

5

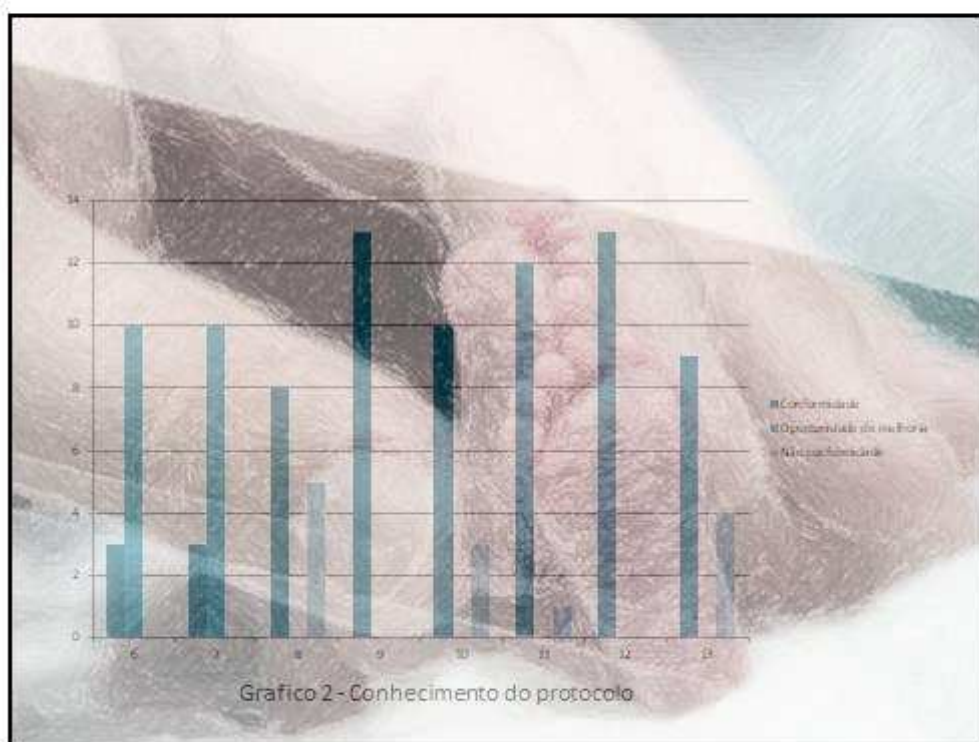
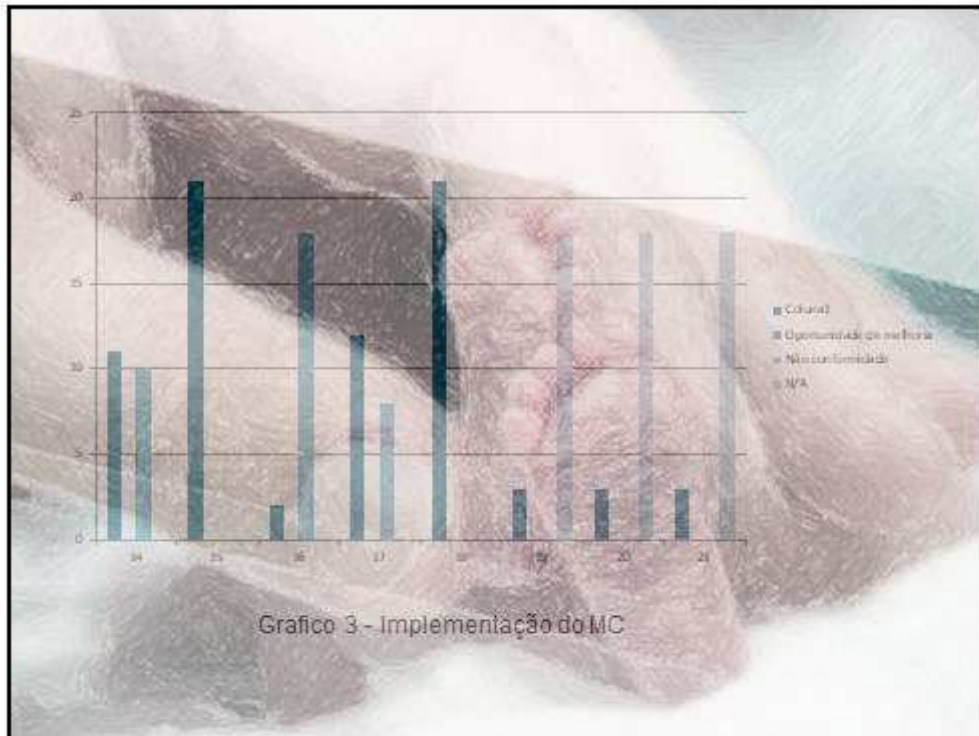


