



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**O HUMOR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E
ADOLESCENTE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**HUMOR IN NURSING CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS:
SPECIALIST NURSE INTERVENTION**

Por

António Guilherme Fernandes Pereira

Lisboa, 2020



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**O HUMOR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E
ADOLESCENTE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**HUMOR IN NURSING CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS:
SPECIALIST NURSE INTERVENTION**

Por

António Guilherme Fernandes Pereira

Sob a orientação de: Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2020

*“O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar
e de correr o risco de viver os seus sonhos”*

Paulo Coelho

AGRADECIMENTOS

"A Gratidão é um sentimento de reconhecimento, que ocorre quando alguém faz algo que o outro gostaria que acontecesse, sem esperar nada em troca."

A todas as Professoras do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, por me terem transmitido o vosso saber em Enfermagem, com especial referência à Professora Doutora Margarida Lourenço, pela orientação pedagógica, disponibilidade constante, por todo o apoio e pelos conselhos valiosos.

Aos meus pais, pelos ensinamentos e dedicação, pelas reflexões, debates e aprendizagens. Aos dois, pela inspiração e pelo carinho eterno.

Aos meus avós, por todo o amor incondicional e por me ensinarem o significado de humor.

A ti, Inês, pela paciência e apoio constante ao longo desta jornada. Por me fazeres sentir que, contigo ao meu lado, tudo é possível.

Ao "Patch" Adams, à Professora Doutora Paula Diogo e à Professora Doutora Helena José, pelas aprendizagens alcançadas com a vossa influência e nova visão do Cuidar com Humor.

Aos Enfermeiros de cada serviço, especialmente aos Enfermeiros Orientadores. Cada um deles elucidou o papel do Especialista, e contribuiu para o meu crescimento.

Às minhas colegas de Mestrado e Especialidade, por termos embarcado nesta aventura juntos, e por juntos termos chegado a bom porto.

Aos amigos de sempre, aos colegas amigos e aos amigos colegas, pelos reforços positivos, pela força e pela palavra sempre presente.

Por último, mas não menos importante, a todas as crianças, adolescentes e famílias que tive oportunidade de conhecer e cuidar. Um bocadinho de vocês está comigo.

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste desafio, resta-me apenas dizer-vos...

Muito Obrigado!

RESUMO

O humor trata-se de uma ferramenta usada desde a Antiga Grécia, quer a nível social, cômico, emocional ou como promotor de saúde. Também usado por enfermeiros, este faz parte de uma das novas e mais modernas abordagens do Cuidar. O presente relatório relata, analisa e reflete o percurso de aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como o seu impacto no meu agir profissional enquanto futuro Especialista. Após uma abordagem concetual e história ao tópico do humor, é focada a temática transversal aos estágios posteriormente enunciados: O Humor no cuidado à criança e adolescente. É fundamental perceber a ligação entre o humor e o cuidar, para entender a operacionalização na área de Enfermagem, onde o tema é considerado uma intervenção do foro autónomo do enfermeiro. Como estrutura teórica de suporte ao relatório e à prática diária, foi escolhida a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. A realização da revisão *scoping* define o teor científico deste relatório, validando a importância do humor nos cuidados de enfermagem à criança e adolescente, bem como a necessidade de investigação contínua. Em cada estágio optou-se por usar uma metodologia de projeto com definição de objetivos específicos, com execução de atividades para atingir o *target* definido, mantendo o mesmo objetivo geral para todas as valências. No estágio de Serviço de Urgência Pediátrica, foi desenvolvida a reflexão crítica, bem como um Guião para capacitação do humor para enfermeiros. Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, foquei-me no humor dos pais dos recém-nascidos prematuros, uma vez não sendo possível direcionar esta temática aos últimos, tendo sido elaborada uma norma hospitalar bem como estratégias de parentalidade positiva. No Serviço de Internamento Pediátrico, realizei um estudo de caso que espelha algumas das intervenções de humor concluídas pela revisão científica, realizando uma sessão para a capacitação das Enfermeiras tendo como foco a aplicação do humor nos cuidados, bem como a criação do “Carrinho do Humor”, uma coletânea de ferramentas úteis na sua promoção, bem como a redação de norma subsequente à atividade. Com a realização deste trajeto, foi possível atingir inúmeras Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e Competências conferentes do grau de Mestre, tal como enunciado nos Descritores de Dublin.

Palavras-Chave: Humor, Enfermagem Pediátrica, Cuidados de Enfermagem, Criança, Adolescente

ABSTRACT

The Humor is a tool used since Ancient Greece, either socially, comically, emotionally or as a health promoter. Also used by nurses, this is one of the new, more modern, approaches to caring. This report describes, analyzes and reflects about the path of acquisition of competences of Master in Nursing and Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, as well as its impact on my professional behavior as a future Specialist Nurse. After a conceptual and historical approach to the topic of humor, the transversal theme to the later stages is narrowed: Humor in the care of children and adolescents. It is essential to understand the connection between humor and care, to understand the operationalization in the Nursing area, where the theme is considered an autonomous intervention. The theoretical framework chosen to support the report and daily practice was Katherine Kolcaba's Theory of Comfort. The scoping review constitutes the scientific content of this report, validating the value of humor in nursing care for children and adolescents, as well as the need for continuous investigation. At each stage, it was decided to use a project methodology with the definition of specific objectives and the execution of activities to achieve the previously defined target while maintaining the same general objective for all aspects. At the Pediatric Emergency Service stage, a critical reflection, as well as a Guide for the training of humor for nurses were developed. At the Neonatal Intensive Care Unit, the focus was the humor of the parents of premature newborns, since it is not possible to address this issue with the later ones, having developed a hospital procedure as well as positive parenting strategies. At the Pediatric Inpatient Service, I carried out a case study that mirrors some of the humor interventions found by the scientific review, held a training session for Nurses for the application of humor in nursing care, created the "Humor Cart", a collection of useful tools for its promotion, drafted a hospital procedure subsequent to the activity. With the conclusion of this trajectory, it was possible to achieve numerous Specialized Nurse Common Competencies Profile and Specialized Child and Pediatric Health nurses Competencies Profile, and Skills conferring the Master's degree, as stated in the Dublin Descriptors.

Key-Words: Humor, Pediatric Nursing, Nursing Care, Child, Adolescent

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dr^a - Doutora

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

En^{fa} – Enfermeira

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

NIC – Nursing Intervention Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Prof^a - Professora

PBE – Prática Baseada na Evidência

Pg - Página

RN – Recém-nascido prematuro

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

SO – Sala de Observação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

	Pg.
0. INTRODUÇÃO.....	17
1. O HUMOR NO CUIDADO EM ENFERMAGEM À CRIANÇA E ADOLESCENTE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
1.1. O Humor – enquadramento concetual.....	21
1.2. O Humor no cuidado à criança e adolescente.....	25
1.3. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	29
1.4. Estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem direcionados à criança escolar e adolescente: uma <i>scoping review</i>	32
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO.....	43
2.1. Serviço de Urgência Pediátrica.....	44
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	52
2.3. Serviço de Internamento Pediátrico.....	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES	83
Apêndice I - Reflexão crítica - Serviço de Urgência Pediátrica.....	85
Apêndice II - Guião do Humor.....	95
Apêndice III - Síntese da reunião de trabalho com a Professora Doutora Paula Diogo.....	115
Apêndice IV - Tradução de folhetos sobre amamentação, extração e conservação de leite materno.....	125
Apêndice V - Síntese da reunião de trabalho com a Professora Doutora Helena José.....	131
Apêndice VI - Fundamentação para a alteração de nome das salas da UCIN..	145
Apêndice VII - Ideia-exemplo para alteração de nome das salas da UCIN.....	151
Apêndice VIII - Norma "Diário do Recém-Nascido".....	157
Apêndice IX - Contrato de Saúde do Adolescente.....	167
Apêndice X - Estudo de Caso.....	171

Apêndice XI - Carta de "Patch" Adams.....	219
Apêndice XII - Pedido de autorização para aplicação de Questionário sobre a importância do humor em contexto de Internamento Pediátrico.....	223
Apêndice XIII - Questionário sobre a aplicação do humor e a sua importância em contexto de Internamento Pediátrico.....	227
Apêndice XIV - Análise das respostas ao questionário sobre a aplicação do humor e a sua importância em contexto de Internamento Pediátrico.....	233
Apêndice XV - Questionário de Avaliação da Sessão Formativa.....	239
Apêndice XVI - Relatório da Sessão Formativa.....	243
Apêndice XVII - Carrinho do Humor.....	265
Apêndice XVIII - Norma "Carrinho do Humor".....	271
Apêndice XIX - Folheto Brincar.....	285
Apêndice XX - Dinamização do Gabinete de Enfermagem.....	291
ANEXOS	295
Anexo I – Menção Honrosa.....	297

ÍNDICE DE QUADROS

	Pg.
Quadro 1 – Extração de resultados.....	35
Quadro 2 – Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto aplicada ao Serviço de Urgência Pediátrica.....	50
Quadro 3 – Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto aplicada à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	56
Quadro 4 – Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto aplicada ao Serviço de Internamento Pediátrica.....	64

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

	Pg.
Fluxograma 1 - Seleção de artigos através de fluxograma PRISMA.....	35

0. INTRODUÇÃO

O relatório de estágio apresentado surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). A decisão e o desejo da realização deste curso resultaram do desafio evolutivo de experienciar a simbiose teórico-prática composta pelas diversas unidades curriculares realizadas, e a experiência do estágio final, culminando num potencial enriquecimento a nível profissional e pessoal.

Pretende o presente relatório evidenciar os aspetos que focam uma abordagem reflexiva de análise crítica sobre a prática nos estágios, inerentes à obtenção de conhecimento e aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Foi a procura exigente de novos conhecimentos, de um cuidar atual e autónomo, de uma formação contínua balizada pela prática baseada na evidência e pelo meu gosto pessoal/profissional que motivaram a realização desta experiência formativa e enriquecedora.

Atualmente exerço funções num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente, integrado num hospital na área da Grande Lisboa. Diariamente observo e cuido de crianças e adolescentes com uma grande variedade de queixas, preocupações, dores e agonias. A ida ao hospital e a convivência com uma situação de doença providenciam uma imediata sensação de desconfiança dos profissionais, desconforto, pânico e medo (da dor, do isolamento, do desconhecido...), perda de controlo e segurança, ansiedade e stress, culminando na recusa de cuidados por parte da criança. Este tipo de vivência pode resultar numa experiência traumática tanto para os pais como para os filhos. Seja na criança em situação de doença aguda ou com uma patologia crónica, a própria hospitalização cria dificuldades na adaptação ao novo ambiente, a novos tratamentos e aos diversos profissionais de saúde desconhecidos até então (Mussa & Malerbi, 2008; Koukourikos et al, 2015). A prestação de cuidados do EESIP justifica a atualização da *práxis* de Enfermagem, com intervenções novas, baseadas na prática e evidência

científica, com ênfase na autonomia do cuidado, responsabilidade e intencionalidade terapêutica. Nesta perspectiva, identificou-se a temática transversal a este percurso acadêmico espelhado neste relatório: o humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente.

O humor faz parte de um processo cognitivo e criativo que tem por base uma relação terapêutica, onde representa a percepção de uma situação de teor divertido, lúdico ou alegre, com uma resposta emocional correspondente a prazer e alegria. É considerado uma forma de comunicação, uma estratégia para alívio de tensões, controlo da dor, libertação de sentimentos reprimidos, com a habilidade de desdramatizar acontecimentos, estabelecer relações e alcançar estratégias de superação de alguma dificuldade reconhecida (José, 2010; Phaneuf, 2002; Martin & Ford, 2018). Surge a necessidade de utilizar cuidados inovadores dentro da esfera independente da Enfermagem, abrindo portas para novas áreas de investigação e atuação, vincando um cuidar inovador, com uma procura contínua de novos conhecimentos. Este pode ser usado nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro desde a saúde escolar, passando por internamento hospitalar pediátrico ou até mesmo em situação de fim de vida. Sendo o humor uma intervenção autónoma, todas e quaisquer ações realizadas pelo profissional de enfermagem são da sua exclusiva responsabilidade, planeamento, execução e avaliação. Considerando as necessidades de cuidados juntamente com as tendências da sociedade atual, o EESIP pode agir em diversos contextos com a população infantojuvenil que se identifique prioridade na atuação do enfermeiro, sempre com o foco nos três níveis de cuidados de saúde: primário (promoção da saúde/bem-estar e prevenção da doença), secundário (intervenção hospitalar para restabelecimento ou manutenção da saúde) e terciário (prevenção de complicações, incentivo ao autocuidado, à reabilitação de saúde e reinserção sociofamiliar, numa perspectiva de cuidados continuados integrados ou domiciliários) (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Entidade Reguladora da Saúde, 2011)

Assim, foi definido um objetivo geral comum a todos os momentos de estágios: *“desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança e adolescente”*. Foram ainda definidos objetivos específicos em cada contexto de estágio, evidenciando não só a temática escolhida, mas também a prestação de cuidados especializada.

Se por um lado, *“a aquisição de competências e o desenvolvimento só são viáveis se o enfermeiro estiver na prática”* (Benner, 2001, pg 16), por outro, a teoria constitui um

excelente instrumento para a explicação dos fenómenos e para o desenvolvimento do conhecimento prático baseado na evidência científica (Benner, 2001). Como tal, o enquadramento teórico de enfermagem escolhido como alicerce na tomada de decisão e reflexão ao longo dos estágios e neste relatório, foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria de médio alcance baseia-se nas necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto, que se define por uma experiência satisfatória de fortalecimento por três tipos de conforto nos diversos contextos envolvidos, objetivando desta forma um estado de conforto completo e holístico (March & McCormack, 2009; Tomey & Alligood, 2004).

Na escrita e elaboração deste relatório, foi minha convicção optar por uma estrutura coerente, descritiva e sistematizada, com uma organização lógica, promovendo uma leitura fácil e compreensível da minha evolução pessoal e profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista. Intento igualmente a demonstração dos resultados alcançados através da investigação, da aprendizagem e da experiência adquirida, com base numa perspetiva académica avançada, com um discurso fundamentado, conciso e perceptível. Após a introdução, o presente relatório divide-se em três capítulos. O primeiro divide-se em quatro subcapítulos, sendo inicialmente abordado o tema deste relatório através do seu enquadramento concetual global, seguindo-se uma abordagem focada no humor relativamente à criança e adolescente. Os restantes pontos evidenciam o referencial teórico escolhido de Kolcaba – a Teoria do Conforto – bem como a revisão *scoping* subordinada ao tema “*estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem direcionados à criança escolar e adolescente*”, cujos resultados consolidam a aplicação de intervenções para superação dos objetivos propostos.

