



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

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA HUMANIZAÇÃO EM
CONTEXTO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

**HUMANIZATION PROMOTING STRATEGIES IN THE CONTEXT OF
PEDIATRIC NURSING**

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

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

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA HUMANIZAÇÃO EM
CONTEXTO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

**HUMANIZATION PROMOTING STRATEGIES IN THE CONTEXT OF
PEDIATRIC NURSING**

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2019

HUMANIZAR é...

Humanizar é tomar para si a dor alheia num ato de amor extremo.

Humanizar é dedicar-se a outrem com a pureza do coração.

Humanizar é tornar-se melhor tendo como intuito apenas o amor.

Humanizar é um exercício gratificante de dedicação e amor.

Humanizar é enxergar o próximo com os olhos do coração.

Humanizar é esmerar-se num ato de amor extremo ao próximo.

Humanizar é dedicar com o melhor de si a uma causa ou a alguém.

*Humanizar é um ato de amor em que se doa pouco que por um milagre torna-se
muito.*

*Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e dedicação a
alguém.*

*Humanizar é um afeto espontâneo em que o doador se sente bem e o recetor
sente-se amenizado o seu infortúnio.*

Jose Lins

Agradecimentos...

Ao Diogo por ter estado sempre presente e me ter dado força e motivação nos momentos mais difíceis.

À minha família, pela compreensão.

Aos colegas pela disponibilidade na hora das trocas.

A todas as enfermeiras orientadoras pela partilha de conhecimentos.

À Professora Doutora Zaida Charepe, pela disponibilidade e orientação neste percurso.

RESUMO

O termo humanização tem sido cada vez mais utilizado nos cuidados de saúde, tornando-se desta forma importante a discussão de estratégias promotoras da humanização. São ingredientes básicos para um cuidar humanizado, a visão holística, o respeito pela individualidade das pessoas, a escuta atenta, a valorização das crenças e a comunicação.

Apesar deste ser um contexto tão específico, muitas vezes a humanização, a personalização e os cuidados específicos são deixados de parte.

O objeto de estudo deste percurso formativo são as estratégias promotoras da humanização em contexto de enfermagem pediátrica, e através deste relatório pretende-se demonstrar o percurso formativo experienciado nos diferentes contextos da prática clínica através de uma análise crítica, pessoal e profissional, e integrando uma reflexão das aprendizagens e competências adquiridas.

Mobilizando a teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad (1988), foram articulados durante este percurso os referenciais teóricos e a prática baseada na evidência científica, centrados na temática da humanização dos cuidados de enfermagem, procurando desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Neste âmbito foi realizada uma *scoping review* intitulada “Estratégias promotoras da humanização em contexto de enfermagem pediátrica” em que os principais resultados apontam para a utilização de estratégias que envolvem o acolhimento, a relação de vínculo, a comunicação efetiva e a utilização de práticas lúdicas. Compreendem também o uso da decoração e a introdução de elementos simbólicos como forma de humanizar o ambiente hospitalar.

Das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, destacam-se as seguintes: em cuidados de saúde primários - realização de projeto para instalação do *Cantinho da Amamentação*; no serviço de urgência pediátrica – realização de uma sessão de formação sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança; e na unidade de neonatologia – realização do curso de

promotores em aleitamento materno e elaboração de procedimento para visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais.

Palavras-chave: Estratégias, Enfermagem Pediátrica, Humanização da Assistência

ABSTRACT

The term humanization has been increasingly used in healthcare, thus making it important to discuss strategies that promote humanization. There are some basic ingredients for humanized care: holistic healthcare, respect for people's individuality, attentive listening, valuing others' beliefs and communication.

While pediatrics is a field with unique needs, the ideas of humanization, personalization, and measures specific to this area are often left out of patient care.

The object of study of this training course are strategies that promote humanization in the context of pediatric nursing and this report is intended to demonstrate the training course experienced in the different contexts of clinical practice through a critical, personal and professional analysis, integrating acquired knowledge and skills.

Based on the humanistic nursing theory of Paterson and Zderad (1988), theoretical references and practices based on scientific evidence were articulated during this course, focusing on the humanization theme of nursing care and seeking to develop skills of nurses specialized in infant and pediatric healthcare. In this context, a scoping review entitled "Strategies promoting humanization in the context of pediatric nursing" was carried out, in which the main results point to the importance of using strategies involving hospitality, bonding, effective communication and the use of play practices. They also include the use of hospital decor and the introduction of symbolic elements as a way to humanize the hospital environment.

Among the activities carried out in the different stages of the internship, the following stand out: in primary health care - implementation of a project to install the Breastfeeding Corner; in the pediatric emergency department - holding a training session on non-pharmacological strategies for pain management in children; and in the neonatal unit - completion of a course for breastfeeding promotion and the development of a plan for expecting mothers hospitalized in the maternal-fetal unit for high risk of premature birth to visit to the neonatal intensive care units.

Key words: Strategies, Humanization of Assistance, Pediatric Nursing

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

EE – Enfermeiro Especialista

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EPE – Entidade Pública Empresarial

IAC – Instituto de Apoio à Criança

MCEESIP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade Cuidados Continuados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL | 21 |
| 1.1. Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1988)..... | 22 |
| 1.2. Humanização do cuidar em enfermagem pediátrica | 26 |
| 1.3. Filosofia de cuidados centrados na família | 28 |
| 2. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: SCOPING REVIEW..... | 31 |
| 2.1. Questão de revisão/objetivo..... | 31 |
| 2.2. Critérios de inclusão | 31 |
| 2.3. Estratégia de pesquisa..... | 32 |
| 2.4. Extração dos dados | 33 |
| 2.5. Apresentação dos dados | 33 |
| 2.6. Discussão | 41 |
| 2.7. Conclusões | 44 |
| 2.8. Apresentação de resultados em evento científico..... | 45 |
| 3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 47 |
| 3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados | 49 |
| 3.2. Serviço de Urgência Pediátrica | 54 |
| 3.3. Unidade de Neonatologia..... | 58 |
| 4. CONCLUSÃO | 63 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |
| Anexos | 73 |
| Anexo I – Declaração de prémio de melhor Poster | 75 |
| Anexo II – Certificado de Formação Profissional: “Hospital Amigo dos Bebés: Curso de Promotores em Aleitamento Materno” | 79 |
| Apêndices..... | 83 |
| Apêndice I – Instrumento de extração de dados | 85 |

| | |
|---|-----|
| Apêndice II – Poster: Estratégias promotoras da humanização em contexto de enfermagem pediátrica: <i>scoping review</i> | 89 |
| Apêndice III – Cantinho da Amamentação: Proposta para implementação, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários..... | 93 |
| Apêndice IV – Folheto informativo: Atividades promotoras do desenvolvimento no 1º ano de vida, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários | 105 |
| Apêndice V – Jornal de Aprendizagem, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários | 117 |
| Apêndice VI – Sessão de formação: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança, realizada em contexto de Urgência Pediátrica..... | 131 |
| Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem, realizado em contexto de Urgência Pediátrica..... | 157 |
| Apêndice VIII – Procedimento: Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais..... | 169 |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão do estudo ... 34

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Descrição das fases da enfermagem fenomenológica, segundo os aspetos metodológicos e o processo de enfermagem. | 24 |
| Quadro 2. Estudos incluídos por país..... | 35 |
| Quadro 3. Estudos incluídos por tipo de estudo. | 36 |
| Quadro 4. Estudos incluídos por ano de publicação. | 37 |
| Quadro 5. Estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem encontradas nos estudos incluídos. | 38 |
| Quadro 6. Contextos onde as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem foram aplicadas..... | 40 |

INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No enquadramento do plano de estudos do curso, o estágio constitui um segmento de formação importante, uma vez que proporciona diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica inerente ao desempenho de funções na área de atuação do EEESIP.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro especialista

trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

Assim, o estágio decorreu ao longo de dezassete semanas, em três contextos diferentes, nomeadamente, e por ordem cronológica: cuidados de saúde primários, serviço de urgência pediátrica e unidade de neonatologia. Em relação ao contexto de internamento de pediatria, foi obtida creditação por experiência profissional, cedida pelo Conselho Científico.

Terminado o período de estágio, e com a finalidade de descrever e analisar o percurso de aprendizagem ao longo dos diferentes contextos de estágio e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP, surge a elaboração deste relatório. Simultaneamente, destina-se a dar resposta ao seguinte objetivo: documentar o percurso formativo ao longo dos diferentes contextos da

prática clínica, através de uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas, recursos utilizados e competências adquiridas.

Assim, estabeleci como tema **Estratégias Promotoras da Humanização em Contexto de Enfermagem Pediátrica**, visando dar resposta a uma inquietação da minha prática profissional e, simultaneamente, desenvolver competências nos cuidados prestados à criança e sua família.

O percurso realizado foi sustentado pela evidência científica, nomeadamente, através da realização de uma *scoping review* acerca do tema, pelo quadro de referência da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1988) e pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família, sendo que a componente prática proporcionada pelos estágios constituiu a melhor maneira de consolidar, interiorizar e promover a mobilização de diferentes saberes.

Para a sua elaboração foi utilizada a metodologia de projeto, onde foram delineados objetivos específicos e atividades a desenvolver em cada contexto da prática clínica. Também para cada contexto foi elaborado um portfólio, onde foram registadas todas as atividades, da conceção à avaliação. As sessões de orientação tutorial realizadas na segunda semana de cada estágio possibilitaram a apresentação e discussão dos diagnósticos de situação realizados, bem como dos objetivos e atividades delineadas, promovendo assim, a partilha de ideias com os colegas e orientadores pedagógicos.

Estruturalmente este documento encontra-se dividido por capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e conceptual, onde será exposto o referencial teórico e a filosofia de cuidados que sustentaram o percurso realizado. O segundo corresponde a revisão da literatura sobre o tema. No terceiro capítulo encontra-se o percurso de estágio através de uma análise reflexiva das atividades realizadas com vista ao desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio. As competências adquiridas encontram-se exploradas ao longo da análise do percurso realizado. Por último encontram-se as considerações e reflexões finais sobre todo o percurso descrito, onde serão apresentados, de forma breve, os contributos deste percurso formativo, a sua importância para a aquisição de EEESIP e é ainda feita uma breve referência a projetos futuros que permitirão dar continuidade ao trabalho desenvolvido. Em apêndices apresentam-se os trabalhos realizados que fundamentam as atividades desenvolvidas.

Este trabalho foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, de acordo com o Guia de Estágio Final e Relatório (2018), tendo optado pelas normas de citação e referência bibliográfica da *American Psychological Association*. Foi também mantido o anonimato de clientes, equipas e organizações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Atualmente, é uma realidade a existência de serviços de pediatria humanizados e adaptados às necessidades das crianças/família (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A adequação dos espaços às características e necessidades da criança ajuda a afastar a frieza do hospital tradicional, assegurando uma significativa mudança da experiência de internamento pela criança/família (Esteves, Antunes & Caires, 2014). No entanto, não são apenas estas medidas que servem para amenizar as experiências negativas da hospitalização.

O termo humanização tem sido cada vez mais utilizado na assistência em saúde, tornando-se desta forma importante a discussão de outras estratégias promotoras da humanização. São ingredientes básicos para um cuidar humanizado a visão holística, o respeito pela individualidade das pessoas, a escuta atenta, a valorização das crenças e a comunicação (Campos, 2006).

Apesar deste ser um contexto tão específico, muitas vezes a humanização, a personalização e os cuidados específicos são deixados de parte (Esteves, Antunes & Caires, 2014).

Deste modo, torna-se necessário proceder-se à “transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde” (Machado, Haddad & Zoboli, citados por Esteves, Antunes & Caires, 2014, p.2). Tendo em conta o artigo 7º da Carta da Criança Hospitalizada, “O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer do pessoal e da segurança” (IAC, 2017, p.9).

De acordo com o problema identificado, pretendo estudar ao longo do estágio, as **estratégias promotoras da humanização em contexto de enfermagem pediátrica** nas diferentes áreas da prática clínica.

Para a criança, a hospitalização é um “período de elevado stress e ansiedade, (...) pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor” (Diogo et al., 2016, p.27). Desta forma, as intervenções de enfermagem devem demonstrar a preocupação com a humanização dos cuidados, através de cuidados que minimizem o sofrimento e desconforto físico e psicológico. E fortalecendo as relações de parceria e a tomada de decisão informada sobre o processo de cuidados (Diogo et al., 2016).

1.1. Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1988)

A Teoria de Enfermagem Humanística, elaborada por Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad, surgiu na década de 1970 e apresenta-se como um modelo teórico-prático, uma vez que as autoras acreditam que a teoria da ciência de enfermagem desenvolve-se a partir das experiências vividas pela enfermeira e pela pessoa que recebe o cuidado (Praeger, 2000). O conteúdo da teoria revela a influência do existencialismo, do humanismo e da fenomenologia.

O existencialismo é uma abordagem filosófica para a compreensão da vida. De acordo com os existencialistas, os indivíduos enfrentam possibilidades ao fazerem escolhas. Essas escolhas determinam a direção e o significado da vida, dando sentido à vida. Com esta liberdade de escolha, existe sempre a possibilidade da ocorrência de erros.

O existencialismo, sendo uma filosofia, é aplicável à enfermagem dentro da estrutura da saúde holística devido à ênfase sobre a autodeterminação, a livre escolha e a autorresponsabilidade (Praeger, 2000).

A fenomenologia é o estudo da “coisa em si”, ou seja, do fenómeno (Paterson & Zderad, 1988). Na teoria de enfermagem humanística, o fenómeno é a situação de enfermagem vivenciada existencialmente (Paterson & Zderad, 1988). Tanto a fenomenologia como o existencialismo valorizam a experiência, as capacidades do homem para surpreender, conhecer e honrar o envolvimento do "novo" (Paterson & Zderad, 1988).

Para descrever o fenómeno de enfermagem, Paterson & Zderad (1988) utilizam os seguintes conceitos: bem-estar e mais ser, potencial humano, transação subjetiva e ser e fazer.

A enfermagem humanística preocupa-se com o que é na sua essência a enfermagem, ou seja, com o fenômeno de enfermagem onde quer que este ocorra, independentemente da sua forma clínica, funcional ou sociocultural. Desta forma, o seu domínio inclui algumas, ou todas, as situações de enfermagem. E dentro deste domínio, uma vez que a enfermagem humanística é uma transação intersubjetiva destinada a nutrir o bem-estar e mais ser, os seus fenômenos incluem todas as respostas humanas e inter-humanas possíveis.

As dimensões principais da Enfermagem Humanística derivam da situação humana onde a enfermagem é vivida. Segundo Paterson & Zderad (1988), os elementos do sistema são: seres humanos (enfermeira e cliente) num encontro (ser e vir a ser) com um fim determinado (nutrir o bem-estar e o estar-melhor) numa transação intersubjetiva (ser com e fazer com) ocorrendo no tempo e espaço (delimitado e vivido pelo cliente e enfermeira) num mundo de homens e coisas.

De acordo com as teóricas, os conceitos que compõem a Enfermagem Humanística também se caracterizam por serem bases da enfermagem em geral, são eles: o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica (Lélis, Pagliuca & Cardoso, 2014).

O diálogo é mais do que a típica definição de diálogo como uma conversa entre duas ou mais pessoas. É usado no sentido existencial. Refere-se a um diálogo vivido, ou seja, a uma forma particular de relacionamento intersubjetivo no qual existe um compartilhar verdadeiro. Envolvidos nesse diálogo estão o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta. Conforme a teoria humanística, este encontro, em que existe um chamamento e uma resposta intencionais, é uma meta da enfermagem, que utiliza esta teoria como arte, de forma significativa e efetiva, deixando uma impressão duradoura, demonstrando que as pessoas podem lutar para serem tudo o que são capazes de ser (Rolim et al., 2017). Tais pressupostos têm o intuito de favorecer a comunicação de maneira efetiva e humanística (Oliveira, Salvador & Santos, 2012).

A comunidade é a experiência das pessoas e é através da comunidade, de uns relacionando-se com os outros, que é possível tornar-se pessoa (Paterson & Zderad, 1988). Desta forma as pessoas descobrem significado nas suas existências.

A enfermagem fenomenológica, por sua vez, apresenta-se como uma metodologia para compreender e descrever as situações de enfermagem. A enfermagem fenomenológica está dividida em cinco fases.

Quadro 1. Descrição das fases da enfermagem fenomenológica, segundo os aspetos metodológicos e o processo de enfermagem.

| TEORIA HUMANÍSTICA | PROCESSO DE ENFERMAGEM | DESCRIÇÃO |
|--|--|--|
| 1ª fase – Preparação da enfermeira para vir a conhecer; | | A enfermeira prepara-se, introspetiva e cientificamente, para iniciar a investigação do fenómeno. Para tal, a enfermeira necessita ser exposta a uma ampla variedade de experiências. Quanto mais ampla a variedade de experiências, maior a sua possibilidade de conhecimentos (Paterson & Zderad, 1988). |
| 2ª fase - A enfermeira conhece o outro intuitivamente; | 1ª etapa – Recolha de dados de enfermagem – dados subjetivos (entrevista) | É o momento do encontro, do verdadeiro relacionamento “Eu-Tu”. O conhecimento intuitivo exige estar “dentro do outro”, no ritmo das experiências do outro, o que resulta num conhecimento especial, difícil de expressar (Paterson & Zderad, 1988). |
| 3ª fase - A enfermeira conhece o outro cientificamente - estabelecendo a relação sujeito-objeto; | 1ª etapa – Recolha de dados – dados objetivos (exame físico) | Esta fase implica uma separação do que é conhecido. O momento é de reflexão e análise, acerca da experiência vivida, e tem como finalidade permitir a análise do objeto de estudo, e realizar a sua classificação, comparação e categorização (Paterson & Zderad, 1988). |
| 4ª fase - A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; | 2ª etapa – Diagnóstico de enfermagem 3ª etapa – Planeamento de Enfermagem | A enfermeira compara e sintetiza as semelhanças e diferenças de múltiplas realidades conhecidas e chega a uma visão ampliada (Paterson & Zderad, 1988). |

| | | |
|---|--|--|
| | 4ª etapa - Execução | |
| 5ª fase - A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para o paradoxal. | 5ª etapa – Avaliação de Enfermagem | A enfermeira, diante de múltiplas situações chega a uma concepção que é significativa para muitos ou para todos os envolvidos no contexto em estudo. Das ideias extraídas de cada situação, conquista-se uma unidade ou um conjunto, formando uma concepção representativa sobre o objeto investigado (Paterson & Zderad, 1988). |

Fonte: Adaptado de Coelho, N. R. & Vergara, L. M. (2015).

A enfermagem fenomenológica e o processo de enfermagem são similares em muitos aspetos, ambas a metodologias utilizam uma abordagem sistemática à interação do cliente (Praeger, 2000). O processo de enfermagem, presume a presença de um problema, que a enfermeira e o cliente resolverão juntos. A enfermagem fenomenológica, supõe uma necessidade de saúde percebida por um indivíduo, que está envolvido numa interação com o prestador de cuidados.

Em relação aos benefícios proporcionados pela utilização da teoria de enfermagem humanística nos serviços de saúde, e de acordo com o estudo realizado por Oliveira et al. (2012), destacam-se os seguintes: superação do tecnicismo; valorização do diálogo reflexivo por meio da escuta terapêutica; construção de um cuidado humanizado, valorizando todos os sujeitos envolvidos; comunicação com o doente; através do atendimento sensibilizado aos chamamentos dos doentes; a teorização das práticas da enfermagem.

De acordo com a filosofia dos CCF, a família é também alvo dos cuidados. Cabe ao enfermeiro ajudá-la e orientá-la de forma a proporcionar-lhe uma possibilidade de liberdade para escolhas responsáveis, facilitando, assim, o encontro (Schaurich, Padoin, Paula & Mota, 2005).