Gráfico 2 - Conhecimento do protocolo

6



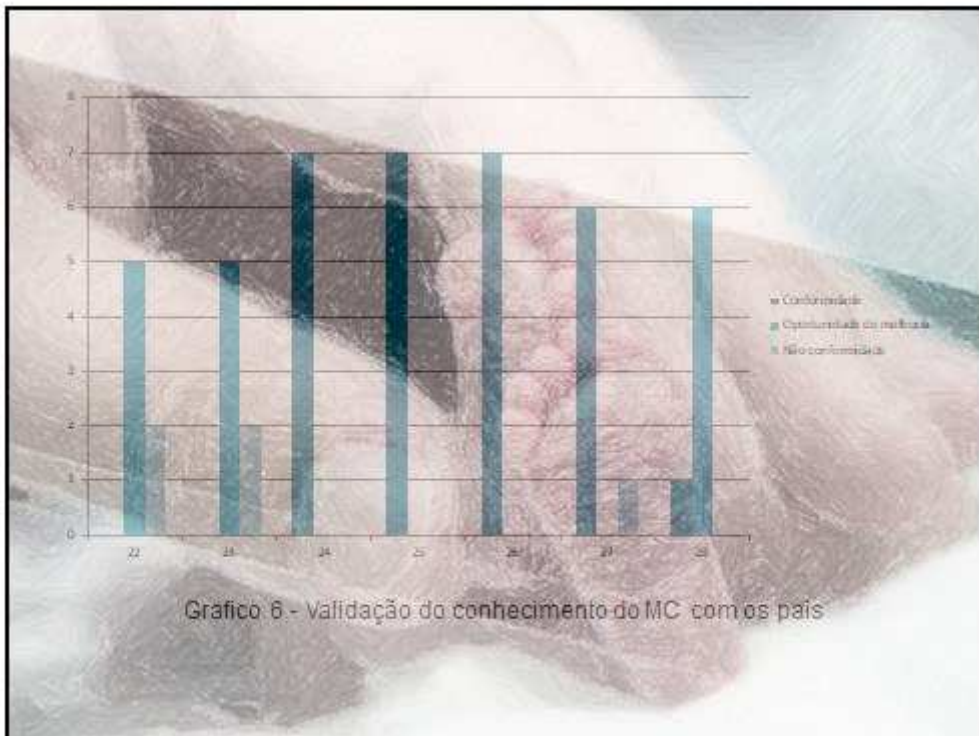
7



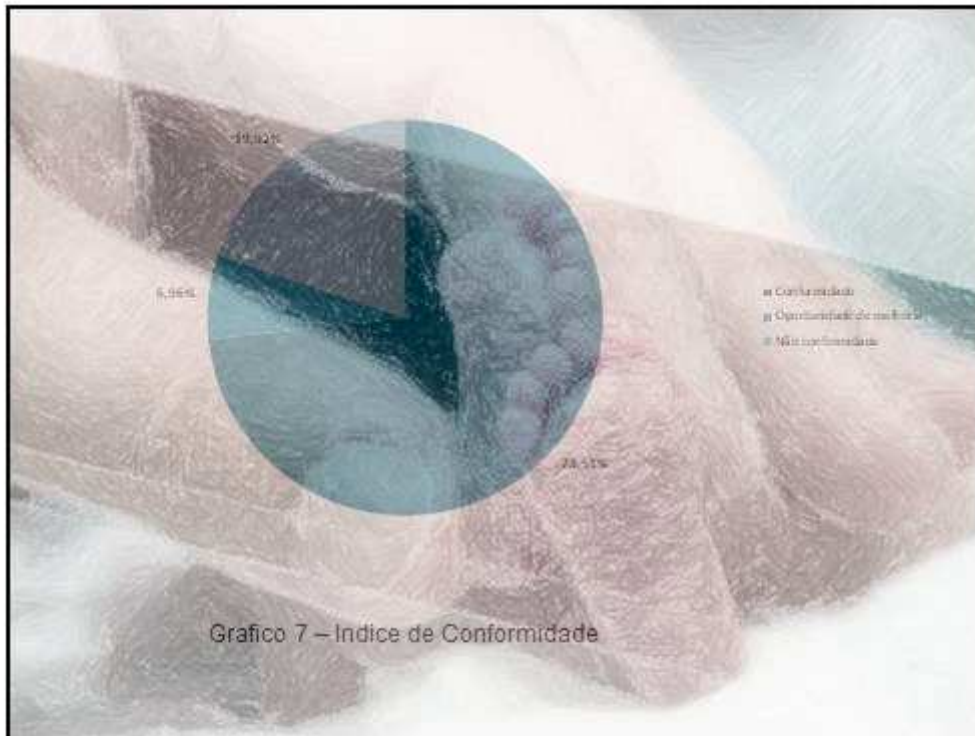
8



9



10



11

Referencias bibliográficas

- Farias S, Dias F, Silva J, Caliete A, Barão L, Carmona E. Posição Canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. *Ver. Electr. Enf.* 2017; 19:a15.
- INTRANET.
- Díaz-Gordón P, Abreu-Peralta P, Gómez-Díaz C, Gómez-Díaz L, Sandavai-Gómez C. Efecto del programa madre canguro en el desarrollo psicológico, medidas antropométricas y fisiológicas en niños prematuros. *Med UNAB*. 2013; 17(3):53-56.
- TESE SILVIA
- Lopez N, Rodriguez L. *Vision de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar*. *Av. Enferm.* 2010; 19 (1): 120-129.
- Silva L, Silva L, Leite J, Silva J, Silva T. *The neonatal unit environment prospects for nursing care in the kangaroo method*. *J Nurs UFPE on line*; 2013; 7(2):337-43.
- J. Andrade M, Nepomuceno E, Cunha C, Mau J. Queixas dolorosas em participantes no método mãe canguro. *Fisioter Áreas* 2018; 19(1):13-8.
- Pegoraro V, Oliveira C. Mãe canguro: possibilidades e limites. *Enfermagem Brasil*. 2011;10(3):
- Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia da MAC.
- Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde da criança/ jovem.
- Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connectedness. MR. Sanders and SL Hall.
- Transformative Nursing in the NICU. Mary Eoughlin.
- Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias aos sistemas de gestão NP EN ISSO 19011.
- Directrices para auditorias de sistema de gestão da qualidade em um ambiente NP ISSO 19011:2002.
- Programa nacional de acreditação em saúde, DGS. 2014.
- <https://www.orfdata.pt/Portugal/Nadas-vivas-devm%3AAs-res-ultados-tem+Portugal+Total+H+larado+casu+mento+14>, pesquisado a 20/10/2018.