O segundo capítulo analisa, descreve e reflete os contextos de estágio: inicia com o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), onde saliento a realização de uma análise crítico-reflexiva subordinada à aplicabilidade do humor num Serviço de Urgência, bem como a elaboração de um Guião de Humor direcionado para a equipa de enfermagem, com cruzamento entre diversas estratégias preconizadas pela OE e o tipo de humor indicado para cada faixa etária. O segundo momento de estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), onde realço a sugestão de nome de salas para potenciar a parentalidade positiva agregada ao humor. Por sua vez, o último contexto incide no Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), de salientar essencialmente a realização do estudo de caso com uso de intervenções humorísticas, bem como execução da sessão de formação à equipa de enfermagem para sensibilização da aplicabilidade do humor,

envolvendo os resultados da revisão *scoping* e a criação do “Carrinho do Humor” (um conjunto de ferramentas distribuídas pelas diversas faixas etárias para ajudar na facilitação do estímulo humoroso). De referir que cada contexto inclui os objetivos específicos e atividades propostas com as respetivas competências desenvolvidas no processo formativo, tal como a estrutura taxonómica de Kolcaba direcionada a cada momento de estágio, combinando a vertente teórica com a prática. Por último, apresento as considerações finais, onde concluo o trabalho realizado numa sinopse ponderada, seguindo-se as referências bibliográficas e apêndices. O relatório exposto foi realizado de acordo com as normas propostas pela *American Psychological Association* (6ªed., 2015).

1. O HUMOR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E ADOLESCENTE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo inicia-se com diversos conceitos na vertente do humor, desde as diversas definições alusivas ao tema, passando pelas denominadas “teorias clássicas do humor”, e terminando com os tipos de humor existentes. Será igualmente abordado a problemática identificada, o referencial teórico que sustentou a prática diária de cuidados e a revisão *scoping* realizada, que contribuiu para a reflexão durante o Cuidar nos ensinos clínicos.

1.1. O Humor – enquadramento concetual

A definição de humor não é consensual. Filósofos, poetas, médicos, psicólogos, linguistas e enfermeiros, todos estes já usaram o humor na sua prática. Este constitui um fenómeno complexo, universal, multifacetado e difícil de descrever. A definição primária representa todo e qualquer fluido presente no corpo humano. Não será de estranhar, uma vez que a palavra humor deriva do latim “*humore*”, que significa líquido orgânico ou fisiológico (Zilles, 2003). Na Antiguidade, era comum pensar que as alterações dos 4 principais fluidos corporais (sangue, bílis amarela, ranho e bílis preta) estariam associadas a variações do estado emocional da pessoa, cada qual com o seu significado. Por exemplo, se fosse uma pessoa tendencialmente melancólica, teria elevada bílis negra. Aristóteles e Pitágoras sugeriram que o equilíbrio vital é derivado do equilíbrio de humores, e a doença é prova da sua instabilidade. Galeno, médico e filósofo grego, introduziu a ideia de cada fluido corresponder a uma particularidade fisiológica, e que o excesso de um deles provocaria uma alteração no temperamento da pessoa. Portanto, o ideal seria um equilíbrio entre os fluidos. No século XVI, ocorre uma mudança no significado do humor, pois passa a ser um traço de personalidade cujo comportamento deriva do considerado socialmente normal. É neste período que se associa o humor a alguém excêntrico, particular, que atua de forma ridícula ou proveniente de riso e alegria, começando a aproximar-se do lúdico, cómico e divertido. Outros filósofos e psicólogos, como Kant e

Freud, definiram os seus próprios conceitos de humor e teorias adjacentes que serão elaboradas ainda neste capítulo (Attardo, 2017; Martin & Ford, 2018; Howe, 2002; Raskin, 2008).

Segundo Phaneuf (2002), o humor tem igualmente a capacidade crucial para o controlo e alívio de ansiedade, tensões e *stress*, com a aptidão de desdramatização, além de ser uma estratégia de *coping* eficaz para enfrentar medos, preocupações ou situações consideradas difíceis. Por sua vez, Martin (2018) sugere que humor se traduz numa relação comunicacional de processo cognitivo, que visa a interpretação do que é engraçado ou divertido, juntamente com uma resposta emocional de alegria aliado ao prazer do que se considera lúdico. Esta alegria pode traduzir-se na resposta fisiológica tendencialmente associada ao humor: o riso. O riso acompanha o Ser Humano desde a nascença, bem como o choro, constituindo as duas respostas naturais ao *stress*, possibilitando ao ser humano relaxamento tanto emocional como físico. Se o humor é uma experiência cognitiva, uma forma de comunicação, uma necessidade humana básica, o riso é uma resposta comportamental a nível biológico. O riso pode igualmente definir-se como um mecanismo cognitivo-afetivo capaz de apaziguar tensões elevadas por meio fisiológico, com a característica de ser contagioso, seja individual ou grupal, munido de alegria, por forma a facilitar a socialização e a homeostasia. Apesar de confundidos, o humor correspondente a uma resposta emocional que resulta na alegria enquanto que o riso é identificado como um comportamento dentro do leque de expressões que o humor pode originar (José, 2002; Howe, 2002).

Teorias do humor

O humor é universal e paradoxal, apresentando diversas formas de ser planeado, expressado e entendido. Torna-se necessário perceber o “poder” por detrás desta intervenção. Porque razão o humor é ambíguo? Se eu considero uma ação divertida, porque é que o outro não acha? Haverá humor mau, em deterioramento de humor bom?

A primeira teoria, definida por José (2002) como a mais clássica e tradicional, remete-nos à Grécia Antiga, novamente a Platão e Aristóteles. O primeiro considerava que, para haver comédia, existe uma relação muito próxima entre a dor e o prazer. Prazer, pois quem ri tem a capacidade de perceber a ignorância ou falhas do lesado; dor, porque a pessoa lúdica demonstra desrespeito pelo outro, acumulando sentidos negativos de desprezo, gozo e indiferença. Nesta visão, Platão considera que o prazer emerge na dor

do outro. O segundo filósofo descreve a comédia como uma imitação de pessoas piores do que a média, onde as mesmas se representam de forma pior do que na realidade são. Ambos concordam que o humor se traduz na apreciação dos infortúnios e defeitos das outras pessoas, e que o riso é sinónimo de maldade (Martin & Ford, 2018; Bremmer & Roodenburg, 2000; Tabacaru, 2015). Estes pensadores, juntamente com o filósofo Britânico Thomas Hobbes foram os percutores da teoria da Superioridade. Esta teoria caracteriza o humor com um grau de superioridade em relação a algo ou alguém, em deterioramento dessa pessoa ou do “ridículo” que esta representa. Hobbes defende que este tipo de humor expõe um sentimento de glória repentina de elevação de nós mesmos comparativamente a uma enfermidade (própria ou de outra pessoa) anteriormente sentida. O sarcasmo e a agressividade são associados a esta teoria. Este tipo de humor não serve apenas para mostrar um sentimento de triunfo do vencedor sobre o vencido, pois pode ser usado para demonstrar astúcia e mestria verbal de quem o evoca. Contudo, o alvo da chalaça pode não ser outra pessoa. No caso do humor autodepreciativo, o alvo do humor é a própria pessoa para que os outros possam achar piada a determinada situação. Deste modo, a pessoa não só ri dos outros, mas também com os outros e de si mesma (Martin & Ford, 2018; Tabacaru, 2015).

A segunda teoria clássica tem a sua origem ordinária no Século XIX por Spencer, apesar de ter sido evidenciada por Freud, e articulada com os pensamentos do último. A Teoria do Alívio descreve o humor como uma libertação de tensão acomodada, uma descarga de energia em forma de riso, devido a impulsos sociais reprimidos. Freud defende que cada pessoa incorpora um conjunto de conflitos e desejos imaturos, infantis, sexuais ou agressivos, sejam estes conscientes ou inconscientes. Estes impulsos são “aprisionados” dentro de cada pessoa devido às regras sociais, sem possibilidade de libertação se não forem socialmente aceites, temas “tabu”. Contudo, o Ser Humano tenta encontrar um meio termo entre os seus impulsos inatos e o considerado socialmente aceite. Segundo esta teoria, a energia libertada através do riso facultava igualmente a libertação dos sentimentos hostis, sexuais e imaturos guardados intrinsecamente. A repressão inconsciente leva a uma libertação de tensão quando o tema é abordado numa situação lúdica. A predominância de temas agressivos, hostis e sexuais, seja através de piadas, tiras de humor, programas ou jogos, são características presentes em pessoas que apreciam este tipo de humor (Martin & Ford, 2018; Gremigni, 2012). Segundo José (2002), este tipo de humor, o humor psicanalítico, correlaciona-se exatamente com temas tabu, com supressão e repressão de emoções

A terceira teoria clássica denomina-se teoria da Incongruência. Platão e Aristóteles também delinearão as primeiras ideias desta teoria, bem como os romanos Quintiliano e Cícero. Mais tarde, no Renascimento Italiano este tema também foi abordado por poetas como Madius ou Trissino. Mas foi Kant e Schopenhauer que formalizaram as raízes da teoria. Kant apoia esta teoria, onde o humor surge da construção de uma grande expectativa, que resulta em absolutamente nada (apenas no absurdo). Schopenhauer sustenta que o humor depende da relação entre a situação real e o inesperado, onde a dualidade de percepções ou pensamentos contraditórios causam uma incongruência com o esperado (Martin & Ford, 2018; Gremigni, 2012; Attardo, 2017; Tabacaru, 2015; José, 2002). Raskin (2008) corrobora a ideia do filósofo alemão, identificando esta teoria como um humor cognitivo-conceitual. Para José (2002), aliada por outros autores, a surpresa é complemento da incongruência, em que as duas se relacionam com uma pausa instantânea do pensamento, surgindo assim o humor e riso. O “*punch line*”, ou seja, a resolução da incongruência é um fator importante na criação deste tipo de humor. Corresponde à percepção do incongruente/absurdo por parte da pessoa, o choque entre o ilógico e o considerado esperado (Gremigni, 2012; Suls, 1972, citado por Martin & Ford, 2018). É esta dualidade semântica que caracteriza esta teoria.

Os psicólogos Paul McGhee e Rod Martin foram (e são) duas grandes influências no estudo do humor. Entre imensos registos científicos, sobressaem dois: o modelo do desenvolvimento do humor (de McGhee) e a formulação dos Tipos de humor (de Martin). McGhee, em paralelismo com as fases de desenvolvimento de Piaget, desenvolveu um modelo de 4 fases onde aplica a Teoria da Incongruência das diversas faixas etárias, de acordo com o desenvolvimento cognitivo das crianças (Martin & Ford, 2018). Desenvolveu igualmente um programa de hábitos de humor.

Os tipos de humor formulados por Rod Martin são reunidos em dois grupos: humor positivo e humor negativo. O humor positivo promove o bem-estar, a esperança, a agregação social. Fazem parte o humor afiliativo (suscita alegria nas relações, o riso com os outros, é agregador. José (2002) caracteriza-o como um humor capaz de encontrar o lado positivo das situações pois ri de todas vivências) e o humor de autodesenvolvimento (a pessoa consegue rir dos seus próprios erros e partilhar os momentos embaraçosos com a consciência que estão com a rir dela, mas também com ela - Indicado para estratégias de *coping*). O humor negativo correlaciona-se principalmente com sentimentos hostis como sarcasmo, ironia, humor negro, tensões e conflitos, onde o próprio se valoriza em detrimento do outro. É composto por humor agressivo/hostil (onde

existe um alvo específico do humor, neste caso, da “chacota” - nas crianças é identificado como o “*bully*”, que maltrata os pares ao recorrer à agressividade, o que provoca riso nos que assistem - danifica relações interpessoais e valoriza a superioridade), e pelo humor autoinfligido ou autodestrutivo (a pessoa tem noção que é o alvo de humor, podendo ter benefícios por saber rir de si mesma, mas, se usado de forma constante, poderá cair na perda de respeito e na contínua ridicularização da pessoa, da sua profissão ou dos seus ideais - é usado para criar humor à sua própria custa, acartando mais desvantagens que benefícios) (Martin & Ford, 2018; José, 2002, 2010; Raskin, 2008; Sousa & José, 2016). Estes são usados no dia a dia. Martin desenvolveu um questionário capaz de identificar qual o tipo de humor com o que cada pessoa se identifica, facilitando a perceção de qual é o sentido de humor mais indicado (Martin & Ford, 2018).

Além das teorias clássicas aqui referidas, existem muitas mais, como a teoria da ambivalência, que reúne emoções conflituosas ou a teoria configuracional, onde existe uma relação causa/efeito entendida apenas numa fase posterior, causando riso (José, 2002). Segundo Robinson (1991), citada por José (2002), o humor promove a interação social, reduz o medo e constrangimento presentes na prestação de cuidados de higiene ou procedimentos desconfortáveis, alivia o desconforto, promove um ambiente rico em alegria e riso, auxilia na expressão de sentimentos, fomenta a relação terapêutica, atua no controlo da dor, na solidão, é um agente de confiança e segurança. O humor proporciona uma aliança terapêutica capaz de diminuir a distância entre enfermeiro e criança, habituando-a a um ambiente alegre, propício a aliviar as tensões da sua situação de saúde-doença e desdramatizar situações difíceis (Phaneuf, 2002).

1.2. O Humor no cuidado à criança e adolescente

Os cuidados de enfermagem focam-se na relação interpessoal de um enfermeiro e o seu alvo de cuidados, seja este o cliente (criança), a sua família ou a comunidade. O exercício profissional de enfermagem distingue a sua prática pela atuação do enfermeiro, consoante a natureza individual que a profissão transporta, através de crenças e valores intrínsecas ao cuidar multicultural, abstendo-se de juízos de valores, tendo sempre por base a formação académica e experiência profissional. É na construção de uma relação terapêutica e de ajuda, promovida pelo enfermeiro, que se centra o objeto da sua intervenção, com vista à melhoria do estado de saúde-doença, na dimensão fisiológica, psicológica, sociocultural e económico-ambiental. A promoção do crescimento e

desenvolvimento da criança e adolescente, o incentivo à autonomia, o incentivo ao processo de vinculação e cuidados antecipatórios, a promoção de autoestima e autodeterminação e os cuidados às crianças com necessidade especial são os focos essenciais do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Ao longo de todo o ciclo vital, o enfermeiro foca o seu cuidado em processos de promoção de saúde, prevenção de doença, readaptação e reinserção, para que a autonomia e independência das atividades de vida diárias seja (re)adquirida. As intervenções de enfermagem são a forma de atuação do enfermeiro. Estas são divididas entre intervenções interdependentes e autónomas. No caso do EESIP, estas intervenções, bem como o processo de tomada de decisão, negociação, liderança e supervisão são da responsabilidade deste, com sustento na evidência científica, no olhar holístico da criança e na promoção da excelência do cuidado de enfermagem, como recomendado pela OE. As intervenções interdependentes são iniciadas por outros profissionais de saúde, tendo um teor cooperativo com os mesmos, com responsabilidade conjunta. As intervenções autónomas têm total autonomia por parte do enfermeiro, assim como a responsabilidade da sua prescrição, implementação, avaliação. Este tipo de tomada de decisão ilustra a abordagem sistémica e completa do profissional de enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2002, 2017). O humor como intervenção de enfermagem incide nesta autonomia do cuidar, onde o enfermeiro está munido de todas as ferramentas para a sua aplicabilidade. Recordo que se consideram autónomas as *“ações realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”*, tal como descrito nos termos da Lei, no nº 2 do Artigo 9 do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro de 1996 (pg 2961). Apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância do humor nos cuidados, o seu uso na prática diária ainda é recente. Com a correta compreensão para a intervenção do humor, o enfermeiro pode cuidar de forma personalizada, criativa e simplificada, criando uma relação terapêutica com a criança e pais (Dowling, 2002).