A utilização da Teoria de Enfermagem Humanística possibilita a descoberta de outros caminhos, proporcionando a compreensão do outro de forma autêntica e genuína. Esta percepção é alcançada no momento em que o ser que cuida, vislumbra não só a criança como única e singular na sua existência, mas também

a família como um sistema com especificidades e necessidades próprias (Schaurich et al., 2005).

Tendo em conta os pressupostos da teoria proposta por Paterson e Zderad (1988), ao compreender-se a importância da relação, do diálogo, do estar-com, da reciprocidade, do encontro, da capacidade de ser mais inerente a si e ao outro, estar-se-á a dar um novo significado à família (Schaurich et al., 2005).

Desta forma, é fundamental compreender que ao disponibilizar-se um modo-de-ajuda à criança, estar-se-á a disponibilizar também à família, pois a família também precisa ser cuidada (Schaurich et al., 2005).

1.2. Humanização do cuidar em enfermagem pediátrica

Segundo Vaitsman & Andrade (2005), o conceito de humanização, no campo da saúde, surge como um princípio vinculado ao paradigma dos Direitos Humanos. De facto, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), está implícita esta relação, dado que esta se funde na noção de dignidade, no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres.

No entanto, o reconhecimento de que uma criança é um ser humano igual aos adultos, em dignidade e direitos, é muito recente (Monteiro, 2010). É apenas em 1989 que a Convenção sobre os Direitos da Criança acaba com a discriminação da criança, consagrando e universalizando os direitos da mesma.

De acordo com Silva, a humanização é “um estado de espírito que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias” (IAC, 2009, p.1). Assim, humanizar é poder construir elos entre a criança doente, a família e o meio hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida.

Para Lepargneuer, citado por Mota, Martins & Verás (2003), humanizar é “saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo” (p. 324). Segundo Duarte & Noro (2010) humanizar é oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Habitualmente, este conceito encontra-se associado à ideia de um atendimento afetuoso, empático e atento às necessidades da criança, no entanto,

a humanização é um desafio transversal a todos os envolvidos. A humanização vai para além de quem é cuidado, envolvendo os seus cuidadores e todos os profissionais de saúde (Esteves et al., 2014). Falar em humanização, nos cuidados pediátricos, adquire um significado mais relevante.

De acordo com Amaral & Calegari (2016), a combinação do acolhimento com o desenvolvimento tecnológico caracteriza uma assistência de qualidade, e conseqüentemente, significa humanizar. Acolher é estabelecer laços com confiança mútua entre profissional e doente, solidificando os deveres e direitos que possuem no sistema de saúde. Considerando a criança hospitalizada, os familiares estão envolvidos de forma afetiva e efetiva nesse processo, e por isso devem ser acolhidos por uma equipa de enfermagem preparada e sensível, permitindo uma abordagem humanizada.

Com o avanço da ciência e da tecnologia e a modernização de procedimentos, “o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar valores humanísticos da assistência de enfermagem” (Bedin, Ribeiro & Barreto, 2005, p.1).

No entanto, no contexto de enfermagem, o aspeto humano do cuidar é um dos mais difíceis de ser implementado, pois a rotina diária e complexa que envolve os mais variados ambientes onde a enfermagem atua, faz com que os membros da equipa, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente (Duarte & Noro, 2010).

Desta forma, e segundo o trabalho de Esteves et al. (2014), a humanização em contexto pediátrico, deverá assentar nos seguintes eixos: melhoria dos cuidados à criança; melhoria dos processos de comunicação interpessoal entre os diferentes agentes hospitalares; melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde; melhoria da qualidade do ambiente hospitalar.

Também a Ordem dos Enfermeiros faz referência à humanização de cuidados, no artigo 110º do seu Estatuto

o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. (Assembleia da República, 2015, p.8080)

1.3. Filosofia de cuidados centrados na família

Na área pediátrica, constata-se uma crescente preocupação dos profissionais em humanizar os cuidados à criança. A procura de meios que ajudem a criança/jovem a enfrentar as adversidades da hospitalização tem sido constante. Nesta perspetiva, e concebendo a família como contexto da criança/jovem (OE, 2011), é essencial a sua inclusão nos cuidados.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o conceito de pessoa nesta área de especialidade é considerado “sob o binómio: a criança/jovem e a família” (OE, 2011, p.12). A criança apresenta-se, então, “dependente dos cuidados da família, de forma a suprimir as suas necessidades, com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a autonomia” (OE, 2011, p.12).

Parceria de cuidados, é designada pela OE (2011, p.36), como um “modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem”. As crenças e valores que sustentam esta filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Casey, 1993).

De acordo com Smith (1995) e Casey (1993), existem dois conceitos principais que facilitam a relação de parceria. Os CCF e os cuidados negociados.

De acordo com Apolinário (2012), os CCF baseiam-se no pressuposto de que a família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança e ajudar a manter a normalidade das rotinas familiares. A filosofia dos CCF reconhece o papel fundamental da família na vida da criança, visando fornecer apoio profissional à criança/família através da capacitação e do *empowerment*. Desta forma, os profissionais capacitam as famílias, através da criação de oportunidades e meios, para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais, e adquirirem novas para atender às necessidades da criança e família. Por sua vez, o *empowerment* refere-se à interação dos profissionais com as famílias, para que estas possam adquirir um sentido de controlo sobre a sua vida e comportamentos positivos.

Os cuidados negociados são considerados como, a relação terapêutica construída na confiança e respeito mútuos (Mano, 2002). Segundo Casey, citado por Mano (2002), o processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente. As etapas deste processo são a apreciação, o planeamento, a execução e a avaliação.

Para além dos dois conceitos referidos anteriormente, os CCF e os cuidados negociados, o cuidar em contexto pediátrico deve ainda assentar numa outra filosofia – os cuidados não traumáticos. Estes cuidados “dizem respeito ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2016, p.11). O objetivo primordial destes cuidados é não causar dor, e para tal é necessário cumprir três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.

O ambiente da organização que presta cuidados em parceria, deve exemplificar e refletir os atributos e qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria entre os profissionais e a criança/família (Smith, citado por Mano, 2002). Smith, citado por Mano (2002), salienta ainda que a liderança da organização e das equipas tem um papel fundamental no atingir da cultura organizacional, através de uma gestão participativa, motivadora, capaz de partilhar informação e conhecimentos que permita abranger todos os enfermeiros em discussões que melhorem a prática.

Outro dos fatores que influencia a parceria de cuidados, é a existência de uma enfermeira que estabeleça com a família uma relação de confiança, minimizando os efeitos da hospitalização (Casey, 1993; Smith, 1995). A enfermeira de referência permite a descentralização da autoridade dos profissionais para a tomada de decisões partilhada e assegura a contínua participação dos utentes e família na planificação dos seus cuidados (Kron & Durbin, citado por Mano, 2002).

Cuidar em contexto pediátrico deve ainda atender ao respeito dos direitos universais da criança, da carta da criança hospitalizada e do princípio da universalidade.

2. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA HUMANIZAÇÃO EM CONTEXTO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: *SCOPING REVIEW*

2.1. Questão de revisão/objetivo

O objetivo desta *scoping review* foi mapear o conhecimento científico existente sobre a humanização dos cuidados em contexto pediátrico.

Mais especificamente, esta revisão incidiu na seguinte questão: Qual o conhecimento científico existente sobre a humanização dos cuidados em contexto pediátrico?

2.2. Critérios de inclusão

Tipo de participantes

Esta *scoping review* considerou todos os estudos que focaram doentes até aos 17 anos e 364 dias, atendidos pelos serviços de pediatria, acompanhantes e profissionais de saúde.

Conceito

Esta *scoping review* considerou todos os estudos sobre estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem.

Contexto

Esta *scoping review* considerou todas as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Mais especificamente maternidade, cuidados de saúde primários, serviço de urgência e internamento.

Fontes de informação

Esta *scoping review* incluiu publicações de todas e quaisquer fontes, bem como de vários níveis de evidências científicas, dada a característica abrangente da questão de revisão.

2.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa visou encontrar estudos primários publicados, bem como revisões da literatura. Nesta revisão foi utilizada uma estratégia de pesquisa com três etapas:

- Uma pesquisa inicial nas bases de dados PubMed e CINAHL seguida da análise das palavras de texto contidas no título e resumo dos documentos recuperados, e dos termos de índice utilizados para descrever os artigos;
- Uma segunda pesquisa, usando todas as palavras-chave e termos identificados;
- Na terceira etapa, a lista de referência de todos os relatórios e artigos identificados foi pesquisada para estudos adicionais.

Foram considerados estudos publicados em Português, Inglês e Espanhol, sem quaisquer restrições quanto ao ano de publicação.

As bases de dados pesquisadas foram:

- CINAHL Complete;
- PubMed.

As palavras-chave definidas em inglês foram os descritores DeCS:

- *Humanization of Assistance*;
- *Child*.

Os artigos pesquisados foram consequentemente avaliados quanto à relevância para a revisão, com base nas informações facultadas no título e resumo,

por dois revisores independentes. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que atendiam aos critérios de inclusão da revisão. Sempre que um revisor tivesse incertezas quanto à relevância de um estudo através de um resumo pouco claro, o artigo completo era recuperado, para melhor análise do mesmo.

Os textos completos foram examinados por dois revisores independentes tendo em conta os critérios de inclusão.

Os estudos identificados a partir de pesquisas de listas de referência foram avaliados quanto à relevância com base no título e resumo.

2.4. Extração dos dados

Os dados dos artigos incluídos na revisão foram extraídos, por dois revisores independentes, utilizando a ferramenta padronizada de extração de dados (Apêndice I), conforme indicado pela metodologia para *scoping reviews* desenvolvida pelo Instituto *Joanna Briggs* (2015).

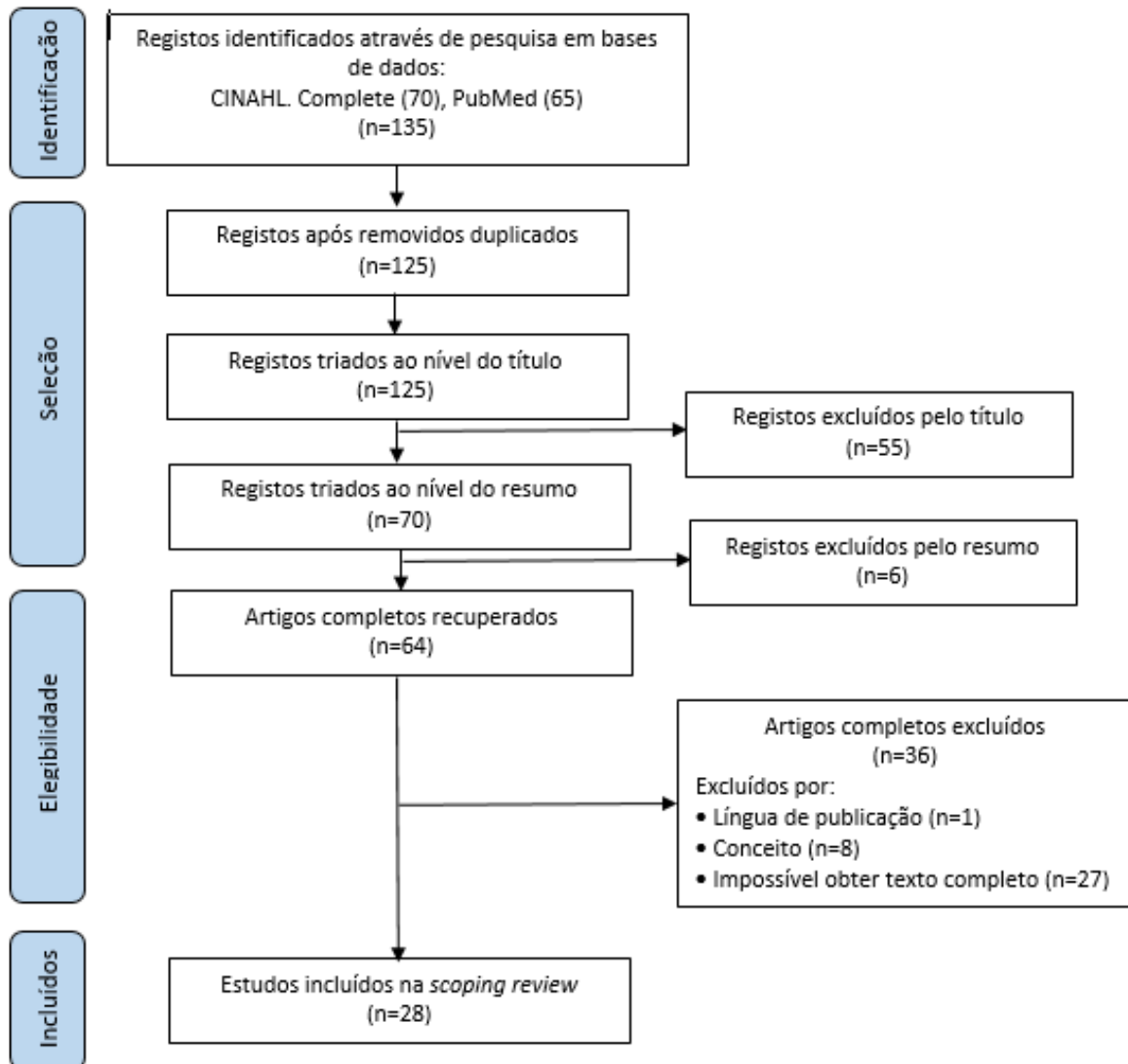
Quaisquer discordâncias que surgissem entre os revisores foram resolvidas através de discussão, ou com intervenção de um terceiro revisor.

Os dados extraídos incluem detalhes específicos sobre a população, conceito, contexto, métodos de estudo e principais descobertas relevantes para o objetivo da revisão.

2.5. Apresentação dos dados

Depois de removidos os duplicados, foram identificados 125 registos. Um total de 64 documentos preencheu os critérios de inclusão, com base no título e no resumo, tendo sido então recuperados os respetivos artigos completos. Destes, após leitura completa, apenas 28 preencheram os critérios de inclusão. A Figura 1 mostra o processo de seleção.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão do estudo.



Fonte: Adaptado de Mother, Liberati, Tetzlaff, & Altman (2009).

País de publicação

A maioria dos estudos incluídos nesta *scoping review* foram realizados no Brasil, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2. Estudos incluídos por país.

| Autor | País | Número de publicações por país |
|--------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| Lopes <i>et al.</i> | Brasil | 25 |
| Júnior <i>et al.</i> | Brasil | |
| Rolim <i>et al.</i> | Brasil | |
| Villa <i>et al.</i> | Brasil | |
| Reis <i>et al.</i> | Brasil | |
| Santos <i>et al.</i> | Brasil | |
| Silva <i>et al.</i> | Brasil | |
| Ribeiro, Gomes & Thofehrn | Brasil | |
| Rocha & Ferreira | Brasil | |
| Soares <i>et al.</i> | Brasil | |
| Santos <i>et al.</i> | Brasil | |
| Caires & Vargens | Brasil | |
| Busanello <i>et al.</i> | Brasil | |
| Behruzi <i>et al.</i> | Brasil | |
| Duarte & Noro | Brasil | |
| Modes, Gaíva & Patricio | Brasil | |
| Brito <i>et al.</i> | Brasil | |
| Mendes, Broca & Ferreira | Brasil | |
| Faquinello, Higarashi & Marcon | Brasil | |
| Mamede, Mamede & Dotto | Brasil | |
| Cunha & Zagonel | Brasil | |
| Dittz, Madeira & Duarte | Brasil | |
| Azevêdo, Júnior & Crepaldi | Brasil | |
| Reis <i>et al.</i> | Brasil | |
| Nagahama & Santiago | Brasil | |
| Cipolletta & Sperotto | Itália | 1 |
| Ullán, Fernández & Belver | Espanha | 1 |
| Behruzi <i>et al.</i> | Japão | 1 |

Tipo de estudo

Vinte e um estudos são de abordagem qualitativa, um de abordagem quantitativa, quatro são revisões da literatura e dois são artigos de reflexão.

O Quadro 3 mostra os estudos incluídos nesta *scoping review* por tipo de estudo.

Quadro 3. Estudos incluídos por tipo de estudo.

| Autor | Tipo de estudo | Número de estudos por tipo |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cipolletta & Sperotto | Qualitativo | 21 |
| Júnior <i>et al.</i> | Qualitativo | |
| Behruzi <i>at al.</i> | Qualitativo | |
| Villa <i>et al.</i> | Descritivo | |
| Faquinello, Higarashi & Marcon | Descritivo | |
| Santos <i>et al.</i> | Descritivo | |
| Modes, Gaíva & Patricio | Descritivo | |
| Mendes, Broca & Ferreira | Descritivo | |
| Silva <i>et al.</i> | Exploratório-descritivo | |
| Santos <i>et al.</i> | Exploratório-descritivo | |
| Duarte & Noro | Exploratório-descritivo | |
| Reis <i>et al.</i> | Exploratório-descritivo | |
| Nagahama & Santiago | Exploratório-descritivo | |
| Reis <i>et al.</i> | Descritivo, retrospectivo | |
| Dittz, Madeira & Duarte | Relato de experiência | |
| Rolim <i>et al.</i> | Relato de experiência | |
| Lopes <i>et al.</i> | Relato de experiência | |
| Ullán, Fernández & Belver | Estudo de caso | |
| Behruzi <i>et al.</i> | Estudo de caso | |
| Soares <i>et al.</i> | Estudo de caso | |
| Brito <i>et al.</i> | Qualitativo fenomenológico | |
| Busanello <i>et al.</i> | Quantitativo | 1 |
| Ribeiro, Gomes & Thofehrn | Revisão sistemática | 4 |
| Rocha & Ferreira | Revisão de literatura integrativa | |
| Caires & Vargens | Revisão de literatura | |
| Azevêdo, Júnior & Crepaldi | Revisão integrativa | |
| Cunha & Zagonel | Artigo de reflexão | 2 |
| Mamede, Mamede & Dotto | Artigo de reflexão | |

Ano de publicação

Os estudos incluídos foram publicados entre 2004 e 2017. O Quadro 4 mostra o ano de publicação dos estudos incluídos nesta *scoping review*.

Quadro 4. Estudos incluídos por ano de publicação.

| Autor | Ano de publicação | Número de estudos por ano de publicação |
|--------------------------------|--------------------------|--|
| Lopes <i>et al.</i> | 2017 | 5 |
| Júnior <i>et al.</i> | 2017 | |
| Rolim <i>et al.</i> | 2017 | |
| Villa <i>et al.</i> | 2017 | |
| Azevedo, Júnior & Crepaldi | 2017 | |
| Reis <i>et al.</i> | 2016 | 3 |
| Santos <i>et al.</i> | 2016 | |
| Silva <i>et al.</i> | 2016 | |
| Ribeiro, Gomes & Thofehrn | 2014 | 1 |
| Rocha & Ferreira | 2013 | 4 |
| Soares <i>et al.</i> | 2013 | |
| Santos <i>et al.</i> | 2013 | |
| Reis <i>et al.</i> | 2013 | |
| Caires & Vargens | 2012 | 2 |
| Cipolletta & Sperotto | 2012 | |
| Busanello <i>et al.</i> | 2011 | 3 |
| Behruzi <i>et al.</i> | 2011 | |
| Ullán, Fernández & Belver | 2011 | |
| Duarte & Noro | 2010 | 3 |
| Modes, Gaíva & Patricio | 2010 | |
| Behruzi <i>et al.</i> | 2010 | |
| Brito <i>et al.</i> | 2009 | 2 |
| Mendes, Broca & Ferreira | 2009 | |
| Nagahama & Santiago | 2008 | 1 |
| Faquinello, Higarashi & Marcon | 2007 | 2 |
| Mamede, Mamede & Dotto | 2007 | |
| Cunha & Zagonel | 2006 | 1 |
| Dittz, Madeira & Duarte | 2004 | 1 |

Estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem

Os 28 estudos incluídos aplicaram 13 estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem: relação interpessoal; comunicação terapêutica; estabelecimento de vínculos; envolvimento da família nos cuidados; presença de acompanhante; desmedicalização do parto; uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor; participação ativa da mulher no trabalho de parto; método Canguru; contato precoce entre mãe e filho; aleitamento materno precoce; utilização de práticas lúdicas (música, brincar, leitura de contos infantis); cuidado com a decoração.