12

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farias S, Dias F, Silva J, Cellere A, Beraldo L, Carmona E, Posição Canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. Ver. Electr. Enf. 2017; 19:a15;
2. INTRANET
3. Diaz-Gordon P, Abreu-Peralta P, Gomez-Diaz O, Gomez-Diaz L, Sandoval-Gomez C, *Efecto del programa madre canguro en el desarrollo psicológico, medidas antropométricas y fisiológicas en niños prematuros*, Med UNAB, 2015; 17(3):53-56;
4. TESE SILVIA
5. Lopez N, Rodriguez L, *Vision de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar*, Av. Enferm, 2010; 19 (1): 120-129;
6. Silva L, Silva L, Leite J, Silva I, Silva T, *The neonatal unit environment: prospects for nursing care in the kangaroo method*, J Nurs UFPE on line., 2013; 7(2):537-45;
7. J, Andrade M, Nepomuceno E, Cunha C, Maia J, Queixas dolorosas em participantes no método mãe canguro, Fisioter Bras 2018; 19(1)13-8;
8. Pegoraro V, Oliveira C, Mãe canguro: possibilidades e limites, Enfermagem Brasil, 2011; 10(3);
9. Protocolo do Método Canguru da unidade de Neonatologia da [REDACTED];
10. Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde da criança/ jovem;
11. Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: promoting safety, security and connectedness, MR Sanders and SL Hall;
12. Transformative Nursing in the NICU, Mary Coughlin;
13. Normas Portuguesas, Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão NP EN ISSO 19011;
14. Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ ou ambiente NP ISSO 19011:2002.
15. Programa nacional de acreditação em saúde, DGS, 2014;
16. <https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+fora+do+casamento-14>, pesquisado a 20/10/2018

APÊNDICE VII

Brincadeira Terapêutica pelo instrumento “caixa lúdica” - Plano de Intervenção em contexto de Internamento Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Denise Deyllot, n.º 192017046

Brincadeira Terapêutica pelo instrumento “caixa lúdica”
Plano de Intervenção

Lisboa,
10 de novembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

Brincadeira Terapêutica pelo instrumento “caixa lúdica”
Plano de Intervenção

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora ■■■
■■■

Lisboa

10 de novembro de 2018

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio e à frustração, culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais. ^{1, 2, 3}

Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso da intervenção Brincadeira Terapêutica (BT) para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família. ⁴

Brincar é o trabalho da criança, é uma atividade espontânea e agradável promotora do desenvolvimento de capacidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas, por onde esta expressa simbolicamente as suas fantasias, desejos e experiências, e que não cessa quando esta adocece ou fica hospitalizada. ⁵

Segundo a declaração universal dos direitos da criança, “A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.”⁶ De acordo com este princípio, os hospitais tornam-se responsáveis pela problemática do brincar. ⁵

O processo de hospitalização é um momento peculiar não só para a criança, mas para toda a família. Saber cuidar deste binómio requer um conhecimento técnico e científico.⁷ Contudo, muito além do saber fazer, é preciso saber ser. O profissional precisa saber colocar-se no lugar do outro.

Os enfermeiros avolumam diversas atitudes e comportamentos que não são reconhecidos ou considerados como práticas terapêuticas. Estas práticas, bem como os instrumentos terapêuticos, devem ser clarificadas, para dar visibilidade aos resultados e clarificar, redefinir e enriquecer a esfera de ação dos enfermeiros. ⁸

Apesar do brinquedo não ter o seu valor terapêutico reconhecido na totalidade dos estudos, existe evidência científica em como a intervenção da BT contribui para a gestão do estado emocional, nutrir afetivamente, aliviar o sofrimento e confortar a criança. O

mesmo autor refere ainda que este reforça a relação terapêutica, contribuindo para a autorrealização da pessoa cuidada.⁸

O enfermeiro deve assumir o direito a brincar como uma intervenção básica para a criança, como sendo tão importante quanto a higiene, alimentação, sono e outras necessidades básicas, que ajuda a criança a adaptar-se ao seu processo de hospitalização e a motivá-la para o seu processo de recuperação.⁹

A compreensão da necessidade de brincar é imperativa, principalmente para profissionais de saúde como os enfermeiros, figuras muito presentes durante momentos e situações potencialmente stressantes para esta população. Nesta etapa, a estrutura cognitiva e psicoemocional da criança está em desenvolvimento, pelo que os recursos que esta tem para enfrentar situações dolorosas são limitados, além da limitação para compreender a realidade, recorrendo frequentemente à fantasia.^{10, 11} Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio por onde, sendo por isso a forma mais fácil e facilitadora para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos para as crianças. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança e traduzindo-se numa terapia que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança.^{4, 12}

A brincadeira terapêutica representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspectiva de natureza macro sistémica, mas representa, principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados.”⁸

Esta intervenção baseia-se na filosofia do cuidar com uma abordagem não diretiva. Oferece à criança liberdade para se exprimir de forma verbal e não-verbal e oferece meios, pelos quais, ela pode manifestar os seus medos e preocupações, ajudando o enfermeiro a identificar esses mesmos sentimentos e emoções.¹³