O humor nos cuidados de enfermagem começou a ser estudado e aplicado no ensino sensivelmente a partir da década de 90. Nightingale (1990), citada por José (2002) confirma que o riso é uma das principais formas de aliviar o sofrimento, seja através de uma conversa, de um livro ou de outra opção. Em enfermagem, o humor visa gerir a tensão e ansiedade, promover o conforto, combater a dor e o medo do hospital, o que possibilita a promoção da saúde e a prevenção da doença. Embora possa ser usado sem

intenção, o humor com intencionalidade terapêutica é o mais benéfico para a criança, influenciando a relação com o enfermeiro, bem como a relação de ajuda da tríade enfermeiro-criança-família, através da criação de um ambiente de leveza e alegria (José, 2010; Potts & Mandleco, 2012). O humor transforma as emoções negativas como a tristeza, o desconforto e o desespero em sentimentos positivos como o prazer, o lúdico e o bem-estar, ajudando na desdramatização de situações. Este estimula o sorriso e o riso, a emoção simbiótica com o humor, que está presente desde tenra idade. Exemplo disso são os risos dos bebês, correspondendo a um sentimento de excitação/alegria extrema. Seja em latentes ou crianças/adolescentes, independentemente da idade, as interações de humor fomentam o desenvolvimento das relações de afeto, tanto a nível emocional ou social (Ordem dos Enfermeiros, 2013; José, 2010; Adams, 1998). A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve o humor e a empatia como estratégias de aquisição de mecanismo de *coping* para relações duradouras e uma vida mais feliz (World Health Organization, 2011), isto é, se for aplicado desde cedo (infância e adolescência), na fase adulta as pessoas tendencialmente terão maior estabilidade relacional.

A definição de criança não carece de dúvida. Nos termos da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90 de 8 de junho de 1990, segundo o artigo 1º, “*Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo*” (pg. 3738-12). Todas as crianças passam por diversas fases de desenvolvimento, uma delas a adolescência, faixa etária proveniente de maior alteração biológico-cognitiva. Neste caso, a adolescência compreende o período de transição da idade infantil para a idade adulta, habitualmente definido no intervalo aproximado entre os 12 e os 18 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2016).

Qualquer situação de saúde-doença que obrigue a criança a sair de sua casa tem a potencialidade de ser traumática, especialmente a hospitalização pode ser uma experiência adversa para a criança: restrição de visitas, medo da dor, do desconhecido e do sofrimento, desconfiança nos profissionais de saúde e do ambiente hospitalar em si. A separação brusca do seu quarto e da casa em contraste com máquinas, sons a horas inesperadas, imposição de regras e procedimentos invasivos, podem marcar a criança/adolescente futuramente (Gremigni, 2012; Diogo, 2016). Esta, habitualmente, tem mecanismos de *coping* limitados e carece de ajuda para ultrapassar estes acontecimentos, onde os principais stressores são a separação, a perda de controlo e alterações corporais (Hockenberry & Wilson, 2016). O EESIP pode fazer a diferença

através da promoção da gestão emocional e da humanização dos cuidados. Adams (1998) reforça o humor como uma das ferramentas mais importantes para a melhoria da situação saúde-doença da criança, onde a criatividade e a audácia são aliadas na personalização das intervenções humorísticas. Considerado uma estratégia de humanização eficaz (Diogo, 2016), este pode ser usado de diferentes formas. Ao aplicar o humor no hospital, o enfermeiro está a desconstruir um ambiente culturalmente ligado à doença, ao isolamento e a procedimentos dolorosos, para capacitação da criança de sentimentos positivos como a alegria, autoconfiança, promoção da esperança, resiliência para enfrentar situações de doenças crônicas, realização de ensinamentos, alívio do desconforto e relaxamento face a situações de ansiedade, sem necessidade de optar por estratégias farmacológicas (Fontana, 2012; José, 2012; Potts & Mandleco, 2012; Sim, 2015; Vilaythong et al, 2003). Fisiologicamente, o humor e o riso provocam libertação de endorfinas e beta-endorfinas (substâncias analgésicas com propriedades idênticas à morfina) que atuam na diminuição e controlo da dor, diminuição da hormona do *stress*, na estimulação da circulação sanguínea, na redução da probabilidade de doenças cardíacas (Capela, 2011), aumentando a atividade de células Natural Killer e imunoglobulinas (Berk, et. al.; 2001 & Bennett, et al, 2003, citados por Sousa & José, 2016).

Na prática da Enfermagem, o humor é identificado como uma intervenção na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e também na *Nursing Interventions Classifications* (NIC). Estas taxonomias de enfermagem descrevem os diagnósticos e intervenções praticadas por enfermeiros. A NIC refere o humor como a capacidade que a criança e a sua família têm de perceber, apreciar e expressar o que é lúdico, divertido ou absurdo, com a finalidade de criar e melhorar a relação terapêutica, alívio de tensões, expressão de sentimentos, melhorar os ensinamentos, enfrentar situações potencialmente desconfortáveis ou dolorosas e utilizar mecanismos de *coping*, para sentimentos negativos como raiva e tristeza. Para que o humor tenha sucesso é necessário avaliar qual o humor preferido da criança, explicar a intencionalidade terapêutica, escolher com a criança e famílias quais os materiais, brinquedos e jogos preferidos para utilizar, monitorizar a resposta ao humor e, novamente, avaliar se este foi ou não eficaz, e como melhorá-lo (Bulechek, 2016).

A intervenção humorosa nos cuidados de enfermagem direcionados à criança e adolescente faculta uma importante estratégia no dia-a-dia do enfermeiro. A sua intencionalidade terapêutica permite, baseado em evidência científica, que este consiga

resultados satisfatórios na sua aplicação após formulação dos diagnósticos de enfermagem associados. Estas intervenções autónomas carecem de toda a atenção que qualquer outra atividade de enfermagem requeira: identificação das necessidades, planeamento, execução, avaliação e reflexão. Mantendo o juízo crítico e espírito reflexivo inculcado e incorporado no EESIP, será possível desenvolver o humor na prestação de cuidados de enfermagem, no decorrer de cada contexto e situação clínica.

1.3. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A Teoria do Conforto desenvolvida por Katharina Kolcaba remonta à década de 90. Esta é uma teoria de médio alcance, pois descreve, compreende e interpreta um número limitado de conceitos com a possibilidade de reflexão e atuação na prática da enfermagem. Conforto pode significar a simples ausência de desconforto, um estado de felicidade, liberdade ou alívio, acalmar uma situação com carga negativa ou ultrapassar um evento agitado. É uma palavra com uma tradução holística, mas também complexa. Por isso, Kolcaba define conforto como um estado imediato de fortalecimento das necessidades humanas através do alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos-chave da teoria (físico, psicológico-espiritual, socioeconómico e ambiental) (Kolcaba & DiMarco, 2005; Tomey & Alligood, 2004).

Para Kolcaba, *Enfermagem* define-se pela avaliação e respeito nas necessidades de conforto, a implementação de medidas de conforto e reavaliação após a ação, comparativamente com a apreciação inicial. Este tipo de apreciação e avaliação das necessidades de conforto pode ser subjetiva (através, por exemplo, a avaliação da dor do cliente) ou objetiva (através de observação efetiva de algum parâmetro alterado detetado, como a presença de solução de continuidade), tendo por base escalas comprovadas ou métodos tradicionais como questionário. Considera-se *Doente/cliente* a pessoa, família ou comunidade alvo dos cuidados de saúde. Por sua vez, o *Ambiente* é descrito como qualquer aspeto do cliente, família ou comunidade que podem ser modificados e melhorados, seja pelos enfermeiros ou pessoas de referência, de forma a melhorar o conforto. A *Saúde* traduz-se por um funcionamento ótimo e confortável segundo a opinião do cliente, família ou comunidade em questão (Tomey & Alligood, 2004). Após a explicação dos conceitos metaparadigmáticos, fica mais perceptível os diferentes tipos de conforto que Kolcaba defende.

O alívio corresponde à satisfação de uma determinada necessidade expressa, para que a criança restabeleça as suas funções habituais (como o controlo da dor). A tranquilidade condiz com um estado de calma ou de ausência de desconforto. Para tranquilizar a criança, não é obrigatório que esta experiencie algo desagradável, apesar de o enfermeiro poder estar sinalizado para algum futuro desconforto, como o aumento da dificuldade respiratória numa agudização do estado de saúde ou o risco de desidratação moderada/severa numa criança com quadro de vômitos. A transcendência dita a capacidade de a criança ultrapassar ou suplantar os seus desconfortos quando estes não podem ser evitados ou suprimidos (Apostolo, 2009; Tomey & Alligood, 2004).

Estes tipos de conforto são usados em quatro contextos específicos. Começando pelo contexto físico, este inclui os fatores fisiológicos cuja criança necessita que sejam ultrapassados para a melhoria da sua condição de saúde, como a dor, a náusea, ou necessidade mais subtis (que a criança e os pais podem não estar atentos) como a administração de fluidos ou regulação da temperatura corporal. O conforto psicoespiritual corresponde à sua própria autoestima, confiança nos profissionais de saúde, sexualidade e motivação. Exemplos de intervenções de conforto psicoespiritual são a permissão de visitas excepcionais ou uma relação de ajuda munida de palavras de encorajamento. O contexto sociocultural refere-se a aspetos tanto da cultura daquela criança como ser individual, mas também todo o apoio social e atitude de positividade para ultrapassar os problemas sentidos. Capacitar a criança para pensamentos positivos na sua recuperação ou providenciar a visita de amigos ao hospital são exemplos de atuação segundo este princípio (Apostolo, 2009; Kolcaba & DiMarco, 2005). Por fim, o contexto ambiental centra-se nos elementos circundantes à criança. A exposição a fatores de stress como luz intensa ou conversa num tom elevado causa um aumento da frequência respiratória, do ritmo cardíaco e dos níveis de pressão arterial, piorando a experiência hospitalar da criança, contribuindo para o seu desconforto (Matziou, 2013). Ações como redução de luz, ruído, minimizar a interrupção do sono e adaptar o quarto ao gosto/necessidade da criança são consideradas corretas intervenções de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Relativamente à população pediátrica, a díade criança-família torna-se no principal alvo de cuidados do enfermeiro. Aqui, o conforto transforma-se num fator ainda mais requisitado na intervenção do Enfermeiro Especialista. Seja na identificação de dor ou ansiedade, existem diversas intervenções associadas e possíveis para aliviar o desconforto, sendo cada vez mais aceite o conforto como uma necessidade básica à vida, segundo Kolcaba & DiMarco (2005). Ainda segundo os mesmos autores, a aplicação

estrutural da Teoria do Conforto é exequível na criança e adolescente, o que apenas reflete na valorização e importância do conforto em todas as faixas etárias. Existem três categorias de intervenções de conforto no foro pediátrico: conforto padrão, com o objetivo de manutenção da homeostasia e controlo de queixas álgicas, tal como a monitorização de sinais vitais e administração de analgesia. Estas ações ajudam essencialmente na promoção do conforto e na recuperar funções fisiológicas; conforto instrutivo, na melhoria da ansiedade ao informar e serenar sobre a condição de saúde, no incentivo de esperança e na elaboração de um plano realista de recuperação; o “*conforto da alma*”, definido como as ações praticadas por enfermeiros para que as crianças fiquem confortáveis através da transcendência, tais como fornecer um alimento preferido, uma massagem terapêutica num latente, o uso do toque com carinho ou a técnica de imagem guiada (Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005).

Existem diversas formas de reduzir estes desconfortos com estratégias não-farmacológicas. De entre estas, o humor e o riso são métodos importantes no controlo da dor - aumentam a tolerância ao *stress* e lidar com emoções como o medo, a ansiedade e até mesmo o aborrecimento em meio hospitalar (Phal, 2018). É com estas intervenções que os enfermeiros podem igualmente incentivar as estratégias de *coping* – mecanismos cognitivos e comportamentais usados para adaptar/ultrapassar situações de *stress* - da criança em contexto hospitalar (Phaneuf, 2002; Dowling, 2002).

O humor, adicionado à prática de intervenções de conforto, funde-se com esta teoria de médio-alcance por intermédio da estrutura taxonómica supracitada. Ao juntar os três tipos de conforto com os quatro contextos aplicáveis, Kolcaba cria uma tabela de dupla entrada que espelha a taxonomia da sua teoria. É baseado nesta tabela que se podem balizar as intervenções humorísticas.

A junção entre o humor e a teoria de Kolcaba torna-se eficaz na construção e aplicação da sua estrutura taxonómica. Esta cruza os tipos de conforto com os contextos de atuação, clarificando assim a estruturação dos cuidados prestados com a base teórica do conforto holístico da pessoa (neste caso, criança), tal como Kolcaba enuncia (Tomey & Alligood, 2004). A taxonomia, em forma de tabela, está presente em cada contexto de estágio, ligando assim a vertente teórica com o plano de cuidados e as intervenções realizadas. Nas diversas tabelas estão presentes os três tipos de conforto supracitados. O alívio identifica as necessidades reconhecidas pelo enfermeiro, para que estas possam ser planeadas e trabalhadas através da tranquilidade e transcendência. Tal como defende Sharma et al (2016), existem intervenções de enfermagem relacionadas com o humor que

estão diretamente associadas à prática de promoção do conforto. A dor é um exemplo comum nas três tabelas elaboradas. Esta é classificada como uma necessidade da criança a ser satisfeita. Para atingir um estado de tranquilidade, a administração de medicamentos, juntamente com terapêutica não farmacológica, como os jogos de palavras, são estratégias eficazes. Relativamente à transcendência, é fundamental englobar ações que aumentem o autoconhecimento e autoestima. Pretende-se assim, que haja uma superação dos problemas identificados, sem lugar para preocupação com o sofrimento ou dificuldades. (March & McCormack, 2009; Rainha, 2011).