O Quadro 5 mostra as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico.

Quadro 5. Estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem encontradas nos estudos incluídos.

| Autor | Ano de publicação | Estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem |
|----------------------------|--------------------------|--|
| Lopes <i>et al.</i> | 2017 | Método Canguru |
| Júnior <i>et al.</i> | 2017 | Musicoterapia |
| Rolim <i>et al.</i> | 2017 | Brinquedo terapêutico |
| Villa <i>et al.</i> | 2017 | Comunicação efetiva; transmissão de informação; atitudes dos profissionais (carinho e atenção); relação de confiança e respeito entre equipa de saúde e criança/família; permanência dos pais no internamento. |
| Azevêdo, Júnior & Crepaldi | 2017 | Identificar as reações emocionais dos acompanhantes |
| Reis <i>et al.</i> | 2016 | Desmedicalização do parto e do nascimento |
| Santos <i>et al.</i> | 2016 | Comunicação efetiva |
| Silva <i>et al.</i> | 2016 | Comunicação verbal e não verbal; uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor; participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto |
| Ribeiro, Gomes & Thofehr | 2014 | Atividades lúdicas; uso de música, brinquedos e leitura de contos infantis; arquitetura; participação ativa da criança na construção do ambiente através da inclusão de acessórios pessoais. |
| Rocha & Ferreira | 2013 | Interagir com os familiares, atendendo à necessidade, apoiando, ensinando e incentivando a participação destes nos cuidados. |

| | | |
|--------------------------------|------|--|
| Soares <i>et al.</i> | 2013 | Introduzir a família no cuidado com a criança; escutar a família e suas necessidades; proporcionar carinho, atenção, respeito, dignidade e amor à díade criança/família; demonstrar interesse para o que o cliente tem a dizer; brincar. |
| Santos <i>et al.</i> | 2013 | Fortalecimento do vínculo entre o profissional, a família e a criança; cuidar com carinho, amor e respeito; estabelecer um relacionamento com empatia e criatividade; encorajar a fé e a esperança; agir com sensibilidade e flexibilidade; aceitar a expressão de sentimentos; investir na comunicação. |
| Reis <i>et al.</i> | 2013 | Olhar holístico; estabelecer vínculos; comunicar eficiente e eficazmente; ter espaço físico adequado |
| Caires & Vargens | 2012 | Participação do pai no trabalho de parto e parto. |
| Cipolletta & Sperotto | 2012 | Participação da mulher no processo de decisão do parto. |
| Busanello <i>et al.</i> | 2011 | Promover o conforto da parturiente; uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor; participação e envolvimento da família; transmissão de informação à mulher durante o trabalho de parto e parto. |
| Behruzi <i>et al.</i> | 2011 | Desmedicalização do parto; uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor. |
| Ullán, Fernández & Belver | 2011 | Introdução de elementos simbólicos infantis de natureza artística no ambiente hospitalar. |
| Duarte & Noro | 2010 | Brinquedo terapêutico; reuniões de equipa; envolvimento da comunidade e família nos cuidados. |
| Modes, Gaíva & Patricio | 2010 | Contato precoce entre mãe e filho; aleitamento materno precoce; apoio emocional; presença de um acompanhante no momento do parto. |
| Behruzin <i>et al.</i> | 2010 | Promover os cuidados centrados na família; desmedicalização vs. medicalização do trabalho de parto e parto. |
| Brito <i>et al.</i> | 2009 | Realização de atividades lúdicas. |
| Mendes, Broca & Ferreira | 2009 | Leitura de textos infantis. |
| Nagahama & Santiago | 2008 | Transmitir informação suficiente e adequada; usar métodos não farmacológicos para alívio da dor; permitir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto; Promover o contato precoce pele a pele entre mãe e filho. |
| Faquinello, Higarashi & Marcon | 2007 | Escuta compreensiva; comunicação verbal e não-verbal; otimização das informações entre profissionais de saúde, e destes com a criança/família. |
| Mamede, Mamede & Dotto | 2007 | Liberdade de posição e deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto. |
| Cunha & Zagonel | 2006 | Relação baseada no diálogo entre enfermeiro e criança/família |
| Dittz, Madeira & Duarte | 2004 | Alojamento Materno |

Contextos onde as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem foram aplicadas

Esta *scoping review* considerou as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico, que incluíam estratégias especificamente aplicadas em Maternidade, Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência e Internamento.

A maioria das intervenções foram aplicadas em Maternidade e Internamento, 6 foram aplicadas em UCI Neonatais e Pediátricas e apenas 2 foram aplicadas em SU. Nenhum estudo que demonstrasse a aplicação de estratégias promotoras da humanização em contexto dos Cuidados de Saúde Primários preencheu os critérios de inclusão.

O Quadro 6 mostra os contextos onde as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem foram aplicadas.

Quadro 6. Contextos onde as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem foram aplicadas

| Autor | Contexto | | | |
|----------------------------|-------------|---------------------|----|--------------|
| | Maternidade | Contexto hospitalar | | |
| | | UCI | SU | Internamento |
| Lopes <i>et al.</i> | X | | | |
| Júnior <i>et al.</i> | | X | | |
| Rolim <i>et al.</i> | | | | X |
| Villa <i>et al.</i> | | X | | |
| Azevêdo, Júnior & Crepaldi | | | | X |
| Reis <i>et al.</i> | X | | | |
| Santos <i>et al.</i> | | | X | |
| Silva <i>et al.</i> | X | | | |
| Ribeiro, Gomes & Thofehrn | | | | X |
| Rocha & Ferreira | | X | | |
| Soares <i>et al.</i> | | | | X |
| Santos <i>et al.</i> | | | | X |
| Reis <i>et al.</i> | | X | | |
| Caires & Vargens | X | | | |
| Cipolletta & Sperotto | X | | | |
| Busanello <i>et al.</i> | X | | | |
| Behruzi <i>et al.</i> | X | | | |
| Ullán, Fernández & Belver | | | X | |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|---|
| Duarte & Noro | | | | X |
| Modes, Gaíva & Patricio | X | | | |
| Behruzi <i>et al.</i> | X | | | |
| Brito <i>et al.</i> | | | | X |
| Mendes, Broca & Ferreira | | | | X |
| Nagahama & Santiago | X | | | |
| Faquinello, Higarashi & Marcon | | | | X |
| Mamede, Mamede & Dotto | X | | | |
| Cunha & Zagonel | | X | | |
| Dittz, Madeira & Duarte | | X | | |

2.6. Discussão

O objetivo desta revisão foi examinar e mapear intervenções promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem.

De forma a atingir este objetivo, foram selecionados 28 estudos primários.

Na análise dos dados emergiram duas temáticas: a humanização e a saúde materno-infantil e a humanização ao atendimento da criança em contexto hospitalar.

A humanização e a saúde materno-infantil

Na experiência vivenciada pela mulher, o parto é um momento de muita emoção. Emoção esta que se sobrepõe à dor (Silva, Fernandes, Paes, Souza & Duque, 2016). Desta forma, torna-se fundamental promover um ambiente tranquilo e de apoio, além de oferecer conforto físico e emocional (Busanello et al., 2011; Silva et al., 2016).

O aspeto relacional tem sido central na questão da humanização, uma vez que nenhuma tecnologia consegue substituir a relação e a compreensão subjetiva entre os seres humanos (Silva et al., 2016).

O diálogo entre a equipa de enfermagem e a grávida é imprescindível (Silva et al., 2016). A enfermeira deve ser capaz de dar o suporte emocional necessário, respeitando sempre a individualidade de cada mulher e família.

A comunicação terapêutica, além de ser de extrema importância na prática de enfermagem é, segundo Silva et al. (2016), uma das melhores estratégias para humanizar os cuidados de enfermagem. Para Nagahama e Santiago (2008), receber informação suficiente e adequada é também sinónimo de humanização.

Apesar de ainda predominar o modelo biomédico em ambiente hospitalar, a equipa de enfermagem, nomeadamente a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, tem contribuído em grande parte para uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados na perspetiva da humanização do trabalho de parto e parto. Esta tem vindo a revelar ser um agente fundamental na não medicalização do parto e nascimento, na medida em que demonstra a importância da substituição de intervenções rotineiras por cuidados que não interfiram com o desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto e parto, valorizando a participação ativa da mulher durante os mesmos (Behruzi et al., 2010; Reis, Souza, Nogueira, Progianti & Vargens, 2016; Silva et al., 2016).

Valorizar a mulher significa respeitar o seu tempo e as suas necessidades e utilizar medidas não farmacológicas no alívio da dor como massagens, banhos, estímulo à deambulação ativa e mudança de posição (Mamede, Mamede & Dotto, 2007; Nagahama & Santiago, 2008; Busanello et al., 2011; Cipolletta & Sperotto, 2012).

No processo de nascimento é importante também o apoio e a presença de um acompanhante à escolha da parturiente, que pode ser um familiar, amigo ou pessoa significativa (Nagahama & Santiago, 2008; Caires & Vargens, 2012). A presença de um acompanhante possibilita o apoio emocional que a mulher necessita (Modes, Gaíva & Patricio, 2010).

Humanização ao atendimento da criança em contexto hospitalar

De entre os trabalhos incluídos, destaca-se o enfoque significativo nas unidades de cuidados intensivos, neonatal ou pediátrica, no cuidado aos recém-nascidos e bebés. Estes abordam aspetos como o ambiente, tipos de cuidados, procedimentos, e inserção da família.

A equipa de enfermagem revela preocupação em encarar o doente de forma holística, em vê-lo como um todo, superando desta forma o modelo biomédico (Reis, Silva, Waterkemper, Lorenzini & Cecchetto, 2013). Uma das estratégias

humanizadoras, e que está diretamente ligada à empatia, é o acolhimento ao bebê e sua família, com destaque ao cuidado voltado para o desenvolvimento (Reis et al., 2013). A equipa de enfermagem deve incentivar a presença dos pais nas unidades de cuidados intensivos, sempre que possível, visando a participação destes nos cuidados (Villa, Silva, Costa & Camargo, 2017; Rocha & Ferreira, 2013); o aleitamento materno; a prática do Método Canguru (Lopes, Oliveira, Pereira, Romeiro & Carvalho, 2017) e a utilização da música (Júnior et al., 2017).

Um dos principais fatores que contribuem para a prática da humanização está a capacidade de os profissionais de saúde estabelecerem um vínculo com a criança/família (Reis et al., 2013). Com base neste relacionamento, a família sente-se compreendida e com as suas necessidades atendidas (Reis et al., 2013). No entanto, os profissionais de saúde nem sempre se sentem preparados para lidar com a presença do acompanhante.

Outra das propostas humanizadoras é a importância de se estabelecer uma comunicação efetiva e eficiente com os familiares (Reis et al., 2013), utilizando para isso, estratégias de comunicação verbal e não verbal (Villa et al., 2017). A transmissão de informação de forma adequada diminui a ansiedade, retira dúvidas e tranquiliza a família (Villa et al., 2017).

Os estudos que tratam das unidades de internamento de pediatria também abordam a importância da permanência dos pais e envolvimento destes nos cuidados à criança (Soares et al., 2013).

Fala-se de novo da importância da comunicação efetiva, a fim de se estabelecer um vínculo com a criança/família (Santos, Silva, Misko, Poles & Bouso, 2013; Santos et al, 2016). É valorizada a comunicação verbal e não verbal, a escuta ativa e a otimização da informação entre a equipa multidisciplinar, e desta com a criança e sua família (Faquinello, Higarashi & Marcon, 2007; Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017).

Os estudos refletem ainda o cuidado com a decoração como forma de humanizar o ambiente hospitalar, ao introduzir elementos simbólicos de natureza artística (Ullán, Fernández & Belver, 2011). Recomendam também a participação ativa da criança na construção do ambiente através da inclusão de acessórios pessoais (almofadas, quadros, tapetes) (Ribeiro, Gomes & Thofehn, 2014).

Destaca-se, igualmente, a importância da inserção de práticas lúdicas, como o brincar, a música e a leitura (Brito, Resck, Moreira & Marques, 2009; Mendes,

Broca & Ferreira, 2009; Duarte & Noro, 2010; Ribeiro et al., 2014; Rolim et al., 2017). Estas atividades, para além de serem um fator de distração, minimizam o stress da hospitalização, proporcionando relaxamento e tranquilidade (Mendes et al., 2009).

Limitações da scoping review

Uma limitação desta *scoping review* decorre do fato de apenas terem sido incluídos estudos publicados em Inglês, Português e Espanhol. Artigos publicados noutras línguas também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

Outra limitação foi o fato de 25 dos 28 estudos incluídos nesta *scoping review* terem sido realizados no Brasil. Países diferentes poderiam revelar contextos e populações diferentes, com características e necessidades diferentes.

2.7. Conclusões

Neste estudo, realizado de acordo com a metodologia para *scoping reviews* desenvolvida pelo Instituto *Joanna Briggs* (2015), procurou-se mapear o conhecimento científico existente sobre a humanização dos cuidados em contexto pediátrico através da análise de estudos com diferentes métodos e níveis de evidência científica.

Os resultados apontam para o uso de estratégias que envolvem o acolhimento, a relação de vínculo, a comunicação efetiva e a utilização de práticas lúdicas. Incorporam também, o uso da decoração e a introdução de elementos simbólicos como forma de humanizar o ambiente hospitalar.

Estes resultados, além de fornecerem aspetos teóricos, fornecem também aspetos práticos, importantes para a prática de enfermagem, e que devem ser trabalhados com as equipas. Destaca-se a valorização de estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não verbal e a transmissão de informação, como elementos essenciais do processo relacional.

Considera-se que os aspetos identificados contribuem para a reflexão na área do cuidado infantil, uma vez que apontam aspetos das práticas de humanização com potencial para apoiar a integralidade do cuidado.

No entanto, verificou-se a necessidade de se trabalhar com as equipas a importância da presença do acompanhante, introduzindo a família na prestação de cuidados.

2.8. Apresentação de resultados em evento científico

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, participei no **1º Seminário Internacional Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia**, realizado a 30 de novembro de 2018, com a apresentação de um poster intitulado **“Estratégias Promotoras da Humanização em Contexto de Enfermagem Pediátrica: Scoping Review”** (Apêndice II). Este trabalho foi premiado, com o prémio de melhor poster (Anexo I) na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este terceiro capítulo faz referência ao percurso vivenciado em estágio, que decorreu ao longo de dezassete semanas, em três contextos diferentes, com uma carga horária de 360 horas.

De acordo com Benner (2001, p.61), “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”. Para Benner (2001) a aquisição de competências pelo enfermeiro processa-se por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que, os peritos “(...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.54).

Cada estágio foi efetuado em serviços onde a prestação de cuidados incidu sobre um campo de intervenção particular da enfermagem, nomeadamente e por ordem cronológica: os cuidados de saúde primários, o serviço de urgência pediátrico e a unidade de neonatologia.

Importa referir que no início deste percurso formativo, existiam já seis anos de experiência no serviço de internamento de pediatria médico-cirúrgico, exercendo funções de enfermeiro que substitui o enfermeiro responsável de equipa nas suas ausências e assumindo responsabilidade da cirurgia de ambulatório na ausência de outros colaboradores. Esta experiência profissional prévia, além de ter facilitado o aperfeiçoamento da aquisição de competências enquanto EEESIP na prestação de cuidados à criança ao longo dos seus estádios de desenvolvimento e em diferentes contextos assistenciais, permitiu também a creditação deste contexto de estágio, cedida pelo Conselho Científico após avaliação e apreciação da descrição da experiência profissional e declaração da entidade empregadora.

O percurso formativo culmina com a elaboração deste relatório, onde ao longo deste capítulo se pretende retratar a aquisição e desenvolvimento de

competências, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas que deram resposta aos objetivos delineados.

O planeamento das atividades de estágio teve como ponto de partida o enquadramento teórico sobre a temática em estudo, bem como a *scoping review* realizada, de onde emergiram várias estratégias promotoras da humanização. Também o diagnóstico inicial de situação de cada local de estágio, concretizado após reuniões com os enfermeiros chefes dos serviços e os enfermeiros orientadores, foi fundamental para o planeamento das atividades. Estas reuniões permitiram conhecer a dinâmica dos serviços e a filosofia de cuidados adotada, bem como apresentar a temática em estudo.

Esta experiência formativa foi sustentada por um projeto formativo individual elaborado no início de cada estágio, onde foi definido o objetivo geral e transversal a todos os contextos de estágio, os objetivos específicos para os diferentes campos de estágio e onde se planearam as atividades a desenvolver de forma a alcançar os objetivos delineados, bem como desenvolver competências enquanto futura EEESIP.

Foi delineado como objetivo geral e transversal ao percurso de desenvolvimento de competências de EEESIP, o seguinte:

- Desenvolver competências específicas da área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, centradas num cuidar mais humanizado.

É de salientar que todas as enfermeiras orientadoras nos diferentes contextos de estágio eram detentoras do título profissional de especialista na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como do grau académico de mestre, e cada uma delas, à sua maneira, contribuiu para uma aprendizagem enriquecedora e para o desenvolvimento de atividades que permitiram o crescimento pessoal e profissional e a aquisição de competências de EEESIP.

Consequentemente, e tendo por base os objetivos traçados, será feita em seguida uma análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

Estruturalmente optou-se por uma apresentação individual por contexto de estágio.

3.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio de Cuidados de Saúde Primários decorreu entre o dia 3 de setembro e 12 de outubro de 2018, com um total de 130 horas, divididas por 6 semanas.

Foi definido como objetivo específico para este contexto de estágio:

Promover estratégias humanizadoras dos cuidados de enfermagem na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil.

A UCSP onde se realizou o estágio encontra-se inserida no ACES de Lisboa Norte, a qual presta cuidados personalizados à população inscrita, “garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Diário da República, 2008, p.1184).

A seleção deste local de estágio deveu-se ao facto de se tratar de uma UCSP com grande afluência populacional pediátrica, onde se encontra em funcionamento uma consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil bem estruturada, realizada por uma EEESIP.

A UCSP funciona de 2^a a 6^a feira, no período das 8 às 20 horas, sendo que entre as 18h e as 20h decorre o período de consultas abertas (dirigida a 10 clientes). A equipa multidisciplinar é constituída por assistentes operacionais, assistentes técnicos, sete médicos (especialistas em medicina geral e familiar) e seis enfermeiras, das quais uma é enfermeira generalista, duas são EEESIP, uma é EEESMOG, uma é EEECSIP, uma é aluna do curso de mestrado em cuidados paliativos e uma é enfermeira chefe.

A UCSP desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica em profunda articulação com a URAP (constituída por dois psicólogos, dois assistentes sociais e um terapeuta ocupacional) e com a UCC.

Esta unidade é composta por uma receção administrativa onde os utentes realizam a admissão, uma sala de enfermagem para consultas de planeamento familiar e saúde materna, uma sala de enfermagem para consultas de saúde infantil e juvenil e vacinação, uma sala de tratamentos, cinco gabinetes médicos, duas instalações sanitárias e uma sala de espera comum a adultos e crianças onde se pode encontrar uma mesa infantil com lápis para colorir. Verifica-se, no entanto, a

falta de um espaço dedicado ao *Cantinho da Amamentação*, de modo a ser assegurado o acompanhamento presencial de dificuldades associadas à amamentação.