A BT é uma brincadeira estruturada, com base na função catártica de brincar, que promove a expressão emocional da criança. Esta tem como objetivo realçar mecanismos de *coping* e bem-estar emocional. Pode ser classificada em: instrucional, preparando a criança para os procedimentos; capacitador de funções fisiológicas, promovendo o desenvolvimento e fortalecimento do potencial da criança no uso de funções fisiológicas

dentro das suas capacidades; dramático/catártico, pois permite que a criança exteriorize as experiências, sobre as quais tem dificuldade em verbalizar, a fim de aliviar a tensão e facilitar a expressão de sentimentos, necessidades e medos.^{3, 14} Esta envolve atividades como a expressão plástica, bonecos, gráficos de adesivos e teatros de fantoches. Pensos, seringas, agulhas, luvas, máscaras e uniformes, estão entre os materiais apropriados para a criança manipular e, assim, conhecer os instrumentos hospitalares. Através desta interação simbólica, potencia-se um comportamento autêntico, elaborando, assim, uma importante estratégia de mediação com as intervenções de enfermagem. Ou seja, mediante o lúdico, a criança aprende e compreende o momento que está a viver.^{3, 7, 14} Desta forma, é garantido à criança o direito de brincar, mesmo estando hospitalizada. É através da brincadeira que ela poderá expor os seus anseios e passar a notar que o ambiente hospitalar não é tão ameaçador, pois, há brinquedos e profissionais que brincam. Desta maneira, ocorrerá a estimulação do desenvolvimento biopsicossocial da criança/família e o fortalecimento do vínculo com a equipa. Quando a criança percebe o lugar da doença e que consequências se reflectem na sua vida, tende a modelar a sua identidade como mecanismo de coping.^{7, 14}

É por meio da BT que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar.⁷

Os enfermeiros ao explicar os procedimentos, asseguram a compreensão dos mesmos, e devem fazê-lo por técnicas perceptíveis ao estágio de desenvolvimento da criança, competências e mecanismos de coping, relacionando-os com experiências anteriores. Sendo um dos métodos mais apropriados a BT.¹²

Concluimos que o Brinquedo Terapêutico contribui para o caráter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades.

Objectivos da campanha de sensibilização:

Informar os enfermeiros sobre a existência de uma caixa lúdica com material para utilizar na BT;

Promover a utilização da intervenção BT;

Aumentar o empoderamento dos utentes no seu processo de internamento;

Contribuir para cuidados não traumáticos ao doente.

Destinatarios:

Enfermeiros da unidade de internamento pediátrico do Hospital [REDACTED]

Mensagem:

A intervenção da BT contribui para a prestação de cuidados não traumáticos, assim como capacita a criança a adotar uma postura ativa no internamento e nos procedimentos que dele resultam. Proporciona uma colaboração por parte desta nos cuidados e desmistifica o ambiente hospitalar.

Meio:

A campanha desenvolver-se-á na unidade de internamento pediátrico do [REDACTED], [REDACTED]

Concepção:

1º Etapa

- Discussão da campanha com o orientador clínico;
- Partilha da campanha de sensibilização com os responsáveis pela área clínica;
- Avaliação das necessidades da unidade.

2º Etapa

- Colaboração na satisfação das necessidades da unidade;
- Informar os enfermeiros para a existência de uma caixa lúdica com material passível de ser utilizado na intervenção BT.

3º Etapa

- Avaliação da campanha:
 - Discussão com o orientador clínico;
- Apresentação à enfermeira chefe da unidade de internamento.

Referências Bibliográficas

1. Silva T, Santos A, Floriano F, Damião C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, Rev Bras Enferm 2015; 70(6):1244-9;
2. Dantas A, Nóbrega M, Pimenta G, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study, Online braz j nurs. 2016;15 (3):454-465;
3. Burns-Nader S, Hernandez-Reif M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. Children's health care 2016; Vol 45, N 1, 1–21;

4. Freitas B, Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review, *Cogitare Enferm.* 2016; 21(1): 01-08;
5. Tondatti P, Correa I, Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital environment, *Invest Educ Enferm.* 2012;30(3);
6. Organização das Nações Unidas, Declaração Universal dos Direitos das Crianças, UNICEF 1959;
7. Gesteira R, Gonçalves S, Marques F. Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric nursing, *Rev enferm UFPE.* 2011; 5(7):1807-81;
8. Diogo P, Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 2015;
9. Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M.A., Cunha, M. & Almeida, F. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein.* 2015;13(2):238-42;
10. La Banca R, Monteiro O, Ribeiro C, Borba R. A vivência da criança escolar com diabetes mellitus expressa por meio do brinquedo terapêutico dramático . *Revista de enfermagem UFPE on line.* 2015; 9(7):9009-17;
11. Pontes S, Tabet E, Folkmann M, Cunha M, Almeida F. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein.* 2015;13(2):238-42;
12. Orhan E, Yildiz S. The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization, *International Journal of Caring Sciences* 2015; Volume 10, Issue 3, Page 1533;
13. Rocha P, Prado M, Carraro T. Nursing care model for children victims of violence, *Australian journal of advanced nursing.* 2015; Vol 25 No 3;
14. Matos P, Canela C, Silveira O, Wernet M. Revelations expressed by preschool children with chronic diseases in outpatient treatment. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(2):126-32.

APENDICE VIII

Manual de Utilização da “caixa lúdica” – em contexto de Internamento Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Denise Deyllot, n. °192017046

Manual de Utilização da “caixa lúdica”

Lisboa,
10 de novembro de 2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

Manual de Utilização da “caixa lúdica”

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora ■■■
■■■

Lisboa

10 de novembro de 2018

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Fundamentação teórica	3
3. Caixa Lúdica	7
4. Considerações Finais	9
5. Referências Bibliográficas	10

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Poster Brincadeira Terapêutica – Intervir no Cuidar	13
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo II – Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan (2 anos)	15
Anexo III – Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan (3 anos)	17
Anexo IV – Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan (4 anos)	19
Anexo V – Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan (5 anos)	21

1. Introdução

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio à frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais. ^{1, 2, 3}

Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso da BT para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família. ⁴

2. Fundamentação Teórica

Brincar é o trabalho da criança, é uma atividade espontânea e agradável promotora do desenvolvimento de capacidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas, por onde esta expressa simbolicamente as suas fantasias, desejos e experiências, e que não cessa quando esta adocece ou fica hospitalizada.⁵

Segundo a declaração universal dos direitos da criança, “A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientadas para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.”⁶ De acordo com este princípio, os hospitais tornam-se responsáveis pela problemática do brincar.⁵

O processo de hospitalização é um momento peculiar não só para a criança, mas para toda a família. Saber cuidar deste binómio requer um conhecimento técnico e científico.⁷ Contudo, muito além do saber fazer, é preciso saber ser. O profissional precisa saber colocar-se no lugar do outro.