Fazendo a amalgama dos dois assuntos acima citados, o humor possibilita prestar cuidados nos três componentes específicos do conforto, cruzando os seus quatro contextos, com especial enfoque na transcendência e no psicoespiritual respetivamente. José (2002) recorda que:

“o humor surge como inato espontâneo, contagioso, de natureza transcendental, essencial à vida humana e com importantes benefícios tais como: facilitar a aprendizagem, aliviar as dores e o sofrimento, acalmar, distrair, descontrair, tranquilizar, relaxar, desdramatizar situações, ajudar (...) ultrapassar a solidão. O humor funciona como um importante mecanismo de coping, fornece suporte espiritual e favorece a autonomia da pessoa, a expressão de sentimentos e a relação entre pessoas.” (pg. 162).

A intervenção humorosa providencia a satisfação de necessidades de conforto nos diversos contextos explanados por Kolcaba. Esta teoria de médio-alcance suportou a minha prática, objetivando a promoção do conforto em sintonia com a aplicação humorosa, pois servem de base de sustentação mútua, com uma aplicabilidade subjetiva mediante a ótica de quem intervém, mas concreta na ação que tem na criança.

1.4. Estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem direcionados à criança escolar e adolescente: uma *scoping review*

Tal como qualquer profissão de teor científico, a Enfermagem requer a prática da mais recente pesquisa bibliográfica para ancorar a prestação de cuidados. A Enfermagem baseada na evidência, assegura o desenvolvimento da sua esfera de conhecimentos através da contínua busca pela ciência mais atual, com o rigor e sistematização recomendada pelas linhas orientadoras de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A prática baseada na evidência (PBE) preconiza o uso rigoroso da mais recente evidência científica, adicionado à opinião de peritos e à experiência profissional empírica, inerente a cada profissional. Segundo a OMS, a PBE não só apresenta vantagens para os clientes, que experienciam a prestação de cuidados após criterioso escrutínio dos registos científicos, contribuindo para o aumento da satisfação e segurança do cliente e da qualidade dos cuidados de enfermagem, como também para os enfermeiros, operacionalizando a profissão de forma mais personalizada, com promoção do empoderamento e do desenvolvimento contínuo e avançado da enfermagem (World Health Organization, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Seguindo as indicações da *Joanna Briggs Institute* (JBI), uma organização de reconhecimento internacional na pesquisa científica no ramo da Enfermagem, foi realizada uma revisão *scoping* com o intuito de mapear a evidência produzida associada a um determinado tópico. Este tipo de revisão pretende uma pesquisa alargada sem restrição de estudos ao invés da revisão sistemática da literatura, que se focaliza nos melhores dos resultados, com critérios claramente definidos e estipulados (Peterson et al, 2017; The Joanna Briggs Institute, 2015). Neste caso específico, pretende-se “*mapear as estratégias para aplicação do humor nos cuidados de enfermagem na criança em idade escolar e adolescente*”.

Este estudo foi realizado conforme as indicações do JBI (2015), aliado ao cumprimento das regras descritas no guia orientador da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório (Universidade Católica Portuguesa, 2019). Assim sendo, é importante definir *a priori* a questão de revisão, elaborada com base no acrónimo PCC, sendo este definido por população (P): crianças em idade escolar e adolescentes; conceito (C): estratégias associadas à intervenção do humor em enfermagem; contexto (C): cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. A revisão pretende responder à questão “Quais as estratégias para aplicação do humor como cuidado de enfermagem à criança em idade escolar e adolescente?” Esta investigação engloba tanto estudos qualitativos como estudos quantitativos, entre 2009 e 2019, garantindo a evidência científica mais recente.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa preconiza três etapas. A primeira etapa incide numa pesquisa inicial circunscrita pelo motor de busca *EBSCO-HOST* às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, para uma análise prévia das palavras-chave e

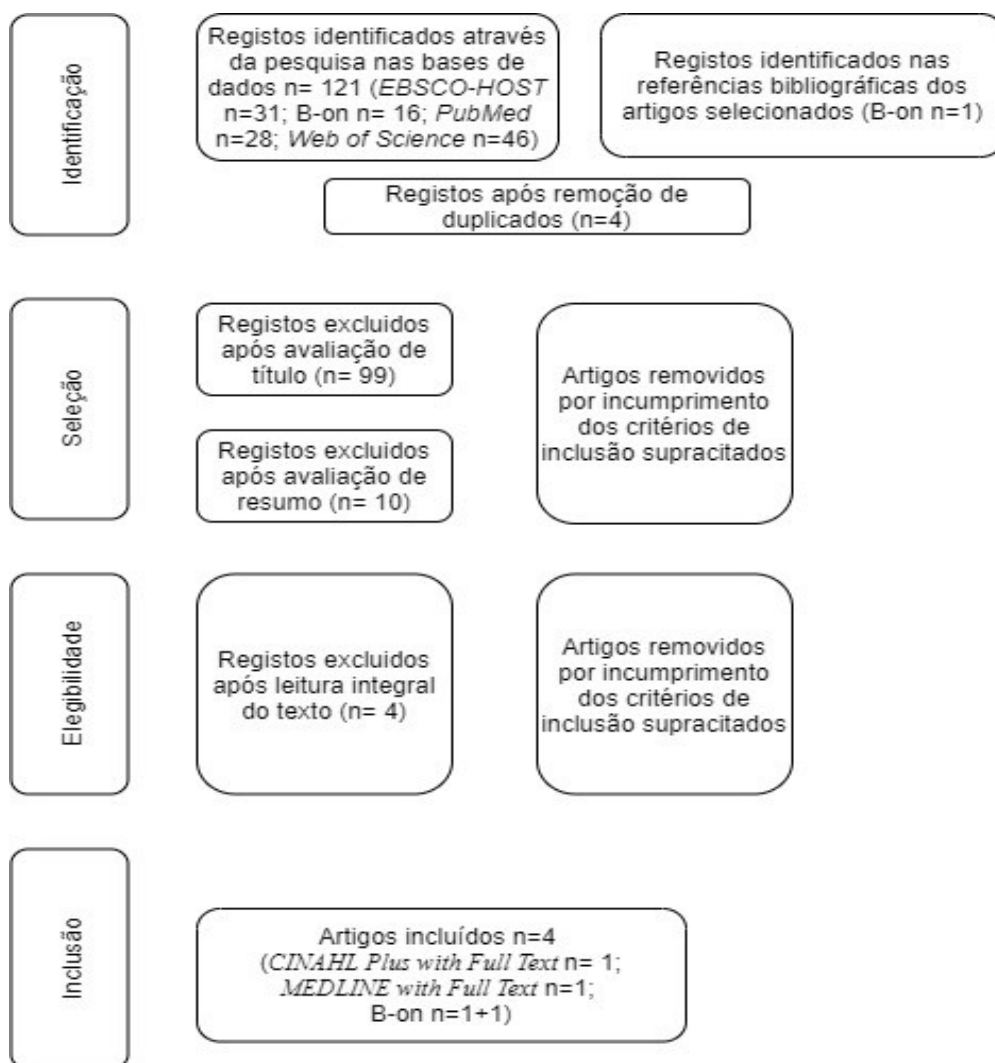
termos indexados. No final desta, foi possível identificar os termos preferidos para a segunda pesquisa, definindo-se assim os descritores, bem como os operadores booleanos. Após validação dos termos pelo *MeSH (Medical Subject Headings)*, foi ordenada a equação de pesquisa de acordo com a prioridade de cada descritor: “*(humor OR wit and humor OR humour) AND (nurs* care) AND (child* OR adolescent)*”. Como segunda fase desta investigação, efetuei uma nova pesquisa utilizando a equação formulada. Após a sua realização nas bases de dados supracitadas, apercebi-me da escassez de estudos, pelo que abrangí igualmente as bases de dados SciELO – *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca do Conhecimento Online (B-on), *Web of Science, Nursing and Health Sciences (by Wiley Online Library)* e ainda o motor de busca *EBSCO-HOST (Cochrane Database of Systematic Reviews e Nursing & Allied Health Collection Comprehensive)*. As pesquisas foram concretizadas entre outubro e dezembro de 2019, na língua portuguesa e inglesa, com a limitação etária (“*child: 6-12 year*”; “*adolescent: 12-18 year*”). Como terceira e última etapa, a pesquisa foi efetivada através das referências bibliográficas dos estudos obtidos. Em novembro, foram encontrados dois artigos através dos dois primeiros motores de pesquisa referidos (E1; E2). Outro artigo foi encontrado na pesquisa de dezembro que englobou as outras bases de dados citadas (E3) e, por último, o outro artigo foi encontrado tendo recorrido às referências bibliográficas (E4). Verificou-se a duplicação de registos nas pesquisas realizadas. Os resultados foram devidamente escrutinados e avaliados quanto à sua pertinência: numa primeira fase verificou-se o cumprimento dos critérios de inclusão no título. De seguida, verificou-se o *abstract*, isto é, a leitura integral do resumo. Por fim, procedeu-se à leitura do texto completo, tendo-se identificado 4 artigos. O processo de seleção realizado através do fluxograma PRISMA apresentado (Fluxograma 1) espelha o enquadramento lógico até aos artigos selecionados para a *scoping review*

Extração de Resultados

Após a pesquisa supracitada, o processo de avaliação e escrutínio de registos, incluiu 4 artigos finais. Os estudos selecionados apresentam pouca diversificação mundial e temporal, com intervenções tanto grupais como individuais. Os resultados são apresentados na forma de quadro, devidamente organizados segundo adaptação à metodologia inserida no manual de *JBI (2015)* para *Scoping reviews* (quadro 1). Cada quadro está organizado por: título de estudo, autores, ano de publicação, tipologia, local,

população, tipo de intervenções e resultados obtidos, tendo-se acrescentado um parâmetro extra intitulado “relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo”. Assim sendo, o quadro exposto ilustra os principais resultados de cada artigo.

Fluxograma 1: Seleção de artigos através de fluxograma PRISMA



Fonte: JBI, 2015

Quadro 1 – Extração de resultados

Artigo 1	
(E1) Título do Estudo	Humor intervention program for children with chronic diseases
Autores	In Ok Sim

Ano de Publicação	2015
Tipo de Estudo	Estudo quasi-experimental
Local do Estudo	Coreia do Sul
População em estudo	33 crianças em idade escolar entre 9-12 anos com doença crónica
Tipos de intervenções	Postura positiva e sorridente, Sessão de partilha de histórias humorísticas, uso de cartas cómicas, vídeo humorísticos (como por exemplo: Mr Bean, 101 dalmatas, Tom and Jerry). Pedra-papel-tesoura; Jogos de desejos; reforço positivo, gargalhadas e aplausos; dança e canções; jogos caça ao tesouro; Brincadeiras com colegas, jogos de equipa, quizz, pintar caricatura no futuro.
Resultados obtidos	As intervenções ajudam a potenciar o empoderamento e efeitos terapêuticos nas crianças. Entre os demais, destacam-se: efeito positivo em problemas comportamentais (incluindo hiperatividade, ansiedade e imaturidade); aumento da resiliência, da autoestima e positividade; promoção de boa relação com os pares (aumento da socialização, confiança e união).
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	Interpretação de atividade aplicáveis na prática de enfermagem; apresentação dos efeitos psicológico-sociais do humor. Enumeração de intervenções humorísticas. Fomenta estratégias criativas e originais na resolução de problemas.
Artigo 2	
(E2) Título do Estudo	The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of school-aged children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study
Autores	Kim SangHee; KimShin-Jeong; Jung Dukyoo; Oh HyunJoo
Ano de Publicação	2018

Tipo de Estudo	Estudo quasi-experimental
Local do Estudo	Coreia do Sul
População em estudo	46 crianças em idade escolar com dermatite atópica
Tipos de intervenções	Videos humorísticos, canções, leitura de livros e banda desenhada, jogos humorísticos, balões, videos motivacionais, jogos interativos e sociais, jogos de interpretação de personagens/dramatização, uso de materiais humorísticos
Resultados obtidos	Neste estudo, o humor possibilita o aumento da função imunológica (especificamente, imunoglobulina A), potencia a positividade em crianças com doenças autoimunes; diminuição da pressão arterial e da hormona do stress; aumento da tolerância e do alívio da dor; benefícios a nível físico, psicológico e social.
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	Apresentação de vantagens a nível fisiológico, físico e psicológico. Estratégias comunicacionais e de carácter social.
Artigo 3	
(E3) Título do Estudo	Humor – um cuidado holístico e promotor da criança
Autores	Helena José
Ano de Publicação	2012
Tipo de Estudo	Estudo reflexivo e analítico/ Revisão bibliográfica
Local do Estudo	Portugal
População em estudo	Crianças e adolescentes

Tipos de intervenções	Abordagem sorridente, vídeos humorísticos, brincadeiras, jogos de palavras (“anedotas”), atividades de riso em grupo, partilha de histórias cómicas
Resultados obtidos	No estudo em questão, os resultados indicam o humor: ajuda no cumprimento de regras e normas; melhoria da socialização e da frustração; reduz o sofrimento nos procedimentos potencialmente dolorosos; potencia a tríade enfermeiro-criança-família; promove a relação terapêutica com a criança; atenua o stress; aumenta a autoconfiança e autoestima da criança e família; proporciona conforto e relaxamento; fortifica o laço entre pares; estimula criatividade e resiliência.
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	Aplicação do humor na prática de enfermagem, nas diversas faixas etárias; acumulo e validação de estratégias humorísticas
Artigo 4	
(E4) Título do Estudo	A atividades lúdica na enfermagem: “brincando” e prevenindo doenças transmissíveis
Autores	Rosane Fontana
Ano de Publicação	2012
Tipo de Estudo	Relato de experiencia
Local do Estudo	Brasil
População em estudo	Crianças e adolescentes

Tipos de intervenções	Jogos didáticos; jogos pedagógicos, com temas ligados à Saúde, jogo da memória, jogo tipo “caça ao tesouro”; Dramatização com bonecos; Teatro de fantoches, distração
Resultados obtidos	O estudo em questão confirma a promoção do ensinosa desenvolvimento cognitivo e a responsabilidade social.
Relação dos resultados obtidos com os objetivos do estudo	Utilização do humor em atividades educação para a saúde, o que confirma a aplicabilidade deste em área como Saúde Escolar.

Fonte: JBI, 2015.