A sala de enfermagem para consultas de saúde infantil e juvenil e vacinação apresenta um ambiente agradável, com ilustrações nas paredes e mobiliário e brinquedos adequados às várias faixas etárias.

O método de trabalho preconizado nesta unidade é o de enfermeiro de família, no entanto, na prática, ainda se verifica uma distribuição por áreas de responsabilidade (Saúde Materna, Saúde Infantil, Vacinação, Sala de Tratamentos). No que diz respeito à consulta de saúde infantil e juvenil, esta é realizada por uma EEESIP.

A consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil é prévia a todas as consultas médicas, que funcionam por marcação e é orientada segundo o PNSIJ em vigor desde junho de 2013.

No início do estágio, foi realizada uma reunião com a enfermeira orientadora, sobre o funcionamento e dinâmica da unidade e sobre estratégias de promoção da humanização dos cuidados de enfermagem, o que permitiu efetuar o diagnóstico de situação deste contexto de estágio. Para a realização deste estágio foram mobilizados alguns referenciais teóricos fundamentais para este contexto, nomeadamente o PNSIJ (2013) e os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010).

De acordo com a teoria humanística de Paterson & Zderad (1988), na 1ª fase da enfermagem fenomenológica, a enfermeira prepara-se, introspetiva e cientificamente, para iniciar a investigação do fenómeno. A preparação para vir a conhecer iniciou-se a partir da introspeção, das leituras e do diálogo com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde.

Nesta fase, a enfermeira trabalha o seu “EU”, colocando em confronto os seus valores morais e éticos para perceber a sua capacidade de tornar as suas atitudes mais humanas (Coelho & Vergara, 2015).

Segundo o PNSIJ (2013), as consultas de saúde infantil e juvenil devem ser calendarizadas de acordo com as idades-chaves, correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança/jovem, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade.

Nestas consultas existe uma visão holística da criança/família, tendo sempre em conta o seu contexto cultural e social. A avaliação do desenvolvimento é sempre feita por uma EEESIP, tendo por base a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, escala esta que integra atualmente o programa informático da UCSP, o SClínico®.

As consultas de saúde infantil focam-se na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, registando em sistema informático e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; na promoção de atitudes/comportamentos saudáveis face ao crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis; no apoio e estímulo da família acerca do seu papel parental, sendo fulcral o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. É ao nível dos cuidados de saúde primários que a promoção de saúde assume uma importância fundamental (Loureiro, Silva, Quitério & Charepe, 2012).

Numa primeira fase do contexto formativo, observei a realização de consultas de enfermagem pela enfermeira orientadora e compreendi que para avaliar de forma adequada o desenvolvimento de uma criança é necessário treino e experiência.

Após observar e participar nas consultas de enfermagem, assumi, sob supervisão, a realização de consultas. Realizei a avaliação do desenvolvimento infantil de crianças em diferentes idades com recurso à escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*; promovi comportamentos promotores de saúde, nomeadamente, nutrição adequada às diferentes idades e necessidades individuais (disponibilizando durante a consulta folhetos informativos, de forma a que a informação estivesse escrita e pudesse ser consultada sempre que necessário), e prática regular de exercício físico; ensinei os pais sobre medidas de segurança, esperando, assim, a redução de acidentes; promovi o aleitamento materno através do esclarecimento das suas vantagens para a mãe e para o bebé, da explicação da técnica da amamentação e sinais de boa pega.

Ainda no que diz respeito à promoção do aleitamento materno, elaborei um documento com uma **proposta de instalação do Cantinho da Amamentação na UCSP** (Apêndice IV).

Atualmente, na UCSP os profissionais de saúde, tanto médicos como enfermeiros, nas suas consultas, incentivam o aleitamento materno e esclarecem

dúvidas. No entanto, não existe um espaço dedicado onde a mãe possa recorrer a este serviço sempre que assim o entender.

O projeto *Cantinho da Amamentação* nasceu então, da necessidade da existência de um espaço adequado para prestar apoio/aconselhamento às mães e respetivas família, durante o período do aleitamento materno, em tempo real.

Este documento foi apresentado aos elementos da equipa de enfermagem que o aprovaram de forma entusiasta e aguarda a submissão para aprovação ao nível da direção do ACES de Lisboa Norte, para que este projeto possa ser desenvolvido e desta forma ser criado um espaço onde seja possível prestar apoio/aconselhamento às mães/famílias, durante o período do aleitamento materno, em tempo real.

O processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor, deverá ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança, devendo incluir-se ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades. Para isso, elaborei um **folheto informativo**, sugerindo algumas atividades simples e pouco dispendiosas de como estimular a comunicação, interação e desenvolvimento mental e motor da criança no primeiro ano de vida, intitulado **“Atividades Promotoras do Desenvolvimento – Exercícios e atividades práticas para fazer com o seu bebé no 1º ano de vida”** (Apêndice V).

As atividades desenvolvidas passaram ainda por promover a saúde oral através de ensinamentos aos pais e crianças sobre a importância da lavagem dos dentes; detetar situações de possível comprometimento da qualidade de vida da criança/jovem, como as perturbações da visão e audição e perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal; identificar e atuar nas doenças comuns nas várias idades, reforçando o papel dos pais.

Inerente a todos estes processos de cuidados está a comunicação com a criança e família, competência fundamental no cuidar de enfermagem e parte integrante da humanização do cuidar, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetivo/emocional.

Durante as consultas adotei, sempre, uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança (registo em jornal de aprendizagem,

Apêndice VI), utilizando estratégias para comunicar, como: colocar-me ao mesmo nível do olhar da criança, falando com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante, falando de modo claro, utilizando palavras simples e frases curtas e brincando (Hockenberry & Wilson, 2016). Brincar é a linguagem universal da criança, é uma das formas mais importantes de comunicação e é uma técnica efetiva na relação com esta. Através da forma e complexidade do brincar, os enfermeiros podem conseguir detetar pistas relativamente ao desenvolvimento físico, intelectual e social (Hockenberry & Wilson, 2016). De acordo com Paterson & Zderad (1988), a enfermeira humanista, entra em harmonia com o ritmo do diálogo e, adequa o ritmo do seu chamado e resposta à capacidade do cliente para chamar e responder naquele momento. Deste modo, foi possível desenvolver competências ao nível do processo relacional e comunicacional com a criança e família, nomeadamente a unidade de competência **E3.3.**, pois o EEESIP **“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”** (Diário da República, 2018, p.19194).

A consulta de enfermagem de saúde infantil permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente, a unidade de competência **“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”** (Diário da República, 2018, p.19194).

Tive ainda oportunidade de promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme veiculado no Plano Nacional de Vacinação. Para controlo da dor, a técnica não-farmacológica mais utilizada foi a amamentação e o brincar.

As fases da enfermagem fenomenológica, método da teoria humanística, permitem a sua aplicação tanto na pesquisa como nos cuidados de enfermagem. O profissional, na prática quotidiana, pode optar por utilizá-las como método para direcionar o fazer (Coelho & Vergara, 2015).

É possível a aplicação das fases, com algumas adaptações, à consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil. Na segunda fase da enfermagem fenomenológica – a enfermeira conhece intuitivamente o outro – surge a aproximação dos sujeitos e do cenário do estudo, conversas informais e observação direta (Lélis, Pagliuco & Cardoso, 2014). Podemos relacionar esta fase com a primeira etapa do processo de enfermagem, no qual se encontra a entrevista à criança/família.

A terceira fase da enfermagem fenomenológica implica apresentar a interpretação das informações, em avaliar a criança através de um exame físico completo e eficaz, finalizando, assim, a primeira etapa do processo de enfermagem de forma mais humanística (Coelho & Vergara, 2015).

Na quarta fase encontra-se a procura pelo diagnóstico de enfermagem, planeamento e execução do plano de cuidados (Coelho & Vergara, 2015). Nesta fase a enfermeira compara e sintetiza as semelhanças e diferenças das suas experiências vivenciadas (Paterson & Zderad, 1988), para chegar a um ponto de vista e levantar diagnósticos. Depois de a enfermeira estabelecer ligações entre as realidades, ela seleciona e classifica as suas prioridades, esta etapa definirá a qualidade do planeamento dos cuidados e a sua execução (Coelho & Vergara, 2015).

Na quinta fase encontra-se a última etapa do processo de enfermagem, a avaliação. Nesta fase, a enfermeira reflete sobre o momento vivenciado e experimentado, tendo em conta o conhecimento intuitivo e científico (Coelho & Vergara, 2015).

3.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio de Serviço de Urgência Pediátrica decorreu entre o dia 15 de outubro e 16 de novembro de 2018, com um total de 115 horas, divididas por 5 semanas.

Foi definido como objetivo específico para este contexto de estágio:

Promover estratégias humanizadoras dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência.

O serviço de urgência onde foi realizado o estágio, está inserido num hospital, integrado num grupo onde se incluem hospitais privados, hospitais do SNS em regime de parceria público-privada, clínicas a operar em regime de ambulatório e residências sénior. É um serviço que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, vocacionado especialmente para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência, bem como de outras situações que exijam uma intervenção rápida.

O serviço de urgência pediátrica tem um acesso exterior próprio no recinto do hospital, localizado junto à entrada principal. Da sua constituição fazem parte

uma sala de espera externa (comum a adultos e crianças) e outra interna, um gabinete de triagem, uma sala de tratamentos, quatro gabinetes médicos (um deles funciona como sala de isolamento), uma sala de observação com uma lotação de quatro camas e uma casa de banho com fraldário. As restantes áreas: uma sala de reanimação (com duas camas), uma sala de pequena cirurgia, uma sala de gessos, uma sala de sujus e uma sala de pausa são áreas comuns ao adulto e criança.

Ainda em relação ao espaço físico, verificou-se que não existe um espaço dedicado à amamentação ou para a mãe extrair leite.

Ao entrar no serviço de urgência pediátrica, verifica-se que todas as salas estão decoradas com desenhos na parede (sala de espera interna, sala de triagem e sala de tratamento) e os gabinetes médicos estão equipados com marquesas em forma de animal. A introdução destes elementos infantis de carácter artístico, além de servirem para identificar os serviços pediátricos, são utilizados, também, para distrair as crianças, criando um ambiente capaz de transmitir significados alegres, melhorar o acolhimento e a permanência das crianças e estimular a imaginação e a criatividade (Ullán et al., 2011), pois como referem Paterson & Zderad (1988), a criança, ao ingressar numa instituição de saúde, percebe-se como um ser num mundo estranho, cheio de objetos estranhos.

Sendo este contexto bastante diferente da minha prática profissional diária, tive necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, sobre as patologias mais comuns num serviço de urgência pediátrica, nomeadamente patologias respiratórias (mais frequentes dada a época do ano em que realizei o estágio), gastrointestinais e traumatismos. De acordo com a teoria humanística, a assistência humanística não se destaca apenas no cuidado existencial e integral, mas sim na prática baseada em conhecimentos técnicos e científicos para poder desenvolver um cuidado de qualidade (Coelho & Vergara, 2015). Esta procura de novos conhecimentos permitiu ir de encontro da unidade de competência **E1.2.**, que refere que o EEESIP “**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**” (Diário da República, 2018, p.19193).

Neste contexto da prática clínica foi possível prestar cuidados de enfermagem à criança/família em todos os ambientes do serviço: triagem, sala de tratamentos, sala de observação e sala de pequena cirurgia. No entanto, dei maior

ênfase à observação e participação na triagem da criança, por ser uma área bastante distinta da minha prática profissional.

A triagem é efetuada num gabinete fechado, o que promove um ambiente privado e protetor da criança/família na invasão da sua intimidade, contribuindo para a humanização dos cuidados, o que vai de encontro ao artigo 107º do Estatuto da OE, que refere que o enfermeiro tem o dever de “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...), a privacidade e a intimidade da pessoa” (Assembleia da República, 2015, p. 8080). Nesta sala, o enfermeiro realiza uma triagem para aferir a gravidade da situação e determina a prioridade da criança/jovem.

O sistema de triagem utilizado no serviço é baseado no sistema de triagem do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*.

A sala de triagem é o local onde a criança/família é primeiramente observada pela enfermeira. Os curtos minutos que deve durar a triagem são minutos de acolhimento que representam o início da relação e intervenção terapêutica do enfermeiro com a criança/família. Neste espaço privilegia-se a comunicação e valorizam-se as dúvidas e medos dos pais, assim como, das crianças.

Na sala de tratamentos participei e prestei cuidados à criança, nomeadamente na realização de procedimentos dolorosos, como colheitas de produtos biológicos, punções venosas, pensos, administração de terapêutica endovenosa, intramuscular e inalatória.

Durante a minha permanência na sala de tratamentos, verifiquei que a equipa de enfermagem não investe da mesma forma na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor. O domínio das estratégias não farmacológicas no alívio da dor requer formação e treino, por este motivo o uso destas estratégias tem muito a ver com a experiência da equipa de Enfermagem.

A Direção-Geral da Saúde (2003, p.1) refere que “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”.

Também na Carta da Criança Hospitalizada se encontra espelhado a crescente preocupação com a humanização de cuidados à criança e família, nomeadamente no artigo 4º “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2017, p.7) e artigo 5º “Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” (IAC, 2017, p.8).

Ao refletir sobre estas considerações e uma vez que o enfermeiro no âmbito da prática especializada age segundo a unidade de competência **E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”** (Diário da República, 2018, p.19193), foi proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança** (Apêndice VII).

As estratégias não farmacológicas apresentadas na formação, foram ao encontro do preconizado no Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, da Ordem dos Enfermeiros, 2013: administração de sacarose a 24%, dois minutos antes de procedimento doloroso, em lactentes; sucção não nutritiva em lactentes; reforço positivo, combinando com a criança o comportamento esperado antes do procedimento e utilizando o elogio verbal; imaginação guiada; relaxamento muscular, através do ensino de exercícios de respiração diafragmática e relaxamento ativo; preparação prévia ao procedimento, proporcionando a observação de um adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento.

Apesar do número reduzido de formandos (dez), esta atividade revelou-se importante na continuidade do meu desenvolvimento profissional e também para os enfermeiros que participaram, uma vez que na categoria da ação de formação em geral, nove dos formandos classificaram em muito elevado e um classificou em elevado a subcategoria – importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades. Já na categoria do conteúdo da ação de formação destaca-se que nove dos formandos classificaram em muito elevado as subcategorias – efetividade da abordagem e qualidade da abordagem e um formando classificou em elevado as mesmas subcategorias.

A realização desta atividade despertou na equipa uma partilha e discussão sobre as práticas, contribuindo para o enriquecimento dos enfermeiros que prestam cuidados neste contexto, bem como para meu o próprio conhecimento e enriquecimento pessoal e formativo, permitindo o desenvolvimento da unidade de competência **D2.1.**, comum a todos os enfermeiros especialistas, **“Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”** (Diário da República, 2011, p.8653).

Após ter realizado a sessão de formação, foram colocadas em prática estratégias identificadas e elaborada uma reflexão em jornal de aprendizagem

(Apêndice VIII) sobre a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, com enfoque nas intervenções não farmacológicas na criança em idade escolar.

Por inexistência de material didático adequado às diferentes faixas etárias para ser usado aquando da realização de procedimentos dolorosos, recorreu-se diversas vezes aos objetos trazidos pelas crianças, como brinquedos, livros ou equipamento informático.

No final deste contexto de estágio considero terem sido cumpridos os objetivos propostos e a aquisição das competências específicas do EESIP descritas.

3.3. Unidade de Neonatologia

Este estágio decorreu entre o dia 19 de novembro e o dia 19 de dezembro de 2018, numa unidade de neonatologia.

Foi definido como objetivo específico para este contexto de estágio:

Promover estratégias humanizadoras dos cuidados de enfermagem na Unidade de Neonatologia.

A Unidade de Neonatologia onde decorreu o estágio, está inserida num dos seis hospitais da área da grande Lisboa, que fazem parte do CHLC, EPE e integrado da rede do SNS.

A Unidade de Neonatologia destina-se a recém-nascidos até aos 28 dias de idade, que necessitam de cuidados de saúde especiais devido a parto prematuro ou doença e tem uma equipa clínica própria, com formação específica, responsável pelos cuidados prestados aos bebés e que assegura a maior proximidade possível entre os recém-nascidos e a sua família.

Esta unidade permite uma lotação de 38 postos de internamento, 13 definidos como Cuidados Intensivos e 25 de Cuidados Intermédios. Anualmente, são admitidos 800 recém-nascidos, e destes, 150-170 correspondem a bebés muito prematuros (20% do total nacional).

Da sua constituição fazem parte ainda: gabinetes médicos, sala de trabalho/equipamentos, sala de registos e restantes áreas de apoio (sala de sujos,

WC para profissionais, cacifos para os pais, sala de pausa para os profissionais e gabinete da enfermeira chefe do serviço).

Existe também uma sala de pais que se destina ao uso exclusivo dos mesmos e pretende constituir um espaço de descanso, conforto e relaxamento. Pode ser utilizada das 8 às 21h, todos os dias da semana.

As mães dos bebés internados na unidade dispõem, também, de uma sala para poderem, sempre que necessário, extrair leite para o seu bebé. Atualmente, esta sala não se encontra em funcionamento, pelo que a extração de leite materno é realizada junto do recém-nascido, onde as condições de privacidade não estão reunidas.

Os pais podem permanecer junto ao bebé 24 horas/dia. Os RN's podem ter diariamente a visita de duas pessoas escolhidas pelos pais, entre as 16h30m e as 17h30m, sempre acompanhados por um dos pais, não sendo permitida a presença de mais de 2 pessoas em simultâneo junto ao recém-nascido.

A equipa de enfermagem é constituída por elementos de exímia e vasta experiência numa área tão específica e diferenciada da prática pediátrica, com vários EEESIP e outros que não sendo, são considerados peritos. Tal como referido por Benner (2001), os enfermeiros peritos encontram-se dotados de capacidades para perceber uma situação como um todo, utilizando como paradigmas de base, situações concretas que já vivenciaram, direccionando-se diretamente a um problema, sem ter em conta considerações inúteis.

Os pais são também um elemento fundamental na equipa, pelo que a participação e permanência destes junto do recém-nascido é extremamente benéfica para o bebé e é responsabilidade dos enfermeiros promover a adaptação dos pais a esta nova realidade.

Como referi anteriormente, esta unidade dispõe de duas salas, uma de cuidados intensivos e outra de cuidados intermédios, sendo que o meu estágio se desenvolveu nos cuidados intermédios.

No início do estágio, tal como nos contextos anteriores, foi realizado um diagnóstico de situação e foi efetuado um levantamento dos problemas de saúde mais frequentes na unidade de neonatologia, com a enfermeira orientadora, que levaram a uma pesquisa bibliográfica para a atualização de conhecimentos. Por uma prestação de cuidados mais eficaz, mobilizei conhecimentos na identificação de sinais de instabilidade, permitindo-me atuar em antecipação, atualizando

conhecimentos e desenvolvendo a competência **E2.1. “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”** (Diário da República, 2018, p.19193).

Tendo em conta a temática em estudo, e sabendo que o acolhimento é um dos principais fatores que contribuem para a prática da humanização (Reis, et al., 2013), foi elaborado um procedimento (Apêndice IX), de forma a que as grávidas de alto risco, internadas no serviço de medicina materno-fetal, e com grande probabilidade de virem a ter um parto prematuro, possam fazer uma visita guiada à unidade de neonatologia, com o objetivo de conhecerem as instalações físicas, o modo de funcionamento/dinâmica do serviço e esclarecer dúvidas e medos.

A equipa de enfermagem é a principal responsável pela inserção da família no ambiente das unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais. O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde e a forma como os pais são recebidos no hospital irá influenciar significativamente todo o internamento do RN.