Os enfermeiros avolumam diversas atitudes e comportamentos que não são reconhecidos ou considerados como práticas terapêuticas. Estas práticas, bem como os instrumentos terapêuticos, devem dar visibilidade aos resultados e clarificar, redefinir e enriquecer a esfera de ação dos enfermeiros.⁸

Apesar do brinquedo não ter o seu valor terapêutico reconhecido na totalidade dos estudos, existe evidência científica em como a intervenção da BT contribui para a gestão do estado emocional, nutrir afetivamente, aliviar o sofrimento e confortar a criança. O mesmo autor refere ainda que este reforça a relação terapêutica, contribuindo para a autorrealização da pessoa cuidada.⁸

O enfermeiro deve assumir o direito a brincar como uma intervenção básica para a criança, como sendo tão importante quanto a higiene, alimentação, sono e outras necessidades básicas, que ajuda a criança a adaptar-se ao seu processo de hospitalização e a motiva no e para o seu processo de recuperação.⁹

A compreensão necessidade de brincar é imperativa, principalmente para profissionais de saúde como os enfermeiros, figuras muito presentes durante momentos e situações potencialmente stressantes para esta população. Nesta etapa, a estrutura cognitiva e psicoemocional da criança está em desenvolvimento, pelo que os recursos que esta tem para enfrentar situações dolorosas são limitados, além da limitação para compreender a

realidade, recorrendo frequentemente à fantasia.^{10, 11} Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio por onde, sendo por isso a forma mais fácil e facilitadora para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos para as crianças. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança e traduzindo-se numa terapia que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança.^{4, 12}

A BT representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspectiva de natureza macro sistémica, mas representa, principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados.”⁸ Esta intervenção baseia-se na filosofia do cuidar com uma abordagem não diretiva. Oferece à criança liberdade para se exprimir de forma verbal e não-verbal e oferece meios, pelos quais, ela pode manifestar os seus medos e preocupações, ajudando o enfermeiro a identificar esses mesmos sentimentos e emoções.¹³

A BT é uma brincadeira estruturada, com base na função catártica de brincar, que promove a expressão emocional da criança. Esta tem como objetivo realçar mecanismos de *coping* e bem-estar emocional. Pode ser classificada em: instrucional, preparando a criança para os procedimentos; capacitador de funções fisiológicas, promovendo o desenvolvimento e fortalecimento do potencial da criança no uso de funções fisiológicas dentro das suas capacidades; dramático/catártico, pois permite que a criança exteriorize as experiências, sobre as quais tem dificuldade em verbalizar, a fim de aliviar a tensão e facilitar a expressão de sentimentos, necessidades e medos.^{3, 14} Esta envolve atividades como a expressão plástica, bonecos, gráficos de adesivos e teatros de fantoches. Pensos, seringas, agulhas, luvas, máscaras e uniformes, estão entre os materiais apropriados para a criança manipular e, assim, conhecer os instrumentos hospitalares. Através desta interacção simbólica, potencia-se um comportamento autêntico, elaborando, assim, uma importante estratégia de mediação com as intervenções de enfermagem. Ou seja, mediante o lúdico, a criança aprende e compreende o momento que está a viver.^{3, 7, 14} Desta forma, é garantido à criança o direito de brincar, mesmo estando hospitalizada. É através da brincadeira que ela poderá expor os seus anseios e passar a notar que o ambiente hospitalar não é tão ameaçador, pois, há brinquedos e profissionais que brincam. Desta maneira, ocorrerá a estimulação do desenvolvimento biopsicossocial da criança/família e o fortalecimento do vínculo com a equipa. Quando a criança percebe o

lugar da doença e que consequências se reflectem na sua vida, tende a modelar a sua identidade como mecanismo de coping.^{7, 14}

É por meio da BT que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar.⁷

Os enfermeiros ao explicar os procedimentos, asseguram a compreensão dos mesmos, e devem fazê-lo por técnicas perceptíveis ao estágio de desenvolvimento da criança, competências e mecanismos de coping, relacionando-os com experiências anteriores. Sendo um dos métodos mais apropriados a intervenção BT.¹²

3 Caixa Lúdica





4 Considerações Finais

Concluimos que o Brinquedo Terapeutico contribui para o caráter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades.

Esperamos com este pequeno guia estimular o uso do Brincadeira Terapêutica pela equipa multiprofissional, nomeadamente pela equipa de enfermagem, para que possam fazer com que o cuidado transcenda o contexto biológico, e considere as necessidades emocionais das crianças envolvidas neste processo.

Para este efeito foi criada uma caixa ludica, com brinquedos e material hospitalar não cortante, passível de ser limpo e desinfetado. A caixa carece ainda da aprovação do **Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)**.