Discussão

O artigo E1 aborda a implementação de um programa de intervenções humorísticas em crianças em idade escolar com patologia crônica associada. Estes programas foram aplicados em diversas sessões devidamente planejadas, cada uma delas com um objetivo específico. O autor reforça a importância deste estudo no âmbito das intervenções de enfermagem pelos resultados obtidos através do humor. As ditas intervenções humorísticas deste programa contribuíram para o aumento da resiliência e maturidade, promoção de atitudes positivas, bem como a redução da ansiedade, estimulação do pensamento criativo e originalidade, das relações interpessoais e confiança entre os pares (Sim, 2015).

O artigo E2 aborda os efeitos de intervenções humorísticas a nível físico, fisiológico e psicológico direcionadas a crianças em idade escolar, com dermatite atópica. Este estudo foi realizado em duas escolas de ensino básico. Entre os demais critérios avaliados, os dados fisiológicos foram mensurados por recolha de saliva para regular o cortisol, responsável pelo *stress*. Ainda fisiologicamente, tanto o humor como o riso diminuem a pressão arterial, reduzem o *stress* e potenciam o sistema imunitário através do aumento de imunoglobulina A, uma das responsáveis pela produção de anticorpos. A nível físico e psicológico, a diminuição do *stress* e o aumento da tolerância à dor são os principais achados. Apesar de não haver alteração no prurido destas crianças, pode concluir-se pelas vantagens enumeradas, que o humor melhora igualmente a autoestima

e relação social entre pares. O estudo evidencia a utilização do humor como não farmacológica e de fácil acesso, económica, com atuação nos diversos contextos clínicos, validando esta intervenção de enfermagem com sucesso (Kim et al, 2018).

O artigo E3 trata-se de um artigo analítico e reflexivo com fundamentação bibliográfica, que sintetiza a importância do humor no ciclo vital da criança/adolescente, iniciando-se por uma contextualização fisiológica do seu efeito. Esta referencia os diversos benefícios tanto a nível da promoção da saúde, a prevenção de doença, a facilitação de relação terapêutica, o controlo e alívio da dor, incentivando o conforto e relaxamento tanto da criança como dos pais. Enfatiza ainda o uso humorístico para resolução de conflitos, enfrentar situações ameaçadoras, e principalmente, promover a confiança da criança e pais nos cuidados prestados, bem como no próprio enfermeiro. Com o foco na experiência hospitalar, este artigo destaca essencialmente as diversas formas de intervenção humorosa, fundamentado com os estudos de Erickson e McGhee sobre o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança ao longo dos anos. A abordagem humorística, seja através de brincadeira, vídeos ou jogos de palavras, baseia-se simplesmente na comunicação do enfermeiro. Por isso, e segundo a autora, estas intervenções devem ter um carácter intencional, terapêutico, personalizado, criativo e fundamentado, com o holismo proveniente dos cuidados de enfermagem (José, 2012).

O artigo E4, por sua vez, foca-se no trabalho do enfermeiro enquanto promotor de ensinamentos, utilizando o humor como ponto de partida. De forma mais pormenorizada, foram organizadas atividades pedagógicas para crianças e adolescentes sobre doenças transmissíveis, cujas intervenções lúdicas variavam entre jogos em grupo, jogos individuais, teatro de fantoches e dramatização com bonecos. Este conjunto de atividades demonstrou que o humor pode ser utilizado eficazmente e de forma pedagógica, ao promover oportunidades de aprendizagem, responsabilidade social e estratégias de resolução de conflito (Fontana, 2012). Em suma, o humor pode ser aplicado em contexto de aprendizagem, modificando a transferência de conhecimento através de uma estratégia lúdica e prazerosa, levando a uma consolidação da educação para a saúde.

A realização deste estudo mostrou que as ações interventivas mais comuns são a criação de situações humorísticas visuais e verbais, visualização de vídeos humorísticos ou motivacionais, uso de brinquedos e da brincadeira, jogos de palavras/anedotas (José, 2012; Sim, 2015), jogos com balões, leitura de livros/banda desenhada, partilha de histórias cómicas, jogos em grupo que estimulem sentimentos positivos e expressões de

alegria, atividades que impliquem cantar ou dançar (Sim, 2015; Kim et al, 2018), teatro com fantoches ou dramatizações com bonecos/peluches, jogos didáticos (Fontana, 2012).

Este estudo apresentou limitações. Existem pouco artigos científicos realizados por enfermeiros. Verifica-se igualmente uma escassez de estudos na área de enfermagem com a aplicação do humor vertente pediátrica (isto é, direcionados para crianças e adolescentes) durante friso temporal determinado. O humor é uma atividade estudada por diversas áreas, nomeadamente a psicologia, terapia ocupacional/alternativa, educação, sociologia e enfermagem, razão pela qual existe uma grande variedade de registos científicos, mas com pouca incidência na enfermagem e na população pediátrica.

Os resultados apresentados são corroborados por estudos anteriores sobre a utilização do humor em contexto pediátrico nos cuidados de saúde. Na década anterior, outros estudos foram realizados acerca da mesma temática, onde Dowling (2002) concorda com as estratégias para a intervenção do humor: jogos de palavras, vídeos e livros cómicos, partilha de piadas, histórias e canções humorísticas, poemas e adivinhas. Acrescenta a construção de “carros do humor” como uma das estratégias mais populares (composto por chapéus, livro para colorir, mascaras, bolas anti-stress), estratégia igualmente sugerida e suportada pela Ordem dos Enfermeiros (2013).

Dowling (2002) elucida diversas vantagens do humor na prática de enfermagem pediátrica, como a adesão ao regime terapêutico, alívio de tensão e stress, promover a relação interpessoal, controlo da dor, melhoria do sistema imunitário, estratégia de *coping*, promoção da ingestão de alimento, melhoria da autoestima e isolamento social, o que vai incidir nos objetivos e resultados dos estudos pesquisados. Tal evidência é corroborada através da investigação de Mussa & Malerbi (2008), partilhando ideais idênticos nos benefícios do uso do humor na criança em idade escolar com a partilha/contar de histórias e sessão de brincadeira, fomentando a socialização e facilitando o controlo da dor e a ingestão de alimentos após a brincadeira. Também a Ordem dos Enfermeiros reconhece a importância do humor e valida o uso de material lúdico e didático como uma estratégia eficaz na sua implementação nos cuidados, como bolhas de sabão (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Comparativamente com a população adulta, existem similaridades nas ações humorísticas. Sousa e José (2016) sugerem a partilha de jogos de palavras/piadas, visionamento de filmes e livros humorísticos e realização de compêndio de material humorísticos específico (como por exemplo o “nariz vermelho”). Conclui-se, curiosamente, a existência de estratégias e benefícios similares da utilização do humor,

seja na população adulta ou pediátrica. A diferença está no uso do humor nas diversas faixas etárias, bem como nas diversas abordagens na criança e adolescente. Esta comparação potencia a investigação futura com o intuito de entender quais as convergências e divergências entre ambas as populações relativamente à aplicação do humor.

Conclusão

O humor como intervenção e as suas estratégias associadas, são parte recorrente dos cuidados de enfermagem. Este tem a particular vantagem de beneficiar a criança/adolescente em diversos parâmetros, seja a nível físico, psicológico, social e interpessoal (Sim, 2015). Atualmente o humor é incentivado durante a hospitalização, com a obrigatoriedade moral de ser terapêutico e personalizado, baseando-se numa filosofia de cuidados de conforto e transpessoais (José, 2012). Tanto a nível hospitalar ou escolar existem benefícios claros na utilização do humor como estratégia de *coping*, controlo não farmacológico da dor, distração, promoção da relação terapêutica, distração de procedimentos invasivos, alívio de tensão, empoderamento e promoção a gestão de sentimentos tendencialmente negativos como raiva ou frustração.

Embora a maioria das situações humorísticas seja ainda de carácter não intencional, é dever do EESIP promover o seu planeamento, execução e avaliação desta intervenção autónoma. A relação comunicacional desenvolvida pelos profissionais é beneficiada com o humor, pois fortalece os laços criados, melhora a disposição parental e das crianças. As competências específicas do EESIP garantem a atuação distinta do enfermeiro no cuidar da criança/adolescente, fomentam a gestão diferenciada da dor e bem-estar, promovem a adaptação da criança e família à sua situação de saúde-doença (incluídos as suas atividades de vida diárias) e a autoestima do adolescente. O humor pode ser um aliado vantajoso como técnica motivadora de cuidados, como atitude de adaptação a situações de teor negativo, facilitador de expressão emocional e incorporando uma ferramenta de aprendizagem onde o EESIP pode especificar a sua ação. A evidência científica tem um papel fulcral na sistematização do cuidado centrado no humor.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO

Durante o percurso do Curso de Mestrado para me tornar EESIP, frequentei três locais de estágio onde aprendi a exercer funções de Enfermeiro Especialista, aplicando os conhecimentos teóricos e práticos inerentes à especialidade. Saliento que as prestações de cuidados clínicos tiveram como alicerces os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2017) bem como o referencial teórico escolhido de Katharine Kolcaba. Os resultados da revisão *scoping* tiveram um importante papel especificamente no contexto de Internamento Pediátrico.

Toda a aprendizagem e experiência proporcionadas contribuíram para a aquisição de competências indexadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018). Está consagrado nos mesmos Regulamentos o dever do EE exercer as suas funções com profissionalismo e segurança, suportando a tomada de decisão através da ética e da deontologia profissional tal como os seus resultados e avaliação subsequentes, de forma a proteger os direitos do cliente, sem juízos de valor ou discriminação de qualquer categoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No exercício das minhas funções enquanto enfermeiro proficiente no processo de aquisição da perícia e das competências de EESIP, (re)validei o cumprimento dos quatro princípios éticos nos cuidados de saúde. O princípio da beneficência incide no dever de executar todas ações com o foco maior benefício possível para o alvo nos cuidados, neste caso a criança e família. Porém, este torna-se num desafio complexo e arriscado de ser usado a solo devido ao equilíbrio entre risco-benefício e ao peso acrescido dos valores, das crenças e do interesse do cliente. A este princípio, alia-se o da não maleficência que se traduz na ausência de intervenções que causem qualquer tipo de dano, sendo até mais importante que o primeiro. O princípio do respeito da autonomia valoriza as escolhas pessoais, o consentimento informado e proteção da privacidade, bem como toda e

qualquer decisão ou ação livre e autónoma que o cliente possua. O princípio da justiça, preconiza igualdade e equidade de cuidados para todas as situações (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Através do respeito pela dignidade e singularidade humana, foram considerados os princípios supracitados em todos os contextos de estágio, durante todas as prestações de cuidados.

De seguida, descreve-se o percurso que me permitiu integrar e consolidar o desenvolvimento do meu percurso na arte do cuidar em Enfermagem nos diversos contextos: Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Internamento Pediátrico. Este capítulo espelha a aquisição de competências de EE e EESIP supracitadas, bem como a igual aquisição dos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015), competências conferentes de grau de Mestre. Para todos os contextos de estágio, defini um objetivo geral comum:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança e adolescente.

Em cada contexto será explanado a caracterização do local, qual o diagnóstico situacional presente, que objetivos específicos foram delineados e quais as atividades ancoradas aos mesmos, com um carácter analítico e reflexivo das competências adquiridas. Por uma questão de confidencialidade, anonimato e respeito do Primado do Ser Humano, não será exposto qualquer tipo de nomeações possíveis de identificar os locais de estágio, adiantando que se realizaram em hospitais na área da Grande Lisboa.

2.1. Serviço de Urgência Pediátrica

O primeiro estágio da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” refletiu-se numa das primeiras escolhas aquando situação de doença aguda numa criança: Serviço de Urgência Pediátrica. Por exercer funções no mesmo contexto num hospital incluído no Serviço Nacional de Saúde (SNS), optei por realizar este estágio num hospital privado em Lisboa. Segundo diretiva do Ministério da Saúde, unidade privada de serviço de saúde refere-se a qualquer instituição que se focaliza na prestação de cuidados de saúde, não incluído no SNS (*in* Serviço Nacional de Saúde). Neste SUP são prestados todo o tipo de cuidados, seja do foro pediátrico ou cirúrgico, a indivíduos com idade inferior a 18 anos,

em situação de doença aguda e emergente. Foi possível a prestação de cuidados a esta população-alvo nas diversas valências correspondentes ao SUP: numa primeira abordagem inicial na triagem, posteriormente na realização de tratamentos ou nos cuidados direcionados a um internamento de curta duração ou cuidados intermédios na sala de observações (SO) e ainda no apoio à especialidade de cirurgia pediátrica, para situações de crianças com feridas incisivas, queimaduras, entre outras. Também existe prestação de cuidados no serviço de internamento pediátrico, da responsabilidade de alguns enfermeiros da equipa do SUP. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros (3 EESIP) e assistentes operacionais e administrativos.

Após o diálogo com diversos membros da equipa de enfermagem, notei que, apesar de usarem o humor, nem sempre era aplicado com intencionalidade terapêutica, bem como a ausência do mesmo em algumas situações indicativas para a sua ação. Deparei-me com uma equipa jovem e motivada, com consciência da importância da comunicação, conforto e relação terapêutica com a criança e família, onde admitem o uso do humor como intervenção de enfermagem, seja na equipa multidisciplinar ou no cliente, neste caso, criança e família.

Objetivo específico 1: prestar cuidados de enfermagem especializados direcionados à criança no contexto de Urgência Pediátrica.

O primeiro objetivo deste estágio focou-se na prestação direta de cuidados no contexto em questão. Tive oportunidade de cuidar de crianças nos diversos momentos presentes num serviço de urgência, seja na triagem, sala de tratamentos e SO. Antecipadamente houve a preocupação de realizar uma breve revisão bibliográfica da literatura para atualização de conceitos. Apesar de prestar cuidados mais frequentemente na sala de tratamento, as outras valências foram igualmente importantes na prática, bem como na gestão das emoções da criança e família.

É cada vez mais importante garantir um cuidado humanizado que respeite a singularidade e individualidade da criança e da família, seja em situação de doença aguda ou de emergência vital. O ambiente hospitalar constitui uma barreira à prestação de cuidados por ser desconhecido, ruidoso e, por vezes, despromovido de afeto (Neves et al, 2016). Diogo (2016) relembra o medo como um sentimento recorrente em todo o contexto hospitalar, especialmente no serviço de urgência. Por sua vez, a dependência de cuidados, ansiedade familiar, sentimento de desconforto/incerteza e a sensação de perda de controlo

para a tomada de decisão são algumas barreiras mais comuns à prestação de cuidados neste contexto (Committee, 2001).