É no momento do acolhimento que o EEESIP tem especial importância na promoção da vinculação e da parentalidade.

A vinculação entende-se como um processo contínuo, com início na gravidez e que se desenvolve após o parto, que inclui as ligações emocionais entre os pais e o bebé, e envolvendo um processo recíproco de mudança, em que se torna fundamental a observação da interação entre os pais e o bebé (Hockenberry & Wilson, 2016). Segundo Ainsworth (1991), citado pela MCEESIP da OE (2015, p.20), “a vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço”, neste contexto, fazem sentido todas as intervenções que facilitem a incorporação do RN na família.

A parentalidade é entendida como a “ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...)” (OE, 2015, p.13).

O EEESIP ao ser detentor de conhecimentos sobre o processo de vinculação e de parentalidade, encontra-se desperto para a sua promoção e por isso ao longo do estágio foram envolvidos os pais a participarem diretamente nos cuidados em algumas áreas específicas, nomeadamente nos cuidados de higiene, alimentação

e mudança de fralda, momentos ideais para promover o contato físico entre os pais e o RN. Foi também encorajada a utilização do método canguru. Esta técnica reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros (OE, 2013). Além disso, este método é uma das estratégias promotoras da humanização e contribui para o aumento do vínculo e do *empowerment* dos pais (Lopes et al., 2017).

Segundo Rocha & Ferreira (2016), é importante que os profissionais de saúde que prestam cuidados numa unidade de neonatologia estejam aptos para suavizar o dano emocional causado à família pelo internamento do RN, através de um cuidar humanizado prestado não só à criança, mas também aos pais. Os profissionais devem agir de forma integral, tentando interagir com os familiares, atendendo necessidades, apoiando, ensinando e incentivando a participação destes nos cuidados. De acordo com Paterson & Zderad (1988), a enfermeira humanista está atenta a oportunidades para a família exercer a sua liberdade de escolha dentro dos limites da prática segura e saudável, estando, simultaneamente, em constante avaliação das suas capacidades e necessidades, incentivando a sua participação nos cuidados. É necessária a compreensão do significado das experiências do outro, indo além das suas competências técnicas e científicas, conciliando a razão e a sensibilidade, para que desta forma, juntos (enfermeira e pais), possam planear um cuidado adequado com o propósito de defender o direito de escolha do cliente dentro do que é possível (Coelho & Vergara, 2015).

Durante o envolvimento dos pais no processo de cuidados, é dever do enfermeiro de referência, prestar informações sobre os tratamentos a realizar e envolvê-los nas tomadas de decisão. A Carta da Criança Hospitalizada faz referência a este ponto quando refere que “os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho” (IAC, 2017, p.6) e “as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão” (IAC, 2017, p.7).

Através das intervenções referidas e da promoção da parceria de cuidados com os pais, negociando o seu envolvimento nos mesmos, utilizando estratégias motivadoras para o desenvolvimento de competências na assunção de papéis, fui ao encontro da competência **E1.1. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** (Diário da República, 2018, p.19193)

Sabendo que o aleitamento materno é umas das estratégias humanizadoras dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico, realizei uma atividade formativa intitulada “**Hospital Amigo dos Bebés - Curso de Promotores em Aleitamento Materno**” (Anexo II).

O papel dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno é incontestável, daí a importância de um conhecimento estruturado no apoio à díade mãe-filho e à coerência da informação transmitida. Neste contexto, esta atividade formativa teve como objetivos: reforçar conhecimentos e competências dos promotores em aleitamento materno e promover e incentivar a amamentação.

A promoção da amamentação é um dos objetivos da equipa multidisciplinar, pelos inúmeros benefícios para o bebé, nomeadamente o fornecimento de nutrientes importantes, proteção contra infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; proteção contra as alergias; e promoção do estabelecimento de laços afetivos com a mãe (Levy & Bértolo, 2012).

Como se verifica no programa da atividade formativa (Anexo II), foram diversas as temáticas abordadas. A participação nesta formação permitiu-me o conhecimento de novas realidades e perspetivas de cuidados com as quais tenho tido menos contacto no meu percurso profissional, sendo que durante o curso, foram realizadas práticas clínicas no serviço de medicina materno-fetal e puerpério. Por conseguinte, esta atividade permitiu-me desenvolver a unidade de competência **E3.3. ”Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”** (Diário da República, 2018, p.19194), através da promoção da amamentação. O aprofundamento e consolidação destes conhecimentos foram aplicados de imediato na unidade de neonatologia.

4. CONCLUSÃO

A realização deste percurso de aprendizagem, que culmina com a elaboração deste relatório, retrata o processo de transição de enfermeira generalista para enfermeira especialista com o grau acadêmico de mestre.

A sua elaboração implicou o desenvolvimento da capacidade de análise, síntese, planificação e organização do trabalho desenvolvido, numa dinâmica que me permitiu uma intervenção ativa no meu processo de aprendizagem, tendo-se revelado um desafio à capacidade de desenvolver e adquirir novos conhecimentos e novas competências nos diferentes domínios do conhecimento, no âmbito do cuidar em enfermagem pediátrica.

Ao longo deste relatório foi relatada a vivência nos diferentes contextos de estágio, tendo em conta os objetivos inicialmente delineados e as atividades desenvolvidas para ir ao encontro das competências de EEESIP, permitindo desenvolver e adquirir as mesmas. Como resultado dos estágios efetuados, salienta-se o fato de ter incorporado as duas vertentes em que o EEESIP desenvolve a sua prática: o contexto hospitalar e o contexto comunitário, sendo que ambos contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e permitiram atingir os objetivos delineados para este percurso.

Ao longo do percurso formativo as diferentes estratégias e intervenções tiveram por base o referencial teórico (a teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad), a filosofia de cuidados em enfermagem pediátrica (CCF, cuidados negociados e cuidados não traumáticos) e as estratégias promotoras da humanização que emergiram da *scoping review* realizada.

Percebe-se a necessidade, de substituir o modelo biomédico por uma visão holística, mas também em repensar e dar outro significado ao cuidar em enfermagem à criança e sua família (Schaurich et al., 2005).

De acordo com a teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad (1988), a enfermagem, como disciplina inter-humana e intersubjetiva, tem a possibilidade de ser ciência e arte na área da saúde, pois, para além da tecnologia,

dos procedimentos e rotinas, está fundamentada na relação, na interação, no diálogo e no encontro (Schaurch et al., 2005).

A teoria de enfermagem humanística fortalece a identidade da profissão de enfermagem, dá autonomia ao profissional que presta o cuidado (encontro vivido e dialogado), permite a possibilidade de refletir a escolha do melhor cuidado com base em evidências científicas e permite a vivência do estar-com-o-outro (Coelho & Vergara, 2015). Por este motivo, foi fundamental a realização de uma *scoping review* sobre o tema, de forma a fundamentar todas as atividades realizadas durante os diferentes contextos de estágio.

Em suma, é essencial ao enfermeiro o papel como promotor da saúde, gestor do diálogo vivenciado, que acolhe e interage com a criança, integra a família, prepara a equipa de enfermagem e procura novas estratégias promotoras da humanização dos cuidados, respeitando os valores, sentimentos, crenças e diferenças culturais (Coelho & Vergara, 2015).

No final deste percurso formativo, sinto que o trabalho desenvolvido não termina aqui. Neste sentido, destaco novas abordagens e projetos para o futuro, em primeira instância a transmissão dos conhecimentos adquiridos junto da equipa de enfermagem do internamento onde exerço funções, sobre estratégias promotoras da humanização em contexto de enfermagem pediátrica, para que os enfermeiros adquiram novos conhecimentos sobre esta temática e juntos trabalhem para uma melhoria contínua da prestação de cuidados às crianças/famílias hospitalizadas.

Numa segunda fase, e tendo em conta que a unidade hospitalar onde exerço funções se encontra em fase de expansão e conseqüentemente iremos mudar de serviço, tenciono elaborar um documento que reúna a evidência científica mais recente, acerca da importância da adequação do ambiente hospitalar à população pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, L. F. P. & Calegari, T. (2016). Humanization of nursing care for the family at the pediatric intensive care unit. *Cogitare Enferm*, 21(3), 01-08. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653826010/html/index.html>
- American Psychological Association (2012). *Frequently asked questions about APA style*. Acedido em 02-02-2019. Disponível em <https://www.apastyle.org/learn/faqs/index>.
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 83-92. Acedido em: 26-01-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln7/serlln7a09.pdf>
- Azevedo, A. V. S., Júnior, A. C. L & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/1413-8123-csc-22-11-3653.pdf>
- Bedin, E., Ribeiro, L. B. M. & Barreto, R. A. S. S. (2005). Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 118 – 127. Acedido em: 26-01-2019. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_04.htm
- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., li, M. & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(25), 1-18. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-25>
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L. & Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*,

- 11(53). Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-53>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, T. R. P., Resk, Z. M. R., Moreira, D. S. & Marques, S. M. (2009). As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, 13(4), 802-08. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16>
- Busanello, J., Kerber, N. P. C., Mendoza-Sassi, R. A., Mano, P. S., Susin, L. R. O. & Gonçalves, B. G. (2011). Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 824-32. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>
- Caires, T. L. G. & Vargens, O. M. C. (2012). A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de género e poder. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 159-168. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a17.pdf>
- Campos, A. C. S. (2006). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas, e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 23(4), 977-983. Acedido em: 26-01-2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/26.pdf>
- Cipolletta, S. & Sperotto, A. (2012). From the hospital organization to the childbirth practice: Italian women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 326-336. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236268462_From_the_Hospital_organization_to_the_childbirth_practice_Italian_women's_experiences
- Circular Normativa nº 09/DGCG (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde. (Nº 9 de 14-06-2003), 1-4.
- Coelho, N. R. & Vergara, L. M. (2015). Teoria de Paterson e Zderad: Aplicabilidade humanística no parto normal. *Cogitare enferm.*, 20(4), 829-836. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40323>
- Cunha, P. J. & Zagonel, I. P. S. (2006). A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. *Ver. Eletr. Enf.*, 8(2), 292-7.

- Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26454184_A_relacao_dialogica_p_ormeando_o_cuidado_de_enfermagem_em_UTI_pediatica_cardiaca
- Decreto-lei nº 28/2008 (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 38 de 22-02-2008). 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Acedido em: 26-01-2019. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Autor.
- Dittz, E., Madeira, L. M. & Duarte, E. D. (2004). Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. *Ver. Min. Enf.*, 8(4), 490-494. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/710>
- Duarte, M. L. C. & Noro, A. (2010). Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(4), 685-92. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a11v31n4.pdf>
- Duarte, M. L. C. & Noro, A. (2010). Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Ver Gaúcha Enferm*, 31(4), 685-92. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a11v31n4.pdf>
- Esteves, C. H., Antunes C. & Caires, S. (2014). Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children. *Interface (Botucatu)*, 18(51), 697-708. Doi: 10.1590/1807-57622013.0536.
- Faquinello, P., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 609-16. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2016). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vols. 1-2). Loures: Lusociência.

- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Sobre Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde*, (Boletim do centro de estudos e documentação sobre a infância do instituto de apoio à criança). Acedido em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/infocedi12.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada* (5ª edição). Lisboa: Autor.
- Júnior, O. P. C., Campos, M. M. M. S., Oliveira, M. C. X., Morano, M. T. A. P., Araújo, M. V. U. M. & Chaves, K. Y. S. (2017). Com palavras não sei dizer: ressignificando o cuidado através da música em pós-operatório cardiopediátrico. *Rev Rene*, 18(5), 655-62. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/30839>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lélis, A. L. P. A., Pagliuca, L. M. F. & Cardoso, M. V. L. M. L. (2014). Fases da teoria humanística: análise da aplicabilidade em pesquisa. *Texto Contexto Enferm*, 23(4), 1113-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002140013>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Lopes, T. R. G., Oliveira, S. S., Pereira I. R. B. O., Romeiro, I. M. M. & Carvalho, J. B. L. (2017). Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(11), 4492-7. Doi: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201727
- Loureiro, F. M., Silva, J. A. N. F., Quitério, M. M. S. L. & Charepe, Z. B. (2012). Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil. *Rev Esc Enferm USP*, 46(6), 1294-9. Acedido em: 10-09-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/02.pdf>
- Mamede, F. V., Mamede, M. V. & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna R*

- Enferm*, 11(2), 331-6. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista Referência*, 8, 53-61. Acedido em 18-03-2019. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- Mendes, L. R., Broca, P. V. & Ferreira, M. A. (2009). A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery Ver Enferm*, 13(3), 530-36. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a11.pdf>
- Modes, P. S. S. A., Gaíva, M. A. M. & Patricio, L. F. O. (2010). Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização? – Pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(1), 1-9. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.2715/598>
- Monteiro, A. R. (2010). *Direitos da criança: Era uma vez...* Lisboa: Almedina.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. Acedido em: 26-01-2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10>
- Mother, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. [doi:10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)
- Nagahama, E. E. I. & Santiago, S. M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(8), 1859-1868. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>
- Oliveira, R. K., Salvador, P. T., & Santos, V. E. (2012). Application of humanistic nursing theory in healthcare: An integrative literature review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(1), 2695-2704. Acedido em: 26-

01-2019.

Disponível

em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1506>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Coimbra: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Autor.

Paterson, J. & Zderad, L. (1988). *Humanistic Nursing*. Disponível em: <https://archive.org/stream/humanisticnursin25020gut/25020-8.txt>

Praeger, S. G. (2000). Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In George, J. B. (Coords.), *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. (pp. 241-251). Porto Alegre: Artmed Editora.

Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Reis, C. S. C., Souza, D. O. M., Nogueira, M. F. H., Progianti, J. M. & Vargens, O. M. C. (2016). Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *J. res.: fundam. care. online*, 8(4), 4972-4979. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979>

Reis, L. S., Silva, E. F., Waterkemper, R., Lorenzini, E. & Cecchetto, F. H. (2013). Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(2), 118-124. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26556/26046>

Resolução 217 A (III) de 10 de Dezembro de 1948. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral da Nações Unidas. *Diário da República*, 1ª Série (Nº57 de 09-03-1978).

- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C. & Thofehn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Ver Esc Enferm USP*, 48(3), 530-9. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf
- Rocha, D. K. L. & Ferreira, H. C. (2013). Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 24-28. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/497/187>
- Rolim, K. M. C., Pinheiro, C. W., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Mendonça, F. A. C. & Fernandes, H. I. V. M. (2017). História em quadradinhos: tecnologia em saúde para a humanização da assistência à criança hospitalizada. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 69-78. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn14/serIVn14a08.pdf>
- Santos, C. K. R., Moraes, J. R. M. M., Santos, N. L. P., Souza, T. V., Morais, R. C. M. & Azevedo, S. D. (2016). Qualidade da assistência de enfermagem em uma emergência pediátrica: perspectiva do acompanhante. *Rev enferm UERJ*, 24(4), e17560. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17560>
- Santos, M. R., Silva, L., Misko, M. D., Poles, K. & Bousso, R. S. (2013). Desvelando o cuidado humanizado: Percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto Contexto Enferm*, 22(3), 646-53. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>
- Schaurich, D., Padoin, S. M. M., Paula, C. C. & Motta, M. G. C. (2005). Utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad como possibilidade de prática em enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery R Enferm*, 9(1), 265-70. Acedido em: 10-09-2018. Disponível em: http://eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=963&nomeArquivo=v9n2a16.pdf
- Silva, U., Fernandes, B. M., Paes, M. S. L., Souza, M. D. & Duque, D. A. A. (2016). O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(4), 1273-9. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11113/12586>

- Soares, M. S., Rodrigues, T. G., Nascimento, D. M., Rosa, M. L. S., Viegas, S. M. F. & Salgado, P. O. (2013). Sentimentos, acolhimento e humanização em cuidados paliativos às crianças portadoras de leucemia. *J. res.: fundam. care. online*, 5(3), 354-363. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2134/pdf_883
- The Joanna Brigs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: Autor.
- Ullan, A. M., Fernández, E. & Bolver, M. H. (2011). Mejorar los espacios de salud. *Ver ROL Enf*, 34(9), 610-619. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <https://medes.com/publication/68412>
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde (2018). *Guia*. 02-2018. Guia de Estágio final e relatório. Acessível na Escola de Enfermagem, Lisboa, Portugal.
- Vaitsman, J. & Andrade, G. R. B. (2005). Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 599-613. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>
- Villa, L. L. O., Silva J. C., Costa, F. R. & Camargo, C. L. (2017). A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J. res.: fundam. care. online*, 9(1), 187-192. Acedido em: 31-05-2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5346>

Anexos

Anexo I

Declaração de prémio de melhor Poster



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCALA DE ENFERMAGEM

LISBOA 1100-000

DECLARAÇÃO

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

Para os devidos efeitos se declara que **ANA RITA FOLGADO BERNARDO, MARGARDIDA LOURENÇO e ZAIDA CHAREPE** receberam o prémio de melhor Poster:

“Estratégias Promotoras da Humanização em contexto de Enfermagem Pediátrica: uma 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.D. reitor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP
Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

Anexo II

Certificado de Formação Profissional: “Hospital Amigo dos Bebés:
Curso de Promotores em Aleitamento Materno”



CERTIFICADO

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Regulamentar n.º 35/2002, de 23 de Abril

Certifica-se que **ANA RITA FOLGADO BERNARDO**, natural de Amadora, nascido(a) a 15-11-1988, de nacionalidade portuguesa, portador(a) do documento de identificação com o n.º 13387441, frequentou com Aproveitamento na Área de Gestão da Formação, **nos dias 06, 07 e 10 de Dezembro de 2018**, com a duração total de **20 horas**, a Acção de Formação

"Hospital Amigo dos Bebés: Curso de Promotores em Aleitamento Materno"

(vide programa no verso)

Lisboa, 07 de Janeiro de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

Certificado N.º 824/2018/MC
UCI NEONATOLOGIA,

PROGRAMA

- Introdução ao curso
- Competências de comunicação
- Promoção do aleitamento materno durante a gravidez
- Banco Leite Humano
- Anatomia e fisiologia da amamentação
- Práticas de parto e aleitamento materno
- Apoio ao aleitamento materno
- Questões relacionadas com mamas e mamilos
- Quando o bebê não pode ser amamentado
- Prática Clínica 1
- Discussão da Prática Clínica 1
- Questões relacionadas com a saúde da mãe
- Apoio continuado às mães e famílias
- Práticas clínicas 2 e 3 - Interação com grávida/família, demonstração da extração de leite e alimentação por copo
- Discussão das Práticas Clínicas 2 e 3
- Proteção da amamentação
- Como tornar a unidade de saúde amiga dos bebês

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de extração de dados

Título: Estratégias Promotoras da Humanização em Contexto de Enfermagem Pediátrica:
Scoping Review

Questão de revisão:

1. Qual o conhecimento científico existente sobre a humanização dos cuidados em contexto pediátrico?

Critérios de inclusão (PCC):

População

- Doentes até aos 17 anos e 364 dias, atendidos pelos serviços de pediatria, acompanhantes e profissionais de saúde.

Conceito

- Estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem.

Contexto

- Pediatria. Irá incluir maternidade, cuidados de saúde primários, serviço de urgência e internamento.

Detalhes do estudo e extração de características

Autor(es)_____

Ano de publicação_____

País de publicação_____

Objetivos_____

Tipo de estudo_____

População do estudo_____

Contexto (serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento)_____

Estratégia promotora da humanização dos cuidados de enfermagem_____

**Apêndice II – Poster: Estratégias promotoras da humanização em
contexto de enfermagem pediátrica: *scoping review***



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)

Estratégias Promotoras da Humanização em Contexto de Enfermagem Pediátrica: Scoping Review

Bernardo, R. (1), Charepe, Z. (2), Lourenço, M. (3)

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 Professora Associada na Universidade Católica Portuguesa; ³ Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa.