5. Referências Bibliográficas

1. Silva T, Santos A, Floriano F, Damião C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, Rev Bras Enferm 2015; 70(6):1244-9;
2. Dantas A, Nóbrega M, Pimenta G, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study, Online braz j nurs. 2016;15 (3):454-465;
3. Burns-Nader S, Hernandez-Reif M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. Children's health care 2016; Vol 45, N 1, 1–21;
4. Freitas B, Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review, Cogitare Enferm. 2016; 21(1): 01-08;
5. Tondatti P, Correa I, Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital environment, Invest Educ Enferm. 2012;30(3);
6. Organização das Nações Unidas, Declaração Universal dos Direitos das Crianças, UNICEF 1959;
7. Gesteira R, Gonçalves S, Marques F. Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric nursing, Rev enferm UFPE. 2011; 5(7):1807-81;
8. Diogo P, Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 2015;
9. Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M.A., Cunha, M. & Almeida, F. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. Einstein. 2015;13(2):238-42;
10. La Banca R, Monteiro O, Ribeiro C, Borba R. A vivência da criança escolar com diabetes mellitus expressa por meio do brinquedo terapêutico dramático . Revista de enfermagem UFPE on line. 2015; 9(7):9009-17;
11. Pontes S, Tabet E, Folkmann M, Cunha M, Almeida F. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. Einstein. 2015;13(2):238-42;
12. Orhan E, Yildiz S. The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization, International Journal of Caring Sciences 2015; Volume 10, Issue 3, Page 1533;
13. Rocha P, Prado M, Carraro T. Nursing care model for children victims of violence, Australian journal of advanced nursing. 2015; Vol 25 No 3;
14. Matos P, Canela C, Silveira O, Wernet M. Revelations expressed by preschool

children with chronic diseases in outpatient treatment. *Acta Paul Enferm.* 2014;
27(2):126-32;

APÊNDICE I

Poster Brincadeira Terapêutica – Intervir no Cuidar

Brinquedo Terapêutico, intervir no cuidar: Scoping Review

Autores: D. Deyllot¹; M. Lourenço²; Z. Charepe²

Afiliação: ¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ² Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

A intervenção do Brinquedo terapêutico contribui para a maximização do conforto, assim como capacita a criança a adotar um postura ativa no internamento e nos procedimentos que dele resultam. Proporciona uma colaboração por parte desta nos cuidados e desmistifica o ambiente hospitalar.

Objetivo

Mapear na literatura científica a intervenção brinquedo terapêutico implementada e avaliada em enfermagem pediátrica.

Metodologia

1. Pesquisa inicial delimitada às bases de dados PubMed e CINALH;
2. Pesquisa dos descritores MeSH com os operadores booleanos (AND);
3. Idiomas seleccionados: Portugues, Ingles e Espanhol;
4. Janela temporal 2008 a 2018;
5. Procura e análise dos artigos em "full text";
6. Após esta pesquisa inicial os artigos foram analisados quanto às palavras-chave, título, resumos e metodologia;
7. Foram seleccionados 8 artigos para análise.

Resultados

Artigos	Manifestações										
	Agressão	Dor	Medo	Hostilidade	Ansiedade	Choro	Clamor	Tristeza	Perda de interesse	Desconfiança	Confusão
1		x	x	x	x				x		
2	x					x	x	x		x	
3			x	x	x						x
4		x	x			x			x		x
5					x						
6	x	x			x						
7		x	x	x	x						
8			x	x	x	x			x	x	x

Quadro 1 – Manifestações tipo sem a intervenção do brinquedo terapêutico

Artigos	Comportamentos											
	Vinculo com o profissional	Procurar proximidade	Adaptabilidade	Atividade	Atenção	Compreensão	Alargamento	Colaboração	Trabalho em equipa	Ativação	Confiança	Segurança
1	x	x	x	x			x					x
2		x	x	x				x	x		x	
3	x				x	x					x	x
4							x	x	x			
5	x					x						
6					x							
7			x					x				
8	x	x				x		x	x	x		x

Quadro 2 – Comportamentos resultantes da intervenção brinquedo terapêutico

Discussão de Resultados

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio à frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais.^{1,2}

Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso da brincadeira terapêutica para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família.³

Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio por onde, sendo por isso a forma mais fácil e facilitadora para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos para as crianças. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança e traduzindo-se numa terapia que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança.⁴

É por meio do brinquedo terapêutico que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar.⁵

Conclusão

Esta revisão verificou que o uso da intervenção do Brinquedo Terapêutico contribui para o carácter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva T, Santos A, Floriano F, Damião C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, *Rev Bras Enferm* 2015; 70(6):1244-9;
2. Dantas A, Nóbrega M, Pimenta G, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study, *Online braz j nurs*. 2016;15 (3):454-465;
3. Freitas B, Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review, *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1): 01-08;
4. Orhan E, Yildiz S. The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization, *International Journal of Caring Sciences* 2015; Volume 10, Issue 3, Page 1533;
5. Gesteira R, Gonçalves S, Marques F. Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric nursing, *Rev enferm UFPE*. 2011; 5(7):1807-81.

ANEXO I

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (2anos)

ANEXO I

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (2 anos)

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (2 anos)

(Direção- Geral da Saúde, 2012)

	Parâmetros a Avaliar	Atividade desenvolvida	Atividade Não desenvolvida	Não foi possível avaliar
Postura e Motricidade Global	Corre			
	Sobe e desce com os dois pés ao mesmo tempo			
Visão e motricidade fina	Constrói torre de 6 cubos			
	Imita rabisco circular			
	Gosta de ver livros			
	Vira uma página de cada vez			
Audição e linguagem	Diz o primeiro nome			
	Fala sozinho enquanto brinca			
	Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas			
	Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares			
	Nomeia objetos			
Comportamento e Adaptação Social	Coloca o chapéu e os sapatos			
	Usa bem a colher			
	Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem			

	entornar			
--	----------	--	--	--

ANEXO II

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (3 anos)

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (3 anos)

(Direção- Geral da Saúde, 2012)