Face a estas problemáticas, é importante tomar medidas para as contrariar. Neves et al (2016) e Dahlquist & Pendley (2001) elucidam a manutenção de uma comunicação com clareza, munida de escuta ativa e privacidade, respeitando as crenças da família. A adaptação da criança ao SUP assenta na criação de um ambiente seguro, carinhoso, confortável em todas as situações, promovendo a relação terapêutica (Diogo, 2017). Reitero que esta relação vinculativa entre enfermeiro e criança deve manter a escuta atenta da vontade da criança/família, com uma postura positiva e reforçada, onde o afeto é inerente a cada faixa etária. A presença dos pais nos cuidados potencia a parentalidade positiva, bem como a adaptação da criança ao SUP, ajudando na relação da tríade enfermeiro-criança-família. Assim, o enfermeiro assegura não só a colaboração da criança/família e a sua compreensão para a situação de saúde/doença, mas também valida os ensinamentos transmitidos para a prevenção de situações futuras, fruto de uma correta comunicação empática (Paulo, 2010; Neves et al, 2016).

Noutros estudos (Pinto et al, 2010; Dudley et al, 2015), a presença dos pais na continuidade da prestação de cuidados no SUP (desde a triagem até ao momento da alta), como a tomada de decisão partilhada e o empoderamento, isto é, a facilitação para autonomia de decisão com base na confiança e honestidade, correspondem à metodologia do cuidado centrado na família, com aplicações à população pediátrica. Este tipo de modelo de prestação de cuidado deve estar presente no EESIP para envolver a família no tratamento da situação de saúde/doença da criança. O cuidado em tempo útil, sensível e competente, articulado com a preocupação holística em enfermagem, complementam o cuidado e satisfação das necessidades de conforto direcionadas à criança, seja a nível físico, psicológico ou sociocultural (Gillespie et al, 2012). Estas estratégias, já descritas, sustentaram a minha prática neste estágio, o que suscitou diversas reflexões informais com os restantes enfermeiros, validando as intervenções aplicadas compatíveis com as referidas. Outras opções de intervenção de enfermagem, discutidas entre a mesma equipa incluíram o brincar, o humor, a distração e a positividade inerente à abordagem do enfermeiro, eleitas para assegurar a diminuição/ausência de medo, visando a promoção do conforto e incentivo da relação terapêutica.

Relato um dos episódios que aconteceu no SO, quando cuidava de uma jovem de 13 anos. Tinha sido submetida a uma apendicectomia e encontrava-se nesse momento ao

meu cuidado, enquanto aguardava o encaminhamento para o internamento. A sua mãe, por coincidência, seria intervencionada no mesmo hospital, nesse mesmo dia.

Ao aproximar-me da adolescente, reparei na sua face triste, análgica, sem interesse em distrações, (como ver televisão). Abordei-a tentando saber a causa desse rosto pesaroso, ao que me respondeu sentir-se receosa e preocupada pela sua mãe e que, estando as duas na mesma situação clínica, gostaria de poder ficar próxima da mesma durante o período de recuperação.

Apesar de incomum, era um desejo válido: queria passar por esta experiência hospitalar com a mãe, lado a lado, onde podiam “*tomar conta uma da outra, fazer companhia e ver televisão juntas como em casa*”. Manifestei-lhe o meu apoio dizendo-lhe que entendia o que sentia, e que iria perceber quais as opções disponíveis para poder concretizar o seu pedido, mas em troca gostaria de ver um sorriso na sua cara. Com a sua autorização, questionei a Enf^a Orientadora e a Enf^a Chefe qual a possibilidade da concretização desta vontade. Após alguns (re)ajustes no serviço de internamento pediátrico e com a devida autorização superior, foi viabilizado um quarto onde ambas pudessem permanecer juntas. Informou-se o pai da jovem sobre a sua vontade, o qual anuiu. Quando a mãe saiu do recobro, juntou-se à filha no mesmo quarto. Neste exemplo, o desconforto ambiental e social da criança e, igualmente importante, a sua vontade, motivou a tomada de decisão.

Englobar a criança e a família nos cuidados, potencia uma melhor experiência hospitalar e evidencia uma relação de maior confiança com os enfermeiros, demonstrando empatia e preocupação com o conforto da doente. A tomada de decisão partilhada não desresponsabiliza o enfermeiro no seu agir, pelo contrário, ao planear os cuidados com respeito na vontade da criança e respetiva família, está a envolvê-los no processo da tomada de decisão, na procura da melhor solução, respeitando a dignidade e vontade do próprio (Deodato, 2014).

Seja a nível da gestão da dor, emoções ou cuidados intermédios, este estágio proporcionou-me a legitimação do trabalho e dever do enfermeiro no SUP. Além da promoção da participação das crianças e família nos cuidados, o EESIP deverá estar atento relativamente à gestão emocional e da dor, promoção do bem-estar da criança, situações de possível instabilidade das funções vitais, mas também adequar a sua comunicação consoante o grau de desenvolvimento infantojuvenil e sociocultural da família.

Objetivo específico 2: implementar intervenções de humor com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem especializada direcionados à criança em situação de doença aguda.

Defini este objetivo após outra reunião informal com a Enf^a Orientadora e partilha de ideias sobre as necessidades de capacitação da criança para enfrentar todas adversidades acometidas a um SUP, bem como à sua situação de saúde-doença. São várias as preocupações de uma criança no hospital: medo de dor, do abandono da família, do desempenho escolar ficar em risco, de procedimentos invasivos e de dispositivos clínicos, de perder o grupo de amigos, de perda da autoestima, danificar a imagem corporal, de não acordar da anestesia, da morte... A simples abordagem de um profissional de saúde pode suscitar o maior medo. Neste sentido, o humor é um valioso aliado do enfermeiro (Diogo, 2016; Baldini & Krebs, 1999; Hockenberry & Wilson, 2016). Quando usado com foco, o humor serve de apoio na capacitação da criança, pois o hospital, apesar do seu cariz assustador e invasivo, é o local indicado para tratamento da sua situação momentânea, possibilitando a gestão de preocupações e criação de um laço de relação de ajuda.

Para gestão dos medos e promoção do humor foi incentivada a partilha de experiências de forma informal com diversos enfermeiros, através da expressão da importância do humor num SUP, quais as estratégias usadas e os resultados esperados. Ao longo do tempo, fui aplicando estratégias de humor através da comunicação como jogos de palavras, antes, durante e após um procedimento invasivo (José, 2010; 2012; Sim, 2015), dramatização (Fontana, 2012) na preparação do mesmo (como por exemplo “o que vou fazer é apenas colocar um barquinho num pequeno rio que tens na mão chamado “veia”. Vai doer um bocadinho, como se fosse um beliscão, mas quando o barquinho estiver na veia, não dói mais nada”), distração e imagem guiada (OE, 2013). No decorrer do estágio, à medida que ia aplicando estas estratégias, e apesar de ter a validação da Enf^a Orientadora, da criança e da família sobre o sucesso na aplicação do humor, houve necessidade de um momento de introspeção sobre a minha prática. A reflexão faz parte de uma das ferramentas da esfera do EESIP, seja na ponderação sobre os cuidados diários, sobre o pensamento construtivo e o processo de tomada de decisão responsável, mas também sobre a adoção de novas opções até então não indagadas, as terapias complementares e a sua ligação entre a teoria e a prática (Pereira-Mendes, 2016; Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 422/2018). Considerei importante avaliar

como se sentiriam as crianças e adolescentes após a implementação do humor. Estaria realmente a ter um efeito benéfico? Coincidiu com os resultados esperados? Tal como no Apêndice I, a reflexão espelha os meus sentimentos sobre estas questões através do relato de uma situação específica.

Durante o estágio, apoiei a minha prática no Modelo de Desenvolvimento do Humor, de McGhee. Este modelo referenciado no capítulo anterior, sustentou-me na adaptação do humor (através da Teoria da Incongruência) a cada faixa etária, consoante o desenvolvimento cognitivo da criança/adolescente. Registei igualmente os jogos de palavras utilizados ao longo do estágio, bem como um conjunto de questões segundo Dowling (2002) com vista a compreender que tipo de humor cada criança aprecia. Perguntas como “o que fazes para te divertir? Queres partilhar momentos divertidos?” fazem parte desta lista. Este inventário de perguntas fornece um ponto de partida aos enfermeiros que possam ter dificuldade na abordagem à criança ou até mesmo na criação de momentos humorísticos. Com recurso a este instrumento de colheita de dados, incluímos a criança nos cuidados humorísticos percebendo a sua preferência a nível lúdico ao mesmo tempo que se incentiva a mesma a contar episódios considerados divertidos. Todos estes tópicos foram englobados no “Guião do Humor”, um compêndio sucinto para sensibilizar a aplicação do humor no SUP através de diversas estratégias como o brincar, a distração ou a imagem guiada, segundo documentação variada.

Por necessidade do SUP, a sala de brincadeira encontrava-se em remodelação. Uma das dificuldades que a Enfermeira Orientadora expôs incidiu não nos brinquedos e materiais humorísticos, mas sim na sua desinfeção: quais os materiais propícios a um ambiente hospitalar? Qual a forma de desinfeção de brinquedos de plástico, madeira ou outros materiais? Os peluches são indicados? Como tal, fez igualmente parte do guião do humor (Apêndice II) um exemplo de triagem correta dos brinquedos a ter neste contexto, bem como a sua limpeza e desinfeção. Desta forma, o enfermeiro pode garantir a utilização de materiais humorísticos pelas crianças, ao mesmo tempo que mantém a segurança da saúde pública e impede a propagação de microrganismos nocivos.

As ações de enfermagem desenvolvidas em contexto clínico foram devidamente agrupadas em necessidades de conforto, permitindo a individualização de cuidados bem como a ordenação lógica dos mesmos. Baseado no estudo de Sharma et al (2015) focado no conforto em idade pediátrica, o quadro seguinte ilustra as necessidades de conforto identificadas em crianças no contexto de Serviço de Urgência.

Quadro 2 - Estrutura taxonômica da Teoria do Conforto aplicada ao Serviço de Urgência Pediátrica

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<i>Físico</i>	Dor, desconforto.	Administração de medicação, estratégias não farmacológicas.	Incentivo ao aumento da tolerância da dor através do humor.
<i>Psicoespiritual</i>	Recusa na colaboração dos cuidados, medo.		Necessidade de distração (bolhas de sabão, jogos de palavras).
<i>Social</i>	Profissionais desconhecidos.		Manter sorriso e postura positiva. Dramatização.
<i>Ambiental</i>	Presença em ambiente desconhecido.	Explicação do funcionamento hospitalar.	Adaptação do quarto hospitalar (mãe e filha).

Fonte: Sharma et al, 2013; DiMarco & Kolcaba, 2005.

A construção deste quadro foi alicerçada pelas intervenções aplicadas em estágio de forma a atingir os objetivos propostos. Exemplo disso foi a prestação de cuidados a uma criança de sete anos com uma tosse estridulosa, que recusava a toma da medicação (xarope), abanando a cabeça com um olhar desconfiado, afirmando que não queria. Como tal, primeiro, iniciei a abordagem com um sorriso, voz calma e aproximação suave (Sim, 2015; Kim et al, 2018). Perguntei posteriormente qual a razão para não tomar o fármaco, e que podíamos ficar um pouco a falar. A jovem explicou que tinha medo do sabor mau que podia ter e que não gostava de hospitais nem queria ficar internada. Continuou a expor os medos igualmente do odor, de ser picada ou de “tubos”. Em enfermagem, especificamente na vertente pediátrica, a mensagem transmitida deve ser clara, simples e apropriada à faixa etária, sem quaisquer juízos de valor, com uma atitude afetuosa (como usar a linguagem dos “inhos”) (Diogo, 2010; Paulo et al., 2010; Hockenberry & Wilson, 2016). Mantendo toda a atenção, comecei por explicar o que era o medicamento e qual o seu efeito. Seguidamente, disse-lhe que as princesas com poderes mágicos também ficam doentes. Acrescentei que elas também não gostam de tomar remédios, mas que bebem um pouco de água imediatamente e passa logo, num instante. Aludi à dramatização e

distração (Kim et al, 2018; Fontana, 2012) e incentivei ao lado positivo da situação (Phaneuf, 2005): *“repara, isto não é remédio. É uma poção de fadas para as princesas ficarem curadas! Se tu tomares podes mais tarde brincar com as tuas bonecas. Bebes um pouquinho de água, esperas um pouco para voltares ao médico e vais para casa brincar. E podes brincar aos hospitais, mas desta vez são as bonecas doentes e tu a enfermeira simpática”*. Foram usadas diversas medidas para garantir o conforto da jovem, satisfazendo cada receio/desconforto identificado nos contextos.

Competências adquiridas

No SUP pude cuidar de diversas crianças e adolescentes em situação de doença aguda. Esta experiência possibilitou outro olhar da prática de enfermagem em situação de urgência/emergência, bem como na relação estabelecida com a criança e família. A resposta célere e o pensamento lógico e clínico têm que ser rápidos e precisos. Preconiza-se que o enfermeiro em situação de emergência esteja munido das ferramentas necessárias para atuar em qualquer cenário. Considero que os meus objetivos foram atingidos com sucesso, bem como as atividades adjacentes, através da minha reflexão pessoal, com recurso à evidência científica. O constante estudo e aprendizagem, juntamente com a formação contínua preconizada, permitiu o desenvolvimento de conhecimento, bem como a aquisição de competências a nível de EE das quais destaco as sub-categorias *“Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg 4748), *“Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”*, *“Gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg 4749); como EESIP, incluo *“reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”* e *“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”* (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19193). Patenteio igualmente o cumprimento dos seguintes Descritores de Dublin preconizados para o grau de mestre, pois considero a demonstração de *“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que condicionem essas soluções e esses juízos”* e ainda *“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: - Sustentando-se nos conhecimentos de nível de 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde desenvolva e aprofunde”* (Joint Quality Initiative, 2015).

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O segundo contexto de estágio decorreu num hospital na área da Grande Lisboa. Esta UCIN apresenta a seguinte estrutura: uma sala denominada “unidade de cuidados intensivos pediátricos”, com 4 vagas para crianças com necessidade de internamento intensivo, uma sala de cuidados intensivos neonatais, esta com 5 incubadoras para o recém-nascido prematuro (RN) ou até ao 28º dia em situação de instabilidade vital e uma sala de cuidados intermédios neonatais com capacidade para 10 clientes, onde o RN já não possui critérios de vigilância intensiva mas ainda carece de autonomia de funções vitais essenciais, nomeadamente alimentação, respiração e mobilização. Este serviço funciona com o método de enfermeiro responsável, onde um (ou dois) enfermeiros ficam destacados para cuidar daquele RN e família sempre que o turno possibilita, desenvolvendo uma relação próxima com os mesmos. Neste local de estágio os cuidados prestados são mais evidenciados e focados pela particularidade clínica do RN, mas também pelo importante papel parental destacado nesta fase. A família é uma presença constante, marcada pelo incentivo na parceria de cuidados e pela capacitação de ensinamentos por parte do enfermeiro responsável.