INTRODUÇÃO

Habitualmente o conceito de humanização encontra-se associado à ideia de um atendimento afetuoso, empático e atento às necessidades da criança. No entanto, a humanização vai para além de quem é cuidado, envolvendo os seus cuidadores e todos os profissionais de saúde (Esteves, Antunes & Caires, 2014). A combinação do acolhimento com o desenvolvimento tecnológico caracteriza uma assistência de qualidade, e consequentemente, significa humanizar (Amaral & Calegari, 2016).

OBJETIVO

Mapear na literatura científica o conhecimento científico disponível acerca das estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem em contexto de enfermagem pediátrica.

MÉTODO

A estratégia passou pela pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL e PubMed, em maio de 2018, com recurso aos termos *humanization AND child* e pesquisa manual das referências bibliográficas dos artigos incluídos. A seleção foi limitada aos estudos disponíveis integralmente, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Dois revisores extraíram independentemente os dados, com recurso a um instrumento padronizado, conforme indicado pela metodologia *Scoping Review* desenvolvida pelo Instituto Joanna Briggs (2015). Para consensualização, recorreu-se a um terceiro revisor.

De um total de 135 artigos, 28 foram incluídos nesta revisão, num horizonte temporal de 2004 a 2017. Na análise dos dados emergiram duas temáticas:

Saúde Materno-Infantil

- Promoção um ambiente tranquilo e de apoio (Busanello et al., 2011)
- Comunicação terapêutica (Silva et al, 2016)
- Participação ativa da mulher durante o trabalho de parto e parto (Cipolletta & Sperotto, 2012)
- Utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor (Behruzi et al, 2011)
- Presença de um acompanhante (Modes, Gaíva e Patrício, 2010)

Atendimento da Criança em Contexto Hospitalar

- Permanência dos pais e participação destes nos cuidados (Villa et al., 2017)
- Estabelecimento de vínculo com a criança/família (Reis et al., 2013)
- Comunicação efetiva e eficiente com os familiares (Reis et al., 2013)
- Cuidado com a decoração (Ullán, Fernández & Belver, 2011)
- Inserção de práticas lúdicas (brincar, leitura, música) (Ribeiro et al., 2014)

RESULTADOS

CONCLUSÃO

Considera-se que os aspetos identificados contribuem para a reflexão na área do cuidado infantil, uma vez que apontam aspetos das práticas de humanização com potencial para apoiar a integralidade do cuidado. No entanto, verificou-se a necessidade de se trabalhar com as equipas a importância da presença do acompanhante, introduzindo a família na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, L. F. P. & Calegari, T. (2016). Humanization of nursing care for the family at the pediatric intensive care unit. *Cogitare Enferm*, 21(18), 01-08.
- Behruzi, R., Habeb, M., Goulet, L. & Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*, 11(S3).
- Busanello, J., Kerber, N. P. C., Mendoza-Sassi, R. A., Mano, P. S., Susin, L. R. O. & Gonçalves, B. G. (2011). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 824-82.
- Cipolletta, S. & Sperotto, A. (2012). From the hospital organization to the childbirth practice: Italian women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 326-336.
- Esteves, C. H., Antunes, C. & Caires, S. (2014). Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children. *Interface (Botucatu)*, 18(51), 697-708.
- Modes, P. S. S. A., Gaíva, M. A. M. & Patrício, L. F. O. (2010). Assistência ao recém-nascido no nascimento: a caminho da humanização? – Pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(1).
- Reis, L. S., Silva, E. F., Waterkemper, R., Lorenzini, E. & Cecchetto, F. H. (2013). Percepção da equipa de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(2), 118-124.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C. & Thofehn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Ver Esc Enferm USP*, 48(3), 530-9.
- Ullán, A. M., Fernández, E. & Belver, M. H. (2011). Mejorar los espacios de salud. *Ver ROL Enf*, 34(9), 610-619.
- Villa, L. L. O., Silva, J. C., Costa, P. R. & Camargo, C. L. (2017). A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J. res.: fundam. care online*, 9(1), 187-192.

**Apêndice III – Cantinho da Amamentação: Proposta para
implementação, realizado em contexto de Cuidados de Saúde
Primários**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

Proposta para instalação

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Lisboa, outubro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

Proposta para instalação

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Zaida Charepe

Lisboa, outubro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Numa fase inicial foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática, que se baseou essencialmente no Manual de Aleitamento Materno, do Comité Português para a UNICEF (2012), com fundamentação teórica e estratégias para uma amamentação de sucesso.

Após a estruturação do conteúdo a incluir, foi elaborada uma proposta, baseada num documento realizado pela Associação Mama Mater, associação pró-aleitamento materno.

Em seguida apresenta-se o documento elaborado após a aprovação da enfermeira orientadora.

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

Proposta para instalação

O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebê: o leite materno fornece aos bebês os nutrientes de que necessitam para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Desde que tenham informações precisas, o apoio da sua família, do sistema de saúde e da sociedade em geral, quase todas as mulheres podem amamentar.

Com o intuito de combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança, a Organização Mundial de Saúde e a Unicef preconizam o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e como complemento alimentar até aos 2 anos de vida.

É essencial que a mãe, durante este período de tempo, tenha o apoio de profissionais de saúde competentes, que assegurem o acompanhamento presencial de dificuldades associadas à amamentação.

Atualmente, no Centro de Saúde de Benfica os profissionais de saúde, tanto médicos como enfermeiros, nas suas consultas, incentivam o aleitamento materno e esclarecem dúvidas. No entanto, não existe um espaço dedicado onde a mãe possa recorrer a este serviço sempre que assim o entender.

O projeto *Cantinho da Amamentação* nasce então, da necessidade da existência de um espaço adequado para prestar apoio/aconselhamento às mães e respetivas família, durante o período do aleitamento materno, em tempo real.

O Cantinho da Amamentação tem como objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento de competências maternas.

E como objetivos específicos:

- Esclarecer dúvidas sobre a amamentação.
- Evitar/diminuir o risco de dificuldades associadas à amamentação.
- Observar a mamada para aconselhar/corrigir sobre a técnica da amamentação/sinais de boa pega.

- Apoiar as mães que amamentam no regresso ao trabalho.
- Orientar as mães para os recursos disponíveis na comunidade.

Para a instalação do *Cantinho da Amamentação* no Centro de Saúde de Benfica, a UCSP Benfica solicita que seja analisada a seguinte relação das condições e materiais sugeridos para o funcionamento desta unidade de ajuda às mães que amamentam.

Assim, propomos:

Em relação ao espaço:

- Que se situe numa zona calma do Centro de Saúde, sem muito ruído e/ou circulação;
- Que possua iluminação natural abundante, regulável (com cortina ou estore) de modo a evitar a luz intensa e o sobreaquecimento no Verão e garantir a quantidade suficiente para uma boa utilização do espaço no período do Inverno;
- Que disponha de um lavatório;
- Que ofereça aos utentes sensações de tranquilidade e harmonia, nomeadamente no que diz respeito às cores aplicadas e/ou à disposição/decoração do mobiliário, preferencialmente minimalistas.

Em relação ao mobiliário:

- 1 ou mais Cadeiras de preferência reclináveis, ou uma cadeira ou cadeirão que forneça apoio aos braços e costas da mãe;
- 1 Banqueta ou equivalente para apoio dos pés, se o cadeirão ou cadeira não foram reguláveis em altura;
- 1 ou 2 Cadeira(s) para interventores ou familiares das mães;
- 1 Muda fraldas;
- 1 Armário pequeno, com portas, para arrumação do material esterilizado e eventualmente do extrator de leite.

Em relação ao equipamento:

- 1 Tabuleiro inox para “sujos”;
- 1 Caixote do lixo com tampa, para fraldas descartáveis;

- 1 Caixote do lixo com tampa, para papéis;
- 1 Caixote com tampa, para resguardos de pano sujos;
- 10 Resguardos de pano.

Em relação ao equipamento (Opcional):

- 1 Extrator de leite elétrico;
- 5 Conjuntos individuais de recolha de leite, para o extrator de leite, esterilizáveis;
- 10 Copinhos de plástico/vidro, reutilizáveis e esterilizáveis, para aleitamento de bebés;
- Embalagens de vidro ou plástico, próprias para alimentos, esterilizadas, para recolha e eventual conservação do leite materno;
- Frigorífico (se viável).

Em relação ao equipamento específico:

- Identificação do espaço, com a designação “*Cantinho da Amamentação*” e o respetivo horário de funcionamento;
- 2 ou 3 Almofadas de apoio, de diversos tamanhos e formatos, com forro impermeável, revestido por capas laváveis e facilmente substituíveis;
- 1 ou 2 Modelos de mama para as demonstrações;
- 1 Cartaz para conservação do leite;
- Folhetos informativos de apoio;
- Computador para os registos.

Horário de funcionamento:

- De segunda a sexta-feira, das 12h00 às 16h00.

Recursos Humanos disponíveis:

- 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e Conselheiras de Aleitamento Materno;
- 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Conselheiras de Aleitamento Materno.

AVALIAÇÃO

Foi apresentado o documento aos elementos da equipa de enfermagem que o aprovaram de forma entusiasta. O próximo passo será a submissão para aprovação a nível da direção do Agrupamento dos Centros de Saúde de Lisboa Norte, para que este projeto possa ser desenvolvido e desta forma ser criado um espaço onde seja possível prestar apoio/aconselhamento às mães/famílias, durante o período do aleitamento materno, em tempo real.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual de Aleitamento Materno*. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/. Acedido em 2018/09/30.

<https://pt.slideshare.net/bibliotecavirtualam/cantinho-da-amamentao-proposta-para-instalao>. Acedido em 2018/09/30.

Apêndice IV – Folheto informativo: Atividades promotoras do desenvolvimento no 1º ano de vida, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

Folheto Informativo

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Lisboa, outubro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

Folheto Informativo

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Zaida Charepe

Lisboa, outubro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Numa fase inicial foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática, que se baseou essencialmente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral de Saúde, 2013), com recomendações práticas de algumas atividades promotoras do desenvolvimento, mas também no livro elaborado por Vidal e Antunes (2018), que se foca nas diferentes etapas do desenvolvimento do bebé, sugerindo atividades e brincadeiras indicadas para cada fase do crescimento.

Após a estruturação do conteúdo a incluir, foi elaborado um documento escrito formatado para impressão em folha A4 para fornecer aos pais/família de crianças até aos 12 meses. Este folheto vai oferecer aos pais/família ideias simples e pouco dispendiosas de como estimular a comunicação, interação e desenvolvimento mental e motor do bebé no primeiro ano de vida.

Em seguida apresenta-se o folheto elaborado após a aprovação da enfermeira orientadora.

Pontos importantes

- Cada bebé desenvolve-se ao seu próprio ritmo.
- A estimulação e a interação ao longo do 1º ano de vida são decisivas para se promover um adequado desenvolvimento da criança.
- A relação dos pais com o bebé está na base de um bom desenvolvimento.
- O feto é aquilo de que os bebés mais precisam para um melhor crescimento cerebral.



O primeiro ano de vida é um período muito especial. As aptidões e os conhecimentos adquiridos nesta fase precoce da vida são a base para toda a aprendizagem futura.



Atividades Promotoras do Desenvolvimento



Exercícios e atividades práticas para fazer com o seu bebé no 1º ano de vida

Elaborado por: Enfermeira Rita Bernardo (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa) sob orientação de Enfermeira Inês Costa (UC-SP Benfica)

Atualizado em: Outubro de 2018

Referências Bibliográficas:

DGS (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Vidal, A. & Antunes, M. L. (2018). A descoberta do seu bebé. Lisboa: Manuscrito.

Recém-Nascido

- Pegar no bebê e embalá-lo suavemente.
- Cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves.
- Chamar o bebê pelo nome.
- Fazer massagem corporal suave.
- Colocar o seu dedo nas suas mãozinhas para que o bebê as feche com força.

4–6 semanas

- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto.
- Começar a brincar com caixinhas de música, espante-espíritos e quebra-ventos.
- Segurar o bebê com a barriga para baixo, apoiada nos seus antebraços, e balançá-lo.

3 meses

- Levantar o bebê devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo.
- Colocar uma música de que goste e dançar com o bebê coladinho ao seu coração.
- Deitar o bebê de costas com os pés voltados para si, mostrar-lhe um brinquedo e movê-lo à frente dele a uma distância de 40 cm.

6 meses

- Sentar o bebê com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.
- Proporcionar brincadeiras de interação e colocar à frente do espelho.
- Colocar o bebê num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando.

9 meses

- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé.
- Oferecer papel para amassar e rasgar.
- Brincar ao esconde, esconde.
- Imitar sons de animais fazendo mímica e pedindo para o bebê repetir.

12 meses

- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança.
- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas.
- Dar ao bebê vários cubos do mesmo tamanho e dizer-lhe para os colocar uns em cima dos outros.

AVALIAÇÃO

Foi apresentado o folheto aos elementos da equipa de enfermagem que ficaram motivados em consultar a informação contida no mesmo e fornecerem aos pais/familiares de crianças no primeiro ano de vida. O próximo passo será a submissão à aprovação a nível da direção do Agrupamento dos Centros de Saúde Lisboa Norte, para que o mesmo possa ser distribuído durante a consulta de saúde infantil e pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Vidal, A. & Antunes, M. L. (2018). *À descoberta do seu bebé*. Lisboa: Manuscrito.

**Apêndice V – Jornal de Aprendizagem, realizado em contexto de
Cuidados de Saúde Primários**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Lisboa, outubro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Zaida Charepe

Lisboa, outubro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular, Estágio e Relatório, e mais precisamente no estágio de Cuidados de Saúde Primários, resultando também das minhas próprias necessidades formativas.

A sua grande finalidade traduz-se no ganho de contributos para um cuidar mais humanizado na área de Cuidados de Saúde Primários.

Este documento tem como objetivo realizar uma reflexão individual sobre determinada experiência ou experiências relevantes, tendo em conta a problemática em estudo durante o período de estágio.

Na enfermagem um dos modelos de reflexão mais utilizados é o ciclo reflexivo de Gibbs, que propõe que a teoria e a prática se enriquecem uma à outra num círculo sem fim. Este ciclo começa com a descrição de um evento ocorrido na prática, seguindo-se várias etapas: identificação dos sentimentos, avaliação e análise da experiência, conclusões sobre as atitudes perante o evento e que atitudes se teriam perante o mesmo evento no futuro.

Neste documento serão apresentados os diários de aprendizagem elaborados ao longo do estágio, tendo por base o modelo de reflexão de Gibbs, que permite esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013).

Escrever um jornal de aprendizagem é uma oportunidade para refletir e partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do processo de aprendizagem e projetar a atuação no futuro. Assim, a experiência é vivenciada, seguindo-se uma fase reflexiva, de conceptualização que possibilita a integração do novo conhecimento nos esquemas mentais anteriormente existentes.

Jornal de Aprendizagem nº 1 – Utilização de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança

As consultas de saúde infantil focam-se na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, registando em sistema informático e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; na promoção de atitudes/comportamentos saudáveis face ao crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis; no apoio e estímulo da família acerca do seu papel parental, sendo fulcral o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades.

Numa primeira fase do contexto formativo, observei a realização de consultas de enfermagem pela enfermeira de referência e compreendi que para avaliar de forma adequada o desenvolvimento de uma criança é necessário treino e experiência.

Após observar e participar nas consultas de enfermagem, assumi, sob supervisão, a realização de uma consulta.

Chamei a criança à porta. O “Afonso” entrou no gabinete de consulta acompanhado pelo pai e pelo irmão. À entrada estava bem-disposto, sorridente e muito comunicativo.

Apresentei-me e à enfermeira de referência e pedi que o “Afonso” se sentasse ao meu lado.

Logo no início do encontro incluí a criança, perguntando-lhe o seu nome e idade. O “Afonso” tem 8 anos.

A observação crítica da criança iniciou-se logo desde o momento em que esta entrou na sala.

De forma a obter informação acerca da criança recorri à observação direta, mas também à informação fornecida pelo pai e pela própria criança, tendo em conta as particularidades que decorrem das capacidades de comunicação próprias de cada estágio de desenvolvimento.

A consulta prevista para esta idade prevê a avaliação de parâmetros como a tensão arterial, a dentição, a audição, a linguagem/dificuldades específicas de aprendizagem, a relação emocional/comportamento (perturbações) e segurança do ambiente.

De forma a conquistar a sua confiança, comecei por falar sobre a escola e sobre as atividades que mais gosta de fazer. O “Afonso” disse-me que gosta de frequentar a escola, está no 3º ano de escolaridade, e tem muitos amigos com quem gosta jogar à bola. Sabe-se que a interação entre as crianças durante as brincadeiras influencia significativamente a aquisição de habilidades motoras, pelo que reforcei ao “Afonso” a importância de manter esta atividade de grupo. O pai acrescentou que o “Afonso” irá frequentar uma escola de futebol, onde terá aulas uma vez por semana.

Questionei o pai acerca do tipo de alimentação do “Afonso”, ao que o mesmo referiu que em casa tentam oferecer uma alimentação diversificada, incluindo verduras e peixe. Durante o dia as refeições são feitas na escola: os lanches são enviados pelos pais e o almoço é fornecido pela escola. O “Afonso” entrevistado na conversa referindo que gosta muito de doces e guloseimas, mas que os pais só o deixam comer ao fim-de-semana e em quantidades reduzidas. Aproveitei a oportunidade para verificar a sua dentição. O “Afonso” apresenta dentição mista, dentes de leite e dentes definitivos, alguns dos quais já obturados devido a cáries. Foi reforçada a importância de uma boa higiene oral e a introdução do fio dentário.

De seguida passou-se à avaliação dos dados antropométricos, peso e altura, estando os mesmos dentro do percentil adequado para a idade da criança. Foi avaliada também a tensão arterial.

Durante toda a consulta o “Afonso” participou bastante ativamente, colocando-se na balança quando solicitado e cumprindo ordens quando eram dadas.

Ao longo deste encontro foi-se também observando a relação emocional da criança com o pai e com o irmão, verificando-se uma relação emocional forte e com reciprocidade entre os três.

No final da consulta foi então preenchido o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e realizados os registos no programa informático, o SClínico®.

Em seguida a criança foi encaminhada para a consulta médica.

A comunicação é uma competência fundamental no cuidar em enfermagem e parte integrante da humanização dos cuidados, constituindo um fator determinante na relação de ajuda enquanto instrumento terapêutico, tanto na dimensão cognitiva como na afetiva/emocional.

Na situação acima descrita estão presentes várias estratégias utilizadas na comunicação com a criança em idade escolar.

Em primeiro lugar evidenciou-se o acolhimento à criança e família. Tratar as crianças de modo individualizado, chamando-as pelo nome e abordando-as de um modo amigável e carinhoso, demonstrando amor e respeito por elas são características essenciais do cuidado humanizado (Faquinello, Higarashi e Marcon, 2007). A capacidade e interesse na comunicação dos profissionais fazem a diferença para a criança e família.

Durante a consulta adotei, sempre, uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, utilizando estratégias para comunicar, como: colocar-me ao mesmo nível do olhar da criança, falando com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante, falando de modo claro, utilizando palavras simples e frases curtas e brincando.

Brincar é a linguagem universal da criança, é uma das formas mais importantes de comunicação e é uma técnica efetiva na relação com esta. Através da forma e complexidade do brincar, os enfermeiros podem conseguir detetar pistas relativamente ao desenvolvimento físico, intelectual e social (Hockenberry e Wilson, 2014).

Houve também preocupação em promover um ambiente com privacidade, possibilitando que tanto o “Afonso” como o pai manifestassem as suas opiniões, perceções, dúvidas, necessidades e segredos (Campos, Ribeiro, Silva e Saporoli, 2011).