	Parametros a Avaliar	Atividade desenvolvida	Atividade Não desenvolvida	Não foi possível avaliar
Postura e Motricidade Global	Equilíbrio momentâneo num pé			
	Sobe escadas alternadamente			
	Desce com os dois pés no mesmo degrau			
Visão e motricidade fina	Constrói torre de 9 cubos			
	Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz			
	Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde)			
Audição e linguagem	Diz o nome completo e o sexo			
	Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos			
	Defeitos de articulação e imaturidade na			

	linguagem			
Comportamento e Adaptação Social	Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário			
	Vai sozinho ao wc			
	Come com colher e garfo			

ANEXO III

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (4 anos)

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (4 anos)

(Direção- Geral da Saúde, 2012)

	Parâmetros a Avaliar	Atividade desenvolvida	Atividade Não desenvolvida	Não foi possível avaliar
Postura e Motricidade Global	Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg			
	Sobe e desce as escadas alternadamente			
	Salta num pé			
Visão e motricidade fina	Constrói escada de 6 cubos			
	Copia a cruz			
	Combina e nomeia 4 cores básicas			
Audição e linguagem	Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada			
	Linguagem compreensível			
	Apenas algumas substituições infantis			
Comportamento e Adaptação Social	Pode despir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços			
	Gosta de brincar com crianças da sua idade			
	Sabe esperar pela			

	sua vez			
--	---------	--	--	--

ANEXO IV

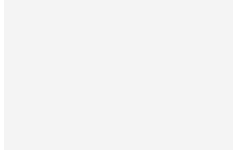
Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (5 anos)

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (5anos)

(Direção- Geral da Saúde, 2012)

	Parametros a Avaliar	Atividade desenvolvida	Atividade Não desenvolvida	Não foi possível avaliar
Postura e Motricidade Global	Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg com os braços dobrados sobre o tórax			
	Salta alternadamente num pé			
Visão e motricidade fina	Constrói 4 degraus com 10 cubos			
	Copia o quadrado e o triângulo (5A)			
	Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores			
Audição e linguagem	Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento			
	Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons			
Comportamento e adaptação Social	Veste-se só			
	Lava as mãos e a cara e limpa-se			

	sozinho			
	Escolhe os amigos			
	Compreende as regras do jogo			



APÊNDICE IX

Reforço positivo a brincadeira terapêutica - Plano de Intervenção em contexto de Urgência Pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Denise Deyllot, n. °192017046

Reforço positivo pela Brincadeira Terapêutica
Plano de Intervenção

Lisboa,
10 de dezembro de 2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional –
Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Denise Deyllot, n. °192017046

Reforço positivo pela Brincadeira Terapêutica
Plano de Intervenção

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Zaida Charepe e Enfermeira com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientadora ■■■
■■■

Lisboa

10 de dezembro de 2018

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio à frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais. ^{1, 2, 3}

Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso da Brincadeira Terapêutica (BT) para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família. ⁴

A BT representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspetiva de natureza macro sistémica, mas representa, principalmente, contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruem destes cuidados.”⁵

Pelo brincar, incorporado à prestação de cuidados, torna-se possível identificar a necessidade de oferecer controlo à criança com o objetivo de fomentar a estabilidade emocional desta e/ ou a adaptação à hospitalização. A promoção destes sentimentos é alcançada pelo reforço positivo, quando articulado com a linguagem da criança (brincar) visto que facilita a compreensão e ao mesmo tempo promove o desenvolvimento da criança e da família nessas mesmas actividades.⁶

Objectivos da campanha de sensibilização:

Informar os enfermeiros sobre a existencia de certificados de bom comportamento;

Promover a utilização da intervenção BT;

Promover o reforço positivo após procedimentos de enfermagem;

Contribuir para cuidados não traumáticos ao doente.

Destinatários: Enfermeiros do Atendimento Médico Permanente Pediátrico do [REDACTED]

Mensagem:

A intervenção pela BT contribui para a maximização do conforto, assim como capacita a criança a adotar uma postura ativa e positiva na interação com os serviços de saúde e nos procedimentos que dele resultam. Proporciona uma colaboração por parte desta nos

cuidados e desmistifica o ambiente hospitalar. Os certificados são compostos de figuras para desenhar, para que além do reforço positivo a criança possa colorir pré ou pós procedimento de enfermagem, sendo assim um valioso recurso na prestação de cuidados pela intervenção BT.

Meio:

A campanha desenvolver-se-á no Atendimento Médico Permanente Pediátrico do [REDACTED], Lisboa.

Concepção:

1º Etapa

- Discussão da campanha com o orientador clínico;
- Partilha da campanha de sensibilização com os responsáveis pela área clínica;
- Avaliação das necessidades da unidade.

2º Etapa

- Colaboração na satisfação das necessidades da unidade;
- Informar os enfermeiros para a existência de certificados de bom comportamento como material passível de ser utilizado na intervenção BT e reforço positivo.

3º Etapa

- Avaliação da campanha:
 - Feedback dos enfermeiros da referida unidade;
 - Discussão com o orientador clínico;
- Apresentação dos resultados à enfermeira chefe da unidade de atendimento médico pediátrico.

Referências bibliográficas

1. Silva T, Santos A, Floriano F, Damião C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, Rev Bras Enferm 2015; 70(6):1244-9;
2. Dantas A, Nóbrega M, Pimenta G, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study, Online braz j nurs. 2016;15 (3):454-465;
3. Burns-Nader S, Hernandez-Reif M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. Children's health care 2016; Vol 45, N 1, 1–21;
4. Freitas B, Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review, Cogitare Enferm. 2016; 21(1): 01-08;

5. Diogo P, Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 2015;
6. Pereira, A. M., Estefânia, D., Nunes, J., Fernando Da Fonseca, H., Diogo, P., & Adjunta, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria** (Vol. 14). Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)

APÊNDICE I

Certificados de bom comportamento

CERTIFICADO DE BOM COMPORTAMENTO!!!



www.desenhosparacolorir.org

Certifica-se que _____ teve um
excelente comportamento!