Devido à brevidade do estágio, à sua complexidade de cuidados e à especificidade do público-alvo, a primeira semana de estágio baseou-se na observação de cuidados e em reuniões informais com o En^{fn} Orientador e En^{fn} Chefe numa reflexão conjunta sobre o diagnóstico de situação. No período de observação, registei as diversas situações clínicas complexas pelo qual o RN poderia passar. Constatei igualmente num conjunto de intervenções de enfermagem que os enfermeiros adotavam. Tive oportunidade de assistir nessa semana a uma formação em serviço acerca dessas mesmas intervenções: medidas neuroprotetoras. Por serem um conjunto de estratégias específicas para promoção do neurodesenvolvimento do RN, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica e apliquei as mesmas sempre que prestava cuidados. Por não existirem até à data estudos sobre o humor no RN, optei pela aplicação de intervenções humorísticas ou potenciadoras de humor nas famílias, abrangendo o carácter de gestor emocional inato à profissão de enfermagem.

Objetivo 1 - Prestar cuidados de enfermagem especializados direcionados ao recém-nascido e pais no contexto da Neonatologia.

O contacto com recém-nascidos prematuros e com a realidade dos cuidados neonatais teve um grande impacto por ser uma área completamente diferente àquela onde exerço funções, totalmente nova e interessante para mim. Benner (2001) espelha bem este sentimento, ao referir que *“todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerente aos cuidados não lhes forem familiares”*, isto é, existem momentos de aprendizagem, aprendizagem de conhecimentos e execução de técnicas que, embora profissionais de saúde no foro da enfermagem, nunca tivemos oportunidade de as concretizar, o que induz na reflexão, pesquisa e capacitação de novos saberes. Consciente desta realidade, foi necessário recorrer a peritos, tanto em matéria de neonatologia como de humor. Tendo presente o estudo de Diogo (2017) sobre o trabalho emocional do enfermeiro em contexto pediátrico, com aplicabilidade em neonatologia, pesquisei outros estudos da mesma autora, solicitando-lhe a marcação de uma reunião de reflexão, não só sobre a abordagem aos cuidados neonatais, mas também a aplicabilidade da gestão emocional (e mais pormenorizado, o humor) na prática de enfermagem pediátrica. A produtiva reunião com esta perita permitiu uma discussão presencial onde foram abordados temas como a gestão emocional e o humor em neonatologia, a inteligência emocional na prática de enfermagem e a importância do papel parental (Apêndice III).

Na posse dos conhecimentos adquiridos no encontro acima citado, potenciados pela formação em serviço, fiquei esclarecido e apto a iniciar os cuidados direcionados ao RN e à sua família. Os dados recolhidos incidiram numa discussão sobre as medidas neuroprotetoras com o Enf^o Orientador. Segundo Correia, que cita Altimier & Phillips (2013), este tipo de cuidados permite o desenvolvimento apropriado do RN de pré-termo, focando-se na prevenção da deficiência através da criação de conexões neuronais ideais. Nesta, encontrei semelhanças entre as intervenções neuroprotetoras (ambiente, parceria familiar, posicionamento e manipulação, salvaguardar o sono, minimizar stress e dor, proteger a pele e otimizar a nutrição) segundo Altimier & Phillips (2013) e Coughlin (2014) com o Modelo de Trabalho Emocional do Enfermeiro em Pediatria (promover o ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções do cliente, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional do próprio para cuidar) desenvolvido por Diogo (2010, 2017). Chegámos à conclusão que os dois

grupos se interligam, seguindo a lógica de Diogo (2017) quanto à aplicabilidade do estudo em Neonatologia. Na sequência da prestação de cuidados, tal como sugerido pelos autores, fui instruindo os pais para o respeito do sono do RN, da importância da presença parental e do apoio nos posicionamentos (estabelecido o horário com cada família individualmente) e, acima de tudo, potenciar a expressão de sentimentos e o método pele-com-pele tal como a OE e a OMS preconizam (Ordem dos Enfermeiros, 2008; World Health Organization, 2017).

Após uma das reuniões informais, percebi que a UCIN abrangia uma vasta multiculturalidade de clientes e famílias. Estes cidadãos habitualmente apresentam dificuldade na compreensão e aprendizagem da língua portuguesa, pelo que optam pela língua inglesa. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2018 cerca de 11% dos nascimentos em Portugal correspondem a mães de nacionalidade estrangeira residentes no país. Perante esta realidade, propus a tradução de folhetos sobre amamentação e extração e conservação de leite materno para língua inglesa. Os folhetos foram escolhidos pela pormenorização de informação importante, com inúmeras vantagens tanto para o RN como para a mãe, tal como suportado pela OMS e UNICEF (World Health Organization & UNICEF, 2018) e por Levy & Bértolo (2012), por vezes difíceis de ensinar às famílias com barreiras linguísticas (Apêndice IV). Este, após tradução, foram validados pela equipa multidisciplinar, e pelo pai de um RN, natural e residente em Inglaterra, que confirmou a veracidade linguística e semântica dos folhetos. Validei ainda a correta perceção da informação com famílias de origem nepalesa e são-tomense, que receberam os folhetos com agrado e entendimento dos ensinamentos realizados.

Objetivo 2 - Utilizar o humor com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem direcionados à família do recém-nascido em situação de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Tal como acima referido, observei o ambiente de neonatologia na primeira semana de estágio. Foi notório, quer nos pais quer nas famílias, a preocupação e o receio do ambiente da UCIN, constatando com a habituação do internamento de longa duração dos filhos. O espaço físico e a condição de hospitalização relembram aos pais a quebra do papel parental idealizado, bem como do bebé desejado (Heidari, 2013). Ao invés, deparam-se com um RN com instabilidade vital, “cheio de tubos” como gostam de apelidar. Nas reuniões informais, concluímos que seria benéfico a aplicação do humor

positivo nos pais dos RN. Considerei benéfico ter mais uma opinião abalizada de um perito, solicitando com a Prof^a José, enfermeira doutorada na área do humor nos cuidados de saúde e enfermagem (Apêndice V). A reunião com a perita foi extremamente produtiva, discutindo-se ideias para este contexto e para o próximo (Internamento Pediátrico). Uma das estratégias que aplicou no decorrer do seu doutoramento foi a mudança de nome de salas de um serviço de internamento de adultos (José, 2010). Inspirado por esta estratégia, sugeri a igual alteração do nome das 3 salas da UCIN. Esta medida visa potenciar o pensamento positivo, motivador e uma facilitação lúdica e humorosa num ambiente culturalmente associado também ao medo, à perda e à ambiguidade de sentimentos. Pretende-se o enfoque em mudanças positivas, suscitando o processo de empoderamento (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Ao mudar o nome das salas para, por exemplo “Sala dos Campeões”, “Sala dos Super-heróis” e “Sala dos Vencedores”, pretende-se que os pais sejam capacitados de sentimentos positivos por parte do enfermeiro, quando este refere “repare, é certo que precisa de ajuda de “tubos” para respirar e para se alimentar. Mas já reparou que o seu filho está na Sala dos Vencedores? Ele vai certamente vencer estas barreiras!”. Com recurso a material científico (Apêndice VI) e a uma ideia-exemplo da estratégia sugerida (Apêndice VII), após divulgação à equipa de enfermagem e acordo da Enf^a Chefe, esta medida aguarda aprovação do diretor clínico da UCIN para se proceder à concretização da mesma.

Como última atividade, e em complementaridade de um projeto de serviço em fase embrionária, elaborei uma norma de intitulada “Diário do Recém-nascido” (Apêndice VIII). Diversas unidades de neonatologia do país e no estrangeiro já adotaram esta estratégia que visa a expressão de sentimentos através da escrita. O diário reflete não só os sentimentos que a família vai incorporando, como um registo fiel e de conteúdo lúdico da evolução do RN no seu percurso na UCIN. Tal como José referiu na entrevista *“para o humor ter sucesso, não é necessário riso. Basta um gesto, um olhar, ou nem isso. Basta que a pessoa sinta que algo a divertiu naquele momento, que teve uma intenção face a uma situação menos boa”* (Apêndice V). Aquando da alta, este servirá de recordação, de material humoroso e igualmente como estratégia de *coping* para adversidades que a família possa enfrentar no futuro, recordando as batalhas vencidas ao nascer. A norma foi entregue ao grupo de trabalho para futura concretização da elaboração do diário em si.

Na UCIN, tal como supracitado, a população-alvo de cuidados são os RN e os seus pais. Parte deste primeiro objetivo envolve a prestação de cuidados holística de

ambos, principalmente na resolução desconfortos identificados. Neste tipo de unidade, onde se prestam cuidados relativamente específicos, é dever do EE validar todos os contextos de conforto, para uma possível maturação da plasticidade cerebral do RN e proximidade parental.

Quadro 2 - Estrutura taxonômica da Teoria do Conforto aplicada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<i>Físico</i>	Irritabilidade, desconforto.	Posicionamento e massagem ao RN.	
<i>Psicoespiritual</i>	Insegurança, ansiedade parental.		Alteração nome das salas da UCIN, norma do Diário do Recém-nascido.
<i>Social</i>	Afastamento parental.	Incentivo ao aleitamento materno.	Manter escuta ativa e comunicação terapêutica, incentivo ao método pele-com-pele.
<i>Ambiental</i>	Estímulos exteriores desconfortáveis (Ruído, luz forte).	Barreira linguística, reduzir volume da voz, diminuição da luminosidade.	Tradução de folhetos, RN em sono profundo. Incentivar silêncio.

Fonte: Sharma et al, 2013; DiMarco & Kolcaba, 2005.

As diversas ações aplicadas em estágio, como o correto posicionamento do RN (para minimizar desconforto e dor) ou a manutenção de um ambiente silencioso, com luminosidade mediana e incubadoras devidamente acondicionadas, foram importantes para melhorar o bem-estar e promover cuidados de excelência (Tamez & Silva, 2017). Reitero ainda que, ao aplicar as medidas neuroprotetoras defendidas por Coughlin (2014), foi potenciado o conforto nos diversos contextos, seja através do posicionamento, incentivo à amamentação e ao contacto pele-com-pele, e adaptação ambiental (como a diminuição do tom de voz e luminosidade, acondicionamento da incubadora).

Por sua vez, com a manutenção de uma relação de ajuda com os pais e familiares do RN, a comunicação terapêutica tem uma ação frutífera na capacitação de ensinos.

Através destes, a confiança e o conhecimento incidem numa autoestima e autocontrolo parental, facilitando o cuidado ao seu filho RN.

Competências adquiridas

Este estágio concretizou um desejo antigo e uma surpresa bastante agradável. A experiência como enfermeiro em contexto de neonatologia era uma vontade desde o 1º ciclo de estudos que pude realizar agora. Apesar de ser uma valência bastante específica, com a constante reflexão e discussão com o Enfº orientador, consegui perceber a globalidade e algumas especificidades do papel do EESIP neste contexto, ressaltando a importância da abrangência da família nos cuidados. A consulta realizada às peritas contribuiu significativamente na obtenção de ferramentas para a aplicação do humor com estratégias assentes na evidência científica. Numa UCIN a instabilidade não é incomum, o que obriga o enfermeiro a reagir rapidamente num curto espaço de tempo, onde a gestão emocional implica comunicação com precisão cirúrgica e presença do papel parental na parceria de cuidados. Adquiri novas competências de EE neste contexto, através da conquista das subseqüentes unidades: “*Promove a proteção dos direitos humanos*”, “*Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente*” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4746), “*Orienta projetos institucionais na área da qualidade*”, “*Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo*” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4747), “*Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4780) e de EESIP “*Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais*”, “*Comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19194). Relativamente aos Descritores de Dublin, reforço a capacidade de “*aplicar conhecimentos e de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo*” (Joint Quality Initiative, 2015).

2.3. Serviço de Internamento Pediátrico

O Internamento Pediátrico marcou o último local de estágio onde prestei cuidados de enfermagem diferenciados. Este realizou-se no mesmo contexto hospitalar anterior. O SIP é composto por 4 quartos individuais, normalmente indicados para situações de isolamento (estes quartos são vigiados 24 h/dia com transmissão direta para a sala de enfermagem. Os clientes e pais são previamente avisados), e 4 quartos com 3 camas/berços cada, perfazendo um total de 16, que podem ser alternados conforme a necessidade de internamento de latentes, crianças e adolescentes. Este serviço é ainda complementado por uma sala de preparação de medicação, sala dos brinquedos e hospital de dia, onde crianças e jovens se dirigem dos seus domicílios para realização de tratamentos, pensos ou administração de fármacos. À equipa multidisciplinar, adiciona-se a presença de duas educadoras de infância, que permanecem na sala dos brinquedos, e ainda a psicóloga e a dietista, duas profissionais incluídas na discussão e planeamento de cuidados aos jovens internados.

Foi realizada a habitual reunião com En^{fa} Orientadora, 2º elemento do serviço e com En^{fa} Chefe para análise e reflexão do diagnóstico de situação. Percebemos que o humor era utilizado, mas com pouca intencionalidade terapêutica, precisaria de uma concetualização específica e capacitação.

Objetivo 1 - Prestar cuidados de enfermagem direcionados à criança e adolescente em contexto de Internamento Pediátrico.

Neste estágio, cuidei de crianças e adolescentes, de diversas faixas etárias. Contudo, aliado pelo segundo objetivo, concentrei os meus cuidados num jovem adolescente específico com internamento prolongado. Em consonância com a En^{fa} Orientadora e En^{fa} Chefe, decidimos que, entre outras crianças, ficaria como enfermeiro de referência do adolescente (de nome R.), tendo em conta as necessidades do jovem de cuidados diferenciados. Os efeitos secundários do internamento são vastos: afastamento de amigos, medo de perda de identidade no grupo social (Baldini & Krebs, 1999), afastamento e isolamento social, tristeza, ansiedade (Gremigni, 2012; Hockenberry & Wilson, 2016), diminuição de autoestima, medo de lesão de autoimagem, e uma variedade de emoções negativas como o ciúme, sentimento de substituição, choro ou até mesmo raiva (Honicky & Silva, 2009; Hockenberry & Wilson, 2016; Diogo, 2017). O sentimento

de isolamento social e aborrecimento estavam presentes neste jovem, além de não ter acesso a materiais de estudo de momento, nem vontade de os estudar. Passava os dias a conversar com os profissionais de saúde, a jogar consola, no computador e telemóvel, mas mantinha os sentimentos referidos. Quando inquirido sobre o que gostaria de aprender de novo, referiu que tinha curiosidade na língua inglesa. Sugeri a realização de um contrato de saúde onde o plano consistia na aquisição de novos conhecimentos para manter a estimulação cognitiva do jovem (Apêndice IX). Foi assinado por mim, pelo adolescente e pela Enf. Orientadora, e apresentado à equipa multidisciplinar, para que todos pudessem participar. Quando estava presente, praticava com o jovem e inquiri-o sobre os conhecimentos adquiridos. A equipa de enfermagem concordou igualmente com a realização de perguntas na minha ausência. Foi uma intervenção com sucesso, pois disponibilizei ferramentas de inglês básico, bem como aplicações linguísticas para telemóvel. O entusiasmo de aprender mais vocabulário manteve-se até ao dia da alta clínica, cumprindo o respeito pelo contrato realizado.