Durante o decorrer desta consulta foram valorizadas estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não verbal, e a otimização das informações entre enfermeira e criança/família.

De facto, ver a prática profissional materializada na evidência científica constitui um fator consciencializador da sua importância e motivação para uma melhoria contínua da nossa prática. Através das minhas intervenções e evidência científica adquirir conhecimentos e contributos essenciais que posso desenvolver no próximo estágio.

Jornal de aprendizagem nº 2 – Promoção do desenvolvimento da criança e jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (DGS, 2013). Promover o desenvolvimento psicomotor é ajudar a criança/família a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Atualmente, a prática clínica direcionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil integra um processo de promoção da saúde da criança, o qual está implícito no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) que vigia a criança em vários momentos do seu desenvolvimento.

Em Cuidados de Saúde Primários é crucial a existência de profissionais de saúde especializados e com experiência de forma a avaliarem adequadamente o desenvolvimento de uma criança (Direcção-Geral de Saúde, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) as consultas de saúde infantil e juvenil devem ser calendarizadas de acordo com as idades-chaves, correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade.

No dia 9 de outubro de 2018, o “Martim” (nome fictício), 4 meses, deslocou-se à UCSP na companhia da mãe para mais uma consulta de saúde infantil e juvenil. Todas as consultas médicas são precedidas por uma consulta de enfermagem, realizada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

A mãe transporta o “Martim” no marsúpio, ou bolsa de transporte, solução que adotou para se deslocar do carro ao Centro de Saúde.

Desde a sua entrada no gabinete de enfermagem iniciou-se logo a observação crítica da criança, que só termina quando ela sai.

Pedi à mãe que se sentasse na cadeira à minha frente e comecei por lhe perguntar como é que se sentia e como está a correr esta nova experiência, visto ser mãe de primeira viagem. Sorriu e disse-me que está a adorar conhecer e fazer parte desta nova vida que é o “Martim”. Referiu também que tem um ótimo suporte

familiar, tanto os avós paternos como os avós maternos da criança vivem perto e por isso tem sido bastante fácil toda esta gestão familiar. O pai do “Martim” não pôde estar presente na consulta pois estava a trabalhar, mas quando está em casa faz questão de partilhar as tarefas da criança com a mãe.

Questionada acerca da alimentação do “Martim” a mãe referiu que é alimentado exclusivamente com leite materno, por este motivo foi explicado que ainda não vai ser iniciada a diversificação alimentar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo está preconizado desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos. A amamentação além de ser uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, promove o vínculo e subseqüentemente a paixão intergeracional (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim como a alimentação, o sono é fundamental para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças. Segundo a mãe, o “Martim” já dorme um período longo durante a noite. Mama cerca das 00h e depois só acorda por volta das 6h. De forma a garantir um descanso prolongado durante a noite, a mãe dá o banho todos os dias ao fim da tarde. Foi sugerido que após o banho, de forma a proporcionar um efeito calmante mais duradouro, fosse realizada uma massagem com óleo de amêndoas doces.

Durante o dia o “Martim” ainda faz duas sestas, uma de manhã e outra à tarde. Durante o período em que está acordado, a mãe tenta estimulá-lo da melhor forma que sabe, alternando períodos entre a espreguiçadeira e o tapete de atividades. De forma a complementar, foram recomendadas algumas atividades promotoras do desenvolvimento, de acordo com o estágio de desenvolvimento do “Martim”:

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.
- Ouvir música suave e dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo.
- Cantar.
- Mobilizar o bebé, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição.
- Procurar levantar o bebé devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo.

- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los.

E foi também entregue o folheto informativo realizado por mim, com o título “Atividades Promotoras do Desenvolvimento – Exercícios e atividades para fazer com o seu bebé no 1º ano de vida”.

No final da consulta e já depois de terem sido avaliados os dados antropométricos, falamos do Programa Nacional de Vacinação. Aos 4 meses, e de acordo com a Direção-Geral de Saúde (2017) recomenda-se a 2ª dose de DTPa (vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa), Hib (vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b*) e VIP (vacina contra a poliomielite) – vacina pentavalente DTPaHibVIP e a 2ª dose de Pn13 (vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos). Depois de explicado à mãe e após o seu consentimento, foram administradas as duas vacinas, uma em cada coxa, mais concretamente no músculo vasto externo, na face externa da região anterolateral da coxa. Para controlo da dor, a técnica não-farmacológica utilizada foi a amamentação. Antes do procedimento o “Martim” foi colocado à mama, mantendo-se durante o procedimento e alguns minutos após o final. Foi a primeira vez que foi sugerido à mãe esta técnica, e por isso no início não se mostrou muito recetiva, mas ao ver o resultado final agradeceu e disse que numa próxima intervenção iria ser a primeira a sugerir.

O estágio realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários permitiu aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, reforçando a necessidade que o enfermeiro especialista tem de ter sobre o mesmo, de modo a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança e jovem.

Além da especialização e da experiência das enfermeiras neste contexto, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) constituiu um guia de suporte fundamental, com as principais linhas orientadoras de avaliação, monitorização e intervenção. Investir na saúde infantil com recurso a este instrumento, é promover ganhos em saúde, melhorar constantemente a qualidade das intervenções, aumentar o nível de literacia em saúde e a segurança das famílias, cabendo ao enfermeiro especialista a importante função de dinamizar o desenvolvimento e suporte de iniciativas e estratégias institucionais para melhoria da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E., Dessunti, E. M. & Oliveira, M. A. C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3(3), 47-53.

Campos, R. M. C., Ribeiro, C. A., Silva, C. V. & Saporoli, E. C. L. (2011). Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 45(3): 566-74.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Faquinello, P., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em uma unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 609-16.

Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.

Loureiro, F. M., Silva, J. A. N. F., Quitério, M. M. S. L. & Charepe, Z. B. (2012). Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil. *Rev Esc Enferm USP*, 46(6): 1294-9.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros.

http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/. Acedido em 2018/09/30.

Apêndice VI – Sessão de formação: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança, realizada em contexto de Urgência Pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

**SESSÃO DE FORMAÇÃO – ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR DA
CRIANÇA**

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Lisboa, novembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

**SESSÃO DE FORMAÇÃO – ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR DA
CRIANÇA**

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Zaida Charepe

Lisboa, novembro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do estágio realizado no Atendimento Médico Permanente de Pediatria.

Após a análise ao diagnóstico de necessidades formativas efetuado no seio da equipa do Atendimento Médico Permanente de Pediatria, sobre as estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico e perante a vontade manifestada pelos enfermeiros em frequentarem uma formação sobre a temática, foi proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança**, na última semana de estágio, no dia 11 de novembro de 2018, na sala de trabalho da sala de observações.

Numa fase inicial foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática, que se baseou essencialmente no Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, da Ordem dos Enfermeiros, 2013, com fundamentação teórica e estratégias não farmacológicas a utilizar em crianças com dor.

Após a estruturação do conteúdo a incluir, foi elaborada uma apresentação em PowerPoint e mais três documentos por forma a dar resposta ao preconizado pelo certificado de competências pedagógicas para o qual estou habilitada: plano de sessão, folha para registo de presenças na formação e folha para avaliação da sessão de formação.

Em seguida apresentam-se os documentos elaborados após a aprovação da enfermeira orientadora.

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (p. 11, 2008), a “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”.

A Direção-Geral da Saúde (2003) refere que “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”.

O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro especialista “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Diário da República, 2018, p.19193), através da aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

Princípios Gerais

Para o efetivo controlo da dor, existem alguns princípios que garantem os direitos das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2013):

- **Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo;**
- **Negociar a presença do pai/mãe ou de alguém significativo.** As crianças sentem-se mais seguras com os seus pais junto delas, pelo que estes devem poder estar presentes durante os procedimentos. No entanto, em situações de grande ansiedade parental, por exemplo, a sua presença pode ser prejudicial;
- **Facilitar a segurança e proteção pelos pais.** Os pais devem ser ensinados e instruídos acerca dos comportamentos verbais e não verbais que otimizam a sua presença junto da criança;

- **Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;**
- **Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida;**
- **Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito.** Explica-se à criança, de forma progressiva e repetindo as vezes que forem necessárias. O discurso verbal deve ser adequado ao seu desenvolvimento cognitivo, articulando os conceitos de saúde, doença e dor, tendo atenção à possibilidade de interpretações literais que podem provocar pânico como, por exemplo, «tirar sangue» e «picar». O discurso não-verbal pode potencializar a ansiedade e o medo da criança. Deve, assim, evitar-se o silêncio ou atitudes que levem à não compreensão do que se irá passar;
- **Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça;**
- **Ser honesto.** É fundamental não mentir à criança quanto aos procedimentos dolorosos, nem ameaçar com agulhas ou qualquer outra medida utilizada em tratamentos. Mentir à criança quanto aos procedimentos dolorosos e ameaçar, ensina a criança a desconfiar e a ficar com medo. Os medos da criança e as suas expressões de dor devem ser aceites e compreensíveis pelos profissionais, sugerindo alternativas;
- **Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos.** É bom para a criança sentir que nós aceitamos os seus medos e que, por isso, os pode demonstrar. As bonecas, os fantoches ou desenhos podem ser usados para explicar os procedimentos e estimular a criança a falar acerca dos mesmos;
- **Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada»;**
- **Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, tais como: «pareces um bebé a chorar» ou «um homem não chora», comparando-a com outras crianças;**

- **Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor.** Não focalizar muito a dor ou o potencial da dor, dizendo: «isso realmente dói muito» ou «eu sei que estás preocupada/assustada», pois esse comentário tanto pode incentivar a criança a ter expectativas piores como melhores face às situações de dor. Falar excessivamente sobre os sentimentos negativos da criança reduz as suas habilidades para o autocontrolo da dor. Além disso, expressar empatia no momento em que a criança experimenta dor não a ajuda a enfrentar e controlar a situação, sendo preferível compará-la com ela própria nos momentos em que foi eficaz;
- **Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento.** Este controlo pode permitir que a criança escolha onde quer estar durante a administração da medicação ou a realização do tratamento: na cama, sentada ou no colo de alguém. Provavelmente, irá controlar melhor a dor do que a criança que não teve hipótese de escolha;
- **Proporcionar o «falar consigo próprio».** As crianças e os adultos falam consigo próprios. Falar «consigo próprio» pode ser calmante e útil para algumas crianças, enquanto que noutras poderá causar mais ansiedade. Alguns exemplos de frases úteis são: «isto vai acabar rapidamente», «eu sou capaz», «estou a conseguir». As crianças entre os seis e os dez anos podem ser acompanhadas durante o procedimento e dizer frases relaxantes para si próprias. Depois dos dez anos, as crianças podem aprender a fazê-lo sem ajuda;
- **Dar feedback positivo.** A criança reage bem ao elogio. Os seus comportamentos cooperantes, bem como qualquer esforço nesse sentido, são encorajados (a criança deve ser elogiada por fazer o seu melhor). É bom dar à criança uma pequena recompensa por cooperar no procedimento, se possível associada ao contexto. Por exemplo, um penso rápido colorido ou com bonecos, autocolantes, recortar o adesivo de forma diferente e divertida ou outra atividade especial. Os procedimentos dolorosos são difíceis e as crianças que tentam colaborar devem ser reconhecidas, tal como aquelas que são capazes de o conseguir. As recompensas devem ser dadas pelo esforço, procurando evitar o suborno (antes do procedimento);

- **Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso.**
Acompanhar a criança no sentido de assegurar a relação de confiança previamente estabelecida;
- **Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;**
- **Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia.**

Intervenções não farmacológicas em recém-nascidos (Direção-Geral da Saúde, 2012)

Contenção com lençol ou contenção manual - Envolver o recém-nascido num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como swaddling. A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como facilitated tucking e containment. A contenção destina-se a promover a autorregulação, a evitar a desorganização motora e a facilitar a aproximação da mão à boca favorecedora da sucção e autoconsolo.

O método canguru - Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral pele a pele com o peito da mãe, usando apenas fralda, cobrindo-o com a roupa desta e/ou cobertor. O contacto materno pele-a-pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo.

A sucção não nutritiva - Oferecer a chupeta como medida terapêutica aos recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas. A estimulação orotátil é potente, sendo autorregulada pelo recém-nascido. Deve ser reservada aos recém-nascidos doentes e que já utilizam chupeta.

A amamentação - Colocar o recém-nascido à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final. A amamentação

combina a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico. A redução das respostas de dor parece ser mediada pelo sistema opioide endógeno.

A sacarose a 24% - Administrar solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou molhando a chupeta na solução (volume estimado é 0,1- 0,2ml), 2 minutos antes do procedimento. A redução das respostas de dor resulta da estimulação oro-gustativa, que parece ativar o sistema opioide endógeno, e não da absorção da solução.

Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

– Intervenções cognitivas

- Fornecimento de informação antecipatória – explicar à criança as etapas do procedimento e/ou sensações por ele provocadas (informações básicas, simples, claras e honestas para que a criança possa compreendê-las), através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu autocontrolo.
- Distração – direcionar a atenção da criança para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É útil para “dores” de curta duração. Todas as crianças podem ser distraídas com leitura, música, vídeos, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento.
- Reforço positivo – promover o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor.
- Imaginação guiada – obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Deve ser utilizado em crianças com mais de quatro anos, conduzindo a imaginação para um lugar agradável, numa atividade

favorita, com pensamentos positivos, com histórias de super-heróis, reduzindo a sensação dolorosa, pelo bloqueio da informação nociceptiva.

- Simulação ou modelação – demonstrar e/ou simular o procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos de confronto positivo da situação. Permite informar a criança sobre o procedimento e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a dor e a ansiedade.

– **Intervenções comportamentais**

- Distração comportamental – promover a realização de atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos. A criança fica mais relaxada e menos preocupada.
- Relaxamento muscular – é útil em todas as idades, mas assume especial importância nos adolescentes. O relaxamento promove a diminuição da tensão muscular, aumenta o auto-controlo, distrai e reforça a relação enfermeiro/criança pela atenção individualizada.

– **Intervenções cognitivo-comportamentais** – combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. É utilizada em crianças mais velhas e adolescentes.

PLANO DE SESSÃO

| Tema: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança | Local: SO do Atendimento Médico Permanente de Pediatria | | Data: 11-11-2018 | | |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------|------------------|--|
| | Formador: Ana Rita Bernardo | | Duração: 30 minutos | | |
| Destinatários: Enfermeiros do Atendimento Médico Permanente de Pediatria | | | | | |
| Objetivos Gerais: | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança; • Capacitar os enfermeiros das estratégias não farmacológicas a utilizar no controlo da dor na criança. | | | | | |
| Atividades/Conteúdos | Duração | Métodos e técnicas pedagógicas | | Avaliação | Recursos didáticos/materiais |
| Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador • Apresentação do sumário • Apresentação dos objetivos da sessão | 5 minutos | Expositivo | Exposição oral | | Computador portátil com software Office Powerpoint |
| Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Dor • Princípios Gerais • Intervenções não farmacológicas em recém-nascidos • Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes | 15 minutos | Expositivo | Exposição oral | | |
| Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Partilha de experiências e ideias • Encerramento da sessão | 10 minutos | Ativo | Discussão de ideias | | |

LISTA DE PARTICIPANTES / FOLHA DE PRESENCAS

Designação da ação de formação:

Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança

Data: 11-11-2018

Formação em sala:

Horário: 15h30m – 16h

Formação em contexto de trabalho:

Local: SO do Atendimento Médico Permanente de Pediatria

| | Nome (legível) | Função / cargo | Assinatura |
|----|----------------|----------------|------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

Nome do formador: _____ Assinatura do formador: _____

Data: _____

DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança

Atendimento Médico Permanente de Pediatria

Realizado por
Ana Rita Bernardo

Sob orientação de
Enfermeira orientadora
Professora Zaida Charepe

11 de novembro, 2018

Sumário

1. Conceito de Dor
2. Princípios Gerais
3. Intervenções não farmacológicas em recém nascidos
4. Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes
 1. Idade pré-escolar
 2. Idade escolar
 3. Adolescentes

2

Objetivos

- Compreender a importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança;
- Capacitar os enfermeiros das estratégias não farmacológicas a utilizar no controlo da dor na criança.

3

Conceito de Dor

“é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

“o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”

(Direção-Geral da Saúde, 2003)

4

Dor

O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, na Carta da Criança Hospitalizada.



As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5

Princípios Gerais

- Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo.
- Negociar a presença do pai/mãe ou de alguém significativo.
- Facilitar a segurança e a proteção pelos pais.
- Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento.
- Assegurar, sempre que possível, que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/família já tem uma relação de confiança estabelecida.
- Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito.

6

Princípios Gerais

- Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça.
- Ser honesto.
- Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos.
- Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada».
- Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, tais como: «pareces um bebé a chorar» ou «um homem não chora», comparando-a com outras crianças.
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor.

7

Princípios Gerais

- Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento.
- Proporcionar o «falar consigo próprio».
- Dar feedback positivo.
- Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso.
- Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível.
- Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia.

8

Intervenções não farmacológicas em recém-nascidos



Contenção com lençol ou contenção manual



Método Canguru



Sucção não nutritiva



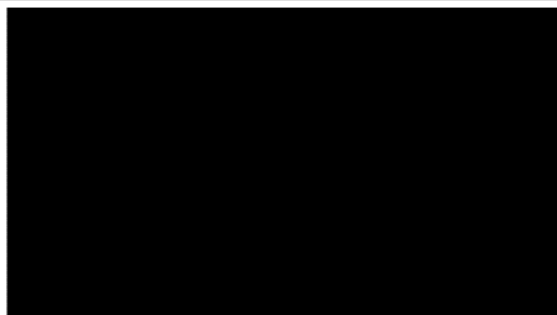
Amamentação



Sacarose a 24%

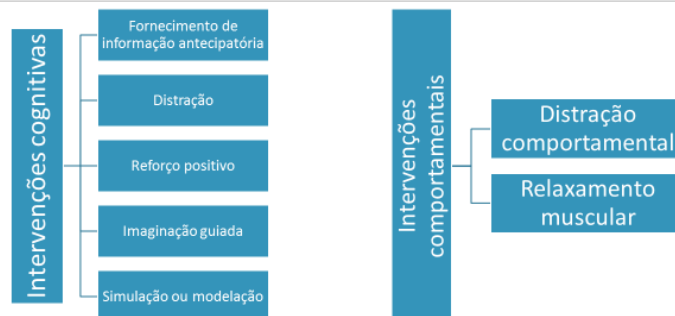
9

Intervenções não farmacológicas em recém-nascidos



10

Intervenções não farmacológicas nas crianças/adolescentes



11

Intervenções não farmacológicas idade pré-escolar



12

Intervenções não farmacológicas idade escolar



Técnicas de relaxamento



Respiração lenta e profunda



Massagem, leitura



Brincadeira lúdica e terapêutica



Atividade favorita



Modelagem

13

Intervenções não farmacológicas adolescentes



Técnicas de relaxamento



Respiração lenta



Ouvir música, fotos, facturar o telemóvel



Diário, relatório pessoal, escrita e desenho

14

Intervenção do Enfermeiro

Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

15

Referências Bibliográficas

- Children's Hospital of Eastern Ontario. (2014). *Seja doce com os bebês durante procedimentos dolorosos*. Acessível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nk2w-CAVVG0&feature=youtu.be>
- Circular Normativa nº 09/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orientação nº 014/2010 (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Direção-Geral da Saúde.
- Orientação nº 024/2012 (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Direção-Geral da Saúde.
- Orientação nº 022/2012 (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, Nº133 (12-07-2018). 19192-19194.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Designação da sessão de formação:

Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança

Data: 11-11-2018

Formação em sala:

Horário: 15h30m – 16h

Formação em contexto de trabalho:

Local: SO do Atendimento Médico Permanente de Pediatria

Grupo profissional do formando: _____

Função ou cargo do formando: _____

Por favor, assinale com X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Escala de avaliação

| Muito baixo | Baixo | Médio | Elevado | Muito Elevado | Não aplicável |
|-------------|-------|-------|---------|---------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |

Como avalia:

1) Ação de formação em geral

- a) Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades
- b) Adequação da duração da sessão
- c) Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas
- d) Qualidade da sessão relativamente às melhores sessões já frequentadas

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
|---|---|---|---|---|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Instrumento de avaliação da sessão de formação gentilmente cedido pelo serviço.