Data:

CERTIFICADO DE BOM COMPORTAMENTO!!!



Certifica-se que _____ teve um
excelente comportamento!

Data:

CERTIFICADO DE BOM COMPORTAMENTO!!!



www.desenhosparacolorir.org

Certifica-se que _____ teve um
excelente comportamento!

Data:

CERTIFICADO DE BOM COMPORTAMENTO!!!



<http://www.mon-coloriage.com>

Certifica-se que _____ teve um
excelente comportamento!

Data:

APÊNDICE X

Poster Brincadeira Terapêutica, intervir no cuidar



Brinquedo Terapêutico, intervir no cuidar: Scoping Review

Autores: D. Deyllot¹; M. Lourenço²; Z. Charepe²

Afiliação: ¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ² Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

A intervenção do Brinquedo terapêutico contribui para a maximização do conforto, assim como capacita a criança a adotar uma postura ativa no internamento e nos procedimentos que dele resultam. Proporciona uma colaboração por parte desta nos cuidados e desmistifica o ambiente hospitalar.

Objetivo

Mapear na literatura científica a intervenção brinquedo terapêutico implementada e avaliada em enfermagem pediátrica.

Metodologia

1. Pesquisa inicial delimitada às bases de dados PubMed e CINHAI;
2. Pesquisa dos descritores MeSH com os operadores booleanos (AND);
3. Idiomas seleccionados: Portugues, Ingles e Espanhol;
4. Janela temporal 2008 a 2018;
5. Procura e análise dos artigos em "full text";
6. Após esta pesquisa inicial os artigos foram analisados quanto às palavras-chave, título, resumos e metodologia;
7. Foram seleccionados 8 artigos para análise.

Resultados

Artigos	Manifestações										
	Agriação	Dor	Medo	Inutilidade	Ansiedade	Choro	Cham	Choro	Tremor	Perda de consciência	Desconfiança
1		x	x	x	x					x	
2	x			x		x	x	x			x
3			x	x	x						x
4		x	x		x				x		x
5					x						
6	x	x			x						
7		x	x	x	x						
8			x	x	x	x	x		x	x	x

Quadro 1 – Manifestações tipo sem a intervenção do brinquedo terapêutico

Artigos	Comportamentos										
	Visto com o profissional	Interrompe o procedimento	Adaptado	Abre	Comportamento	Algras	Clareza	Tranquilidade	Aceitação	Confiança	Seguro
1	x	x	x	x		x					x
2		x	x	x			x	x	x	x	
3	x			x	x	x				x	x
4						x	x	x			
5	x				x			x			
6						x		x			
7				x				x			
8	x	x			x		x	x	x		x

Quadro 2 – Comportamentos resultantes da intervenção brinquedo terapêutico

Discussão de Resultados

A visita a um hospital pode ser uma experiência assustadora pelos sons e cheiros desconhecidos, pessoas estranhas, medo da dor e imprevisibilidade, factores que podem desencadear ansiedade. A rotina hospitalar não permite liberdade de escolha, força o descanso, exige um menu pré definido, conduzindo ao tédio à frustração culminando em comportamentos de ansiedade e insegurança manifestados pela solicitação de atenção, choro frequente, agressividade e desconfiança numa tentativa de antecipação das abordagens dos profissionais.^{1,2}

Para mitigar sofrimento e ajudar as crianças a perceber o que as rodeia, vários estudos sugerem e defendem o uso da brincadeira terapêutica para preparar as crianças para os procedimentos em ambiente hospitalar, visto que torna mais agradável e análogo ao ambiente quotidiano. Transmite tranquilidade, coragem e acalma, facilitando a comunicação, participação e aceitação dos procedimentos, traduzindo-se num cuidado atraumático para a criança e família.³

Brincar é a língua da criança, é um comportamento que a criança domina e percebe, meio por onde, sendo por isso a forma mais fácil e facilitadora para informar a criança da rotina e procedimentos que irá ser submetida. É imperativo reconhecer que todos e quaisquer procedimentos podem ser traumáticos para as crianças. Desta forma o enfermeiro oferece à criança este recurso, promovendo o bem estar da criança e traduzindo-se numa terapia que contribui para uma resposta positiva face a procedimentos dolorosos, promovendo também a relação enfermeiro- criança.⁴

É por meio do brinquedo terapêutico que a criança trabalha suas dúvidas, medos e anseios, e se promove a resiliência, e que coloca o enfermeiro como um importante participante no atendimento das necessidades da criança e família, pois, impulsiona a humanização da assistência no ambiente hospitalar.⁵

Conclusão

Esta revisão verificou que o uso da intervenção do Brinquedo Terapêutico contribui para o carácter holístico do cuidado e a aceitação dos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, bem como na manutenção dos direitos da criança. Esta intervenção permite a construção de um cuidar humanizado e de qualidade para as crianças, num ambiente próximo e familiar, que reconhece as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva T, Santos A, Floriano F, Damão C, Campos V, Rossato M. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial, *Rev Bras Enferm* 2015; 70(6):1244-9;
2. Dantas A, Nóbrega M, Pimenta G, Collet N. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study, *Online braz j nurs*. 2016;15 (3):454-465;
3. Freitas B, Voltani S. Therapeutic play in the pediatric urgent and emergency department: an integrative literature review, *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1): 01-08;
4. Orhan E, Yildiz S. The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization, *International Journal of Caring Sciences* 2015; Volume 10, Issue 3, Page 1533;
5. Gesteira R, Gonçalves S, Marques F. Students' experience for using therapeutic play at practical pediatric nursing, *Rev enferm UFPE*. 2011; 5(7):1807-81.