Conteúdo da sessão de formação

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----|
| a) Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| b) Qualidade da abordagem ao tema (estruturação e nível de profundidade) | | | | | | |
| c) Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados | | | | | | |
| d) Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados. | | | | | | |

2) Organização e logística

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----|
| a) Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| b) Conforto e luminosidade das instalações | | | | | | |
| c) Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico | | | | | | |

3) Formador

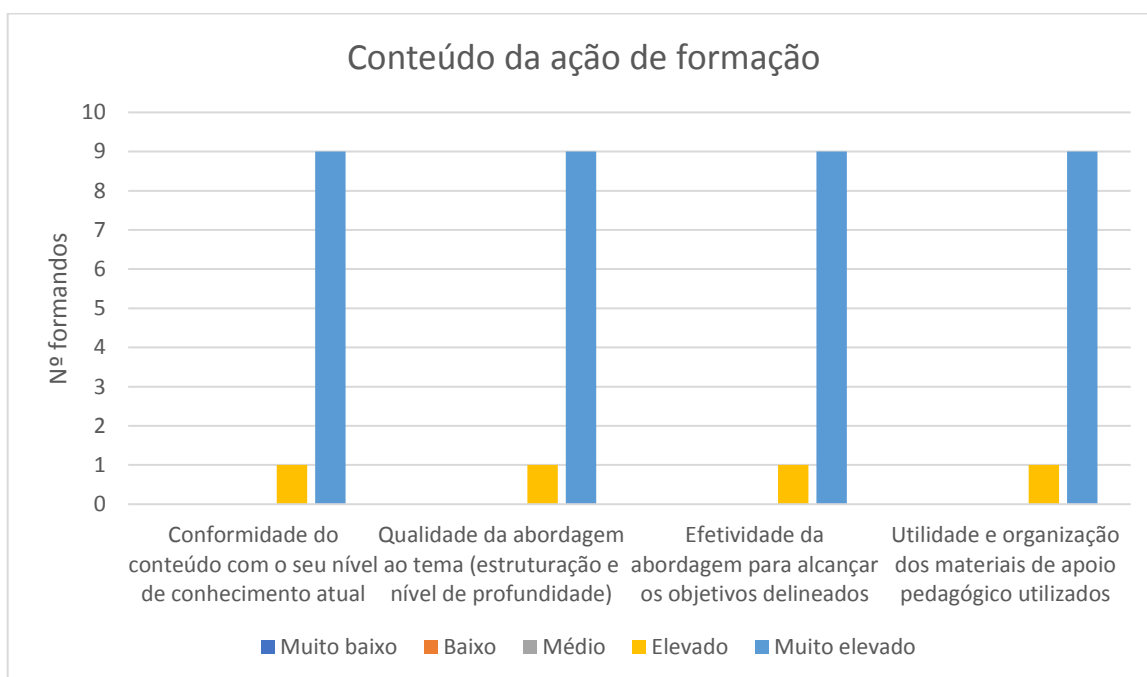
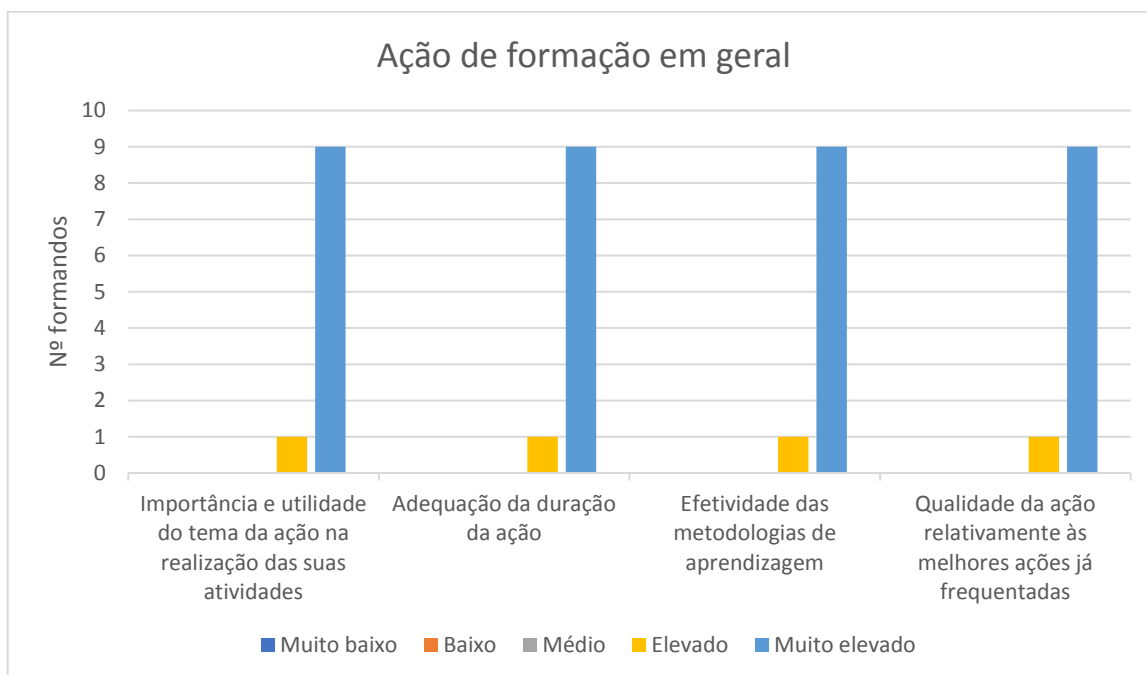
| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Definição inicial dos objetivos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Domínio demonstrado do tema | | | | | |
| c) Exposição clara e precisa do conteúdo | | | | | |
| d) Motivação e incentivo à participação | | | | | |

Pontos fortes: _____

Pontos a melhorar / sugestões: _____

Nome do formador (facultativo): _____

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO - Resultados



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Circular Normativa nº 09/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orientação nº 014/2010 (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Direção-Geral da Saúde.

Orientação nº 022/2012 (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direção-Geral da Saúde.

Orientação nº 024/2012 (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Direção-Geral da Saúde.

Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, Nº133 (12-07-2018). 19192-19194.

**Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem, realizado em contexto de
Urgência Pediátrica**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Lisboa, novembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Por

Ana Rita Folgado Bernardo

Sob a orientação de Professora Zaida Charepe

Lisboa, novembro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular, Estágio e Relatório, e mais precisamente no estágio de Serviço de Urgência, resultando também das minhas próprias necessidades formativas.

A sua grande finalidade traduz-se no ganho de contributos para um cuidar mais humanizado na área de Serviço de Urgência.

Este documento tem como objetivo realizar uma reflexão individual sobre determinada experiência ou experiências relevantes, tendo em conta a problemática em estudo durante o período de estágio.

Na enfermagem um dos modelos de reflexão mais utilizados é o ciclo reflexivo de Gibbs, que propõe que a teoria e a prática se enriquecem uma à outra num círculo sem fim. Este ciclo começa com a descrição de um evento ocorrido na prática, seguindo-se várias etapas: identificação dos sentimentos, avaliação e análise da experiência, conclusões sobre as atitudes perante o evento e que atitudes se teriam perante o mesmo evento no futuro.

Neste documento serão apresentados os diários de aprendizagem elaborados ao longo do estágio, tendo por base o modelo de reflexão de Gibbs, que permite esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013).

Escrever um jornal de aprendizagem é uma oportunidade para refletir e partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do processo de aprendizagem e projetar a atuação no futuro. Assim, a experiência é vivenciada, seguindo-se uma fase reflexiva, de conceptualização que possibilita a integração do novo conhecimento nos esquemas mentais anteriormente existentes.

Jornal de Aprendizagem – Utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança

O tema que escolhi para este jornal de aprendizagem vai de encontro a uma das atividades do meu projeto que se refere à utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

Foram inúmeras as situações vivenciadas durante o período de estágio, contudo vou focar a minha reflexão em duas.

A primeira refere-se ao Rodrigo, um menino de 10 anos que recorreu ao Atendimento Médico Permanente de Pediatria por dor abdominal, na companhia do pai.

Numa primeira abordagem apresentei-me e encaminhei o Rodrigo e o pai para a sala de tratamentos do serviço. Procurei falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante e perguntei ao Rodrigo se sabia o que íamos fazer. Respondeu-me que sim, enquanto esperavam o pai já lhe tinha explicado e além disso já não era a primeira que lhe iria ser administrado um enema.

O Rodrigo estava tranquilo, pedi que se posicionasse na maca de acordo com as minhas orientações, cumpriu, e mesmo apesar de já conhecer o procedimento, fui honesta, mostrei-lhe o material que iria usar e expliquei-lhe o procedimento por passos, de forma simples. À medida que ia executando o procedimento, antecipava sempre o que o Rodrigo iria sentir, de forma a não ser surpreendido e não sentir medo.

Relativamente à segunda situação, a Francisca, 6 anos, recorreu ao Atendimento Médico Permanente de Pediatria por claudicação da marcha. Veio na companhia dos pais, sorridente, há cerca de três dias já tinha recorrido ao Atendimento Médico Permanente de Pediatria por tosse e febre.

Após observação médica, chamei-a pelo nome para a sala de tratamentos, tinha análises para fazer. Ao recebê-la apresentei-me, adotei uma postura calma e voz tranquila. Aparentemente a Francisca também estava calma. Pedi-lhe que se deitasse na maca para realizar o procedimento. Instruí também a mãe para que se posicionasse ao lado da Francisca. Antes do procedimento expliquei-lhe o que ia fazer e o que ia sentir. Imediatamente antes da punção ensinei a Francisca a respirar fundo e pedi à mãe que a abraçasse; no momento da punção perguntei à Francisca a que cheirava o perfume da mãe (de forma a que ela inspirasse fundo),

sorridente respondeu “cheira a rosas”. O procedimento foi executado com sucesso e com a colaboração total da criança. No final foi dado à Francisca um autocolante de “bom comportamento”.

Durante a minha intervenção senti que tanto as crianças como os pais foram confiando em mim, facto que resultou da forma como os abordei, como os acolhi e como facilitei a expressão das suas preocupações e medos.

Nas situações acima descritas estão presentes várias estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, sendo este um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde.

A presença dos pais é um elemento fundamental no processo de gestão da dor, pois a sua separação gera *stress* na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Por este motivo, a maioria dos pais opta por estar presente durante os procedimentos dolorosos, tornando a criança menos ansiosa e mais segura.

A segunda etapa da intervenção foi explicar o que íamos fazer. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013, p.25), “dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito” é um dos princípios fundamentais que garante os direitos das crianças para o efetivo controlo da dor. O discurso verbal deve ser adequado ao seu desenvolvimento cognitivo, e a explicação dever ser feita de forma progressiva e repetindo as vezes que forem necessárias (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Além do fornecimento de informação antecipatória, foram utilizadas também, como estratégias não farmacológicas no controlo da dor, o relaxamento muscular, através de exercícios de respiração diafragmática e o reforço positivo.

No final do procedimento foi dado *feedback* positivo através da oferta de uma pequena recompensa. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), os comportamentos cooperantes devem ser encorajados e a criança deve ser elogiada por fazer o seu melhor.

O domínio das estratégias não farmacológicas no alívio da dor requer formação e treino, por este motivo o uso destas estratégias tem muito a ver com a experiência da equipa de Enfermagem. Neste sentido, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Diário da República, 2018, p.19193), atuando, assim, de acordo com o regulamento dos padrões de qualidade

dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, onde está enunciado: “A prescrição de intervenções de Enfermagem face aos problemas identificados (...), gestão da dor, (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.9) e “O rigor técnico/científico na implementação de intervenções de Enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidade em terapias não farmacológicas para alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.9). É desta forma que o enfermeiro especialista se distingue do enfermeiro generalista.

Também na Carta da Criança Hospitalizada se encontra espelhado a crescente preocupação com a humanização de cuidados à criança e família, nomeadamente no artigo 4º “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 2017) e artigo 5º “Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” (Instituto de Apoio à Criança, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., Dessunti, E. M. & Oliveira, M. A. C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3(3), 47-53.
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada* (5ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e o jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

**Apêndice VIII – Procedimento: Visita das grávidas internadas no
serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades
de cuidados especializados neonatais**

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

| |
|--|
| APROVAÇÃO |
| Documento em aprovação pela Diretora do Serviço de Pediatria e pelas Chefes de Enfermagem de Pediatria e de Obstetrícia. |

1. OBJETIVO

Melhorar e uniformizar as práticas de acolhimento aos pais, através da visita guiada das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros que exerçam funções nas unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais.

3. RESPONSABILIDADE

3.1. Pela elaboração do Procedimento

- Enfermeira Rita Bernardo, mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermeira orientadora

3.2. Pela implementação do Procedimento

Diretores de área, coordenadores e responsáveis de Pediatria.

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS. |
|---------------|----------------|----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 1 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

3.3. Pela revisão do Procedimento

Grupo de trabalho nomeado

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

RN – Recém-nascido

5. DESCRIÇÃO

5.1. Introdução

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança provoca no seio de uma família.

A expectativa da mulher é ter um bebê perfeito e saudável, mas podem acontecer situações inesperadas que acabam por gerar a necessidade de ser realizado um parto prematuro. É o caso das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal.

O nascimento de um bebê prematuro gera, na maioria das vezes, a necessidade de internamento nas unidades de cuidados intensivos ou intermédios neonatais. A doença e hospitalização causam dor e sofrimento para as famílias e podem dificultar a adaptação à parentalidade. Esta é uma experiência difícil e muito sofrida para os pais, pois o filho tão esperado não fica sob os cuidados da mãe, e sim sob os cuidados dos profissionais de saúde.

Diante do nascimento prematuro de um filho, ou da antecipação do nascimento biológico, os pais sofrem com uma separação física precoce, principalmente imposta pelo quadro clínico do RN. Por este motivo, os pais podem apresentar sentimentos como ansiedade, medo, culpa e pena, contribuindo para um

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PAGES. |
|---------------|----------------|-----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 2 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

distanciamento entre pais e filho, podendo deste modo, haver interferência na formação do apego entre os mesmos.

Na maioria das vezes o recém-nascido dá entrada nestas unidades sem acompanhante, e quando vem acompanhado, é pelo pai. Geralmente, no primeiro momento a mãe não está presente.

5.2. Acolhimento

Acolher, significa receber, proteger, amparar. E, portanto, é importante que o profissional esteja sensibilizado para este momento.

A equipa de enfermagem é a principal responsável pela inserção da família no ambiente das unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais. O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde. A forma como os pais são recebidos no hospital irá influenciar significativamente todo o internamento do RN.

Cabe ressaltar que as unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais são repletas de aparatos tecnológicos que emitem variados sons e que, de alguma maneira, são “anexados” ao RN. Nelas, frequentemente tem-se o foco nas técnicas, rotinas e procedimentos, visando à sobrevivência do RN deixando, conseqüentemente, a família em segundo plano. Esta realidade precisa ser revista, uma vez que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na adaptação dos familiares à condição inesperada a qual se encontram. Neste contexto, a enfermagem, por dedicar mais tempo aos cuidados com o RN, tende a estar mais próxima dos pais, podendo ser uma referência para estes na unidade.

A necessidade de internamento de um filho nas unidades de cuidados especializados neonatais torna-se então uma situação crítica para a família, que se vê num ambiente estranho, diferente daquele que planeou durante toda a

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS. |
|---------------|----------------|----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 3 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

gestação. Deste modo, a interação entre a equipe de enfermagem e os pais exerce grande influência no modo como a família irá enfrentar esta nova fase.

Percebe-se, então, a necessidade de acolher os pais nas unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais e inseri-los nos cuidados com o seu filho. Uma relação saudável e de cumplicidade entre os pais e a equipa de enfermagem pode favorecer uma melhor adaptação ao parto prematuro e promover condições para que estes desenvolvam a parentalidade mesmo num ambiente diferente do esperado.

Sendo assim, descrever estratégias a serem utilizadas pela equipa de enfermagem para favorecer o vínculo entre pais e filhos e apresentar a importância da parceria dos pais com a equipa de enfermagem, torna-se relevante por poder favorecer o acolhimento efetivo e a inserção dos familiares nos cuidados com a criança. Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros promover a adaptação dos pais a esta nova realidade.

Durante este primeiro encontro, é imprescindível que os pais tenham ao seu lado um profissional da equipe de enfermagem.

PROCEDIMENTO

Um enfermeiro do serviço:

A. Faz a visita guiada às instalações físicas

- antecâmara de entrada na unidade, com cacifos para utilização dos pais;
- sala de cuidados intensivos, onde existem 13 incubadoras;

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PAGES. |
|---------------|----------------|-----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 4 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

- sala de cuidados intermédios, onde existem 12 incubadoras, um posto de isolamento e 12 berços;
- sala de extração de leite materno, onde as mães podem recolher leite materno;
- sala de pais, onde os pais podem descansar e relaxar.

B. Explica o modo de funcionamento/dinâmica do serviço

- os pais deverão solicitar à assistente operacional uma chave de cacifo, onde deverão guardar todos os seus pertences;
- Antes de entrar na unidade e antes de se ausentarem é muito importante uma boa higienização das mãos;
- Desde que se sintam confortáveis, os pais podem participar nos cuidados, em parceria com a equipa, é desejável e é planeada dia a dia;
- Os pais podem permanecer junto ao bebé 24 horas/dia;
- Todas as informações sobre o estado clínico do bebé deverão ser obtidas, idealmente, através do médico/enfermeiro do bebé, no turno da manhã (8-16 horas);
- Os pais devem informar o enfermeiro responsável pelo bebé quando se ausentarem do serviço;
- Evitar fazer barulho e não usar o telemóvel dentro da unidade;

C. Esclarece dúvidas colocadas.

Esta visita vai permitir diminuir a ansiedade da grávida, deixando-a mais tranquila e segura e gerar uma relação de confiança entre a grávida e o serviço.

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PÁGS. |
|---------------|----------------|----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 5 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

6. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Os profissionais de saúde da área de pediatria devem realizar formação em serviço periódica, de forma a que todos os profissionais estejam capacitados a realizar este procedimento.

7. PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

Todos os profissionais devem respeitar as normas de prevenção da infeção assegurando a higienização das mãos.

Sempre que o bebé seja visitado, devem ser respeitadas as instruções de lavagem e desinfeção das mãos (normas afixadas à entrada da unidade).

8. INDICADORES DE AUDITORIA

- Número de visitas guiadas das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais.

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PAGES. |
|---------------|----------------|-----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 6 |

| | |
|-------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, R., Klock, P. & Locks, M. O. H. (2012). Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 20(3), 349-53. Acedido em: 11-12-2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382>
- Lucas, T. A. M. P. C., Tannure, M. C., Barçante, T. A. & Martin, S. H. (2009). A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal. *Ver enferm UFPE on line*, 3(4), 1101-7. Doi: 10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200940.
- Morais, R. C. M. & Marcatto, M. (2014). Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem. *J. res.: fundam. care. online*, 6(4), 1409-1418. Doi: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1409-1418.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Auto

| EDIÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO | Nº PAGES. |
|---------------|----------------|-----------|
| Dezembro 2018 | Dezembro 2020 | 7 |

| | |
|-------------------------------|--|
| Logotipo da instituição | Procedimento |
| | Visita das grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal às instalações das unidades de cuidados especializados neonatais |