Além desta atividade promotora de relação de ajuda, reparei que o R. mantinha um discurso com frases como *“já fiz tudo o que me lembrava!”*, *“estou aborrecido”*, *“não há mais nada para fazer por aqui”*. Após articulação com as educadoras, e por atravessarmos a época natalícia, incentivei o R. a participar nas atividades de decoração de Natal com outros jovens. Recortes, colagens e pinturas. Contudo, mantinha o sentimento de isolamento, o que me levou a criar novas outras atividades, como a realização de passeios fora do serviço hospitalar, promovendo diálogo com o jovem, assim como sessões de lúdicos jogos de consola à sua escolha. Estas estratégias autónomas permitiram a facilitação de sentimentos lúdicos e alusivos a um estado de espírito alegre e divertido, com ausência de emoções de teor negativas. Os videojogos neste tipo de contexto promovem a estimulação cognitiva, a memória, o desenvolvimento de capacidades analíticas (Brandão, 2019) e de estratégias para lidar com frustração e resolução de problemas (Nijhof, 2018). Verifica-se igualmente uma valiosa ferramenta de alívio não farmacológico da dor e distração (Primark, 2012). Os passeios e a vontade de *“apanhar um pouco de sol na cara”* que R. por vezes pedia, é suportada pela literatura científica que evidencia os benefícios destas medidas. Souza (2005) e Barichelo (2016) valorizam a promoção de conforto, do diálogo entre enfermeiro-doente e, portanto, da relação terapêutica, bem como a distração e estimulação social. Cunha (2017) confirma a vantagem da exposição solar, bem como a audição de sons da natureza (vento, pássaros...), e indica o passeio como uma atividade de teor lúdico, isto é, humoroso. Os

passeios eram circunscritos ao piso 0 e 1 do hospital, onde por vezes estavam patentes exposições artísticas, incluindo a entrada hospitalar onde R. pôde apreciar os tais “banhos de sol” com grande satisfação.

O EESIP deve incentivar a prática analítica e reflexiva das suas ações. Deve igualmente estar dotado de uma metodologia organizada na planificação dos cuidados de enfermagem, com vista ao desenvolvimento da formação contínua, da gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017) com um envolvimento da prática baseada na ação e na evidência, para justificar uma tomada de decisão sustentada e efetiva (Pereira-Mendes, 2016). A experiência *in loco* na prática de enfermagem associada a um pensamento perceptivo possibilita ao enfermeiro atingir um padrão de análise crítica mais pormenorizado, o que incide no caminho de Benner para a promoção da perícia (Tomey & Alligood, 2004). Durante a implementação do plano de cuidados ao R., fui construindo um estudo de caso com o objetivo de indagar, sistematizar e ponderar acerca das ações de enfermagem aplicadas. Segundo Stake (1999), Bergen & While (2000) e Yin (2005), citados por Meirinhos & Osório (2010), esta ferramenta qualitativa ajuda a elaborar um esquema de estudo intrínseco do tipo descritivo único e holístico, com a finalidade de compreender um fenómeno/situação através da pormenorização. Ou seja, compreender a planificação, aplicação e avaliação dos cuidados prestados ao R., com a devida explanação dos diagnósticos, intervenções de enfermagem (incluindo as supracitadas) e respetivas avaliações (Apêndice X). Através da ordenação deste processo de cuidar, consegui fomentar a tomada de decisão fundamentada pela evidencia científica, criando um plano de saúde em parceria com o R. e pessoas significativas, com a promoção de uma ação dinâmica na tríade enfermeiro-criança/adolescente-família. Este estudo de caso foi apresentado e discutido numa sessão de formação direcionada à equipa de enfermagem, identificado como uma experiência de sucesso no processo de melhoria contínua e desenvolvimento de qualidade, com exposição de novas estratégias dinamizadoras dos cuidados.

Objetivo 2 - Promover a aplicação do humor com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança e adolescente no Serviço de Internamento Pediátrico.

Apesar do excecional contributo das peritas nacionais nas temáticas das emoções e do humor, decidi indagar mais sobre diferentes especialistas, estudos, e estratégias para

a aplicabilidade deste tema. Segundo Benner (2001) o perito não tem obrigatoriedade de seguir regras ou princípios analíticos, pois está munido pela experiência e sapiência de anos de profissão. A ação é suportada através da compreensão global e intuitiva, com um desempenho de elevada eficácia e profissionalismo inerente ao estatuto atingido (Nunes, 2010). Assim, escrevi a Hunter “Patch” Adams, um médico mundialmente conhecido pela utilização de materiais humorísticos, brincadeira e distração na sua forma de cuidar. Para meu regozijo, a sua resposta não se fez esperar através de uma carta (Apêndice XI), sendo também presenteado com um dos livros perito internacional na prática do humor. Este importante contacto tornou ainda mais firme a minha convicção (caso duvidas ainda houvesse), de abraçar a defesa deste tema a que me proponho, na verdadeira importância que tem o cuidar humanizado guiado pelo humor, conforto, amor, e empatia na relação com o cliente, neste caso, com a criança e a família (Adams, 1998). A prova reflete-se na Declaração dos Direitos da Criança, que vem corroborar os estudos e ideologias de Patch Adams, sobre o cuidar. Nos termos da Resolução, e segundo o princípio 6º, defende-se que: “a criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade (...) num ambiente de afecto e segurança moral e material (...)” (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas nº 1386 (XIV) de 20 de novembro de 1959, pg. 2). A tensão, a solidão e a ansiedade sentidas no internamento podem ser resolvidas com o humor e o riso, seja através de distração e facilitação do que é lúdico, assim como brinquedos e jogos de palavras (José, 2010). As estratégias aplicadas por Adams (1998) remetem ao estilo de humor afiliativo e de autodesenvolvimento, como José (2010) descreve, um humor do tipo “rir da vida”, que se traduz no humor com maiores benefícios para a saúde. Com Adams, foi possível a utilização de novas estratégias, bem como a reformulação da filosofia do cuidar com humor e com conforto.

Após a reunião inicial com a Enfª Orientadora, sugeri a realização de um questionário para inquirir qual a importância da aplicação do humor no SIP e o seu método de utilização. Este questionário, autorizado pela Enfª Chefe no serviço em questão (Apêndice XII) foi adaptado da dissertação de Fernandes (2015), que estudou o humor em contexto de cuidados paliativos. Devido à escassez de estudos sobre o humor com intervenções de enfermagem na população pediátrica, realizou-se a adaptação destas questões ao contexto em questão, com discretas alterações necessárias. Este questionário foi utilizado para avaliar a importância do humor enquanto intervenção para a equipa de enfermagem, qual a sua intencionalidade e quais as estratégias aplicadas (Apêndice XIII). O primado do Ser Humano, isto é, a dignidade, a privacidade e a singularidade de cada

pessoa interveniente, bem como o anonimato na recolha de dados, foram respeitados, tal como descrito nos termos da Lei, segundo o artigo 2º, do Capítulo I da Resolução da Assembleia da República nº1/2001 de 3 de janeiro, e segundo o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho Europeu de 27 de abril, respetivamente. O consentimento livre e esclarecido foi confirmado, tendo sido validada a compreensão da informação transmitida, segundo sugestão de (Deodato, 2018), quando aborda o Regime Jurídico do Consentimento em Saúde. Após análise das respostas (Apêndice XIV), verificou-se que os profissionais utilizam o humor na sua prática, havendo uma maior oposição relativamente à intencionalidade e estratégias escolhidas, bem como para a concetualização na CIPE, nos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Tal como Deodato (2014) recomenda, numa amálgama com ideologias de Kant, *“a verificação da existência do problema faz com que o enfermeiro forme uma vontade de resolvê-lo e será essa vontade construída que determinará (...) a concretização da ação”* (pg. 51). Esta filosofia vai ao encontro da formulação de estratégias para resolução do diagnóstico de situação definido.

Mantendo a sintonia com a En^{fa} Orientadora e com a En^{fa} Chefe, propus a realização de uma sessão de formação/capacitação intitulada “Humor na Criança e no Adolescente: Atuação do enfermeiro em contexto de Internamento Pediátrico” direcionada aos enfermeiros do SIP. Esta sessão foi aprovada e aguardada com entusiasmo. Divulgou-se esta ação com uma antecedência de três semanas. A sessão iniciou-se com um enquadramento concetual (exposição de diversões conceitos sobre o humor), seguindo-se uma contextualização sobre as teorias supracitadas e os tipos de humor, com um rápido enquadramento teórico. Foi apresentado à equipa as respostas dos questionários. Seguidamente incluí os resultados da *scoping review* realizada, que foram aplicados no decorrer do estágio, tendencialmente direcionados para o R. como para outros jovens internados. Por este motivo, incluí uma síntese do estudo de caso, mais concretamente os diagnósticos e intervenções de enfermagem associadas ao humor. Antes da conclusão, abri um espaço de discussão sobre a importância da temática/avaliação *in loco* e ainda uma sugestão de intervenções humorísticas com base na revisão *scoping*, incluindo outros documentos emanados pela OE e outros autores. A avaliação da sessão pelos profissionais está devidamente registada por questionário (Apêndice XV), marcando o sucesso e relevância do tema, bem como a capacidade de formador através do relatório apresentado (Apêndice XVI). Uma das principais reflexões realizadas em equipa, incidiu na importância da intencionalidade terapêutica. A prática do humor como

cuidado de enfermagem constitui uma estratégia de importante formulação e aplicabilidade, onde a intencionalidade terapêutica tem que ser mantida com o perigo de perda de idoneidade da profissão, tal como suportado pela literatura científica (José, 2012; Loon, 2014).

A sessão foi o momento escolhido para a apresentação oficial de outra atividade realizada. Apesar do SIP incluir uma sala da brincadeira, fisicamente está mais afastada dos quartos, e oferece uma vasta variedade de brinquedos, jogos e puzzles para entreter as crianças e adolescentes. Todavia, notei a falta de concetualização de materiais humorísticos para a intervenção do humor. Fontana (2012) sugere a dramatização e o uso de bonecos/fantoches, Sousa e José (2016) propõem livros com adivinhas, enigmas, canções, jogos de palavras e piadas. A OE (2013), através de um Guia Orientador de Boas Práticas, preconiza a criação de uma coletânea de materiais didáticos e lúdicos, objetos com cores vivas e diversas texturas, livros e desenhos, bolhas de sabão, bonecos e brinquedos. Esta foi outra atividade realizada no contexto do SIP. Construí um “Carrinho do Humor” (Apêndice XVII), móvel, dividido por faixas etárias, devidamente identificadas, onde cada gaveta continha materiais específicos para a intervenção autónoma do enfermeiro, segundo OE (2013). José (2010) aplicou esta estratégia enquanto doutorada com resultados positivos. Foram igualmente facultados um conjunto de livros e jogos de computador ao SIP. Estes materiais devem ser usados com intencionalidade terapêutica, com um diagnóstico de enfermagem associado. Seja para incentivar o conforto e alívio da dor, minimização da ansiedade e o *stress* (Kim, 2018; José, 2012; Sim, 2015) ou promoção da relação enfermeiro-doente (Souza, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2015a, 2017), a intervenção do enfermeiro deve ser munida de planeamento, execução e avaliação, com objetivos definidos e resultados esperados. Além da vertente terapêutica, pode também ter a vertente lúdica para, por exemplo, entreter os jovens quando a família se ausenta combater sentimentos de solidão e medo, promover a socialização com outras crianças, estimular momentos positivos e alegres (Adams, 1998; McCreddie & Payne, 2014). Assim, foi realizada uma norma (que aguarda aprovação) com o objetivo de uniformizar esta estratégia de aplicação do humor, estando presente a fundamentação associada e a discriminação de objetos humorísticos (Apêndice XVIII). Após a apresentação, o Carrinho foi recebido com entusiasmo pela equipa de enfermagem. Após a sessão, foram preenchidos questionários de satisfação que refletiram a relevância que esta temática tem no dia-a-dia dos cuidados de enfermagem

pediátricos. De notar que, todas as intervenções apresentadas na sessão formativa foram aplicadas em estágio, após avaliação concreta das necessidades da criança.

Tal como nos outros contextos de estágio supracitados, a utilização da estrutura taxonómica de Kolcaba (Tomey & Alligood, 2004) permitiu a interligação entre a vertente teórica e prática, consoante as carências de conforto observadas. Neste caso específico, as intervenções de enfermagem realizadas no SIP proporcionaram o conforto dos diversos contextos, salientando os contextos físico e psicoespiritual.

Quadro 2 - Estrutura taxonómica da Teoria do Conforto aplicada ao Serviço de Urgência Pediátrica

	<i>Alívio</i>	<i>Tranquilidade</i>	<i>Transcendência</i>
<i>Físico</i>	Dor, desconforto	Estratégias que fomentem o riso (jogos de palavras, histórias lúdicas).	Aumento da tolerância da dor com bolhas de sabão e atitude positiva.
<i>Psicoespiritual</i>	Desmotivação Medo	Dramatização (Carrinho do humor), comunicação positiva e calma.	Contrato de Saúde, motivar atividades de interesse próprio/recreativas
<i>Social</i>	Isolamento social, separação/solidão,		Utilização de videojogos, incentivo na socialização com outras crianças
<i>Ambiental</i>			Passeios. Sessão formativa

Fonte: Sharma et al, 2013; DiMarco & Kolcaba, 2005.

A presença hospitalar acomete a criança e adolescente de sentimentos como medo, desconforto ou ansiedade. O internamento intensifica-se com o medo de solidão, separação do grupo de amigos, dano na autoimagem e autoestima e desmotivação (Hockenberry & Wilson, 2016). Durante este estágio, o conforto foi proporcionado de diversas formas, seja através de atitude positiva, jogos de palavras, materiais humorísticos ou incluindo as intervenções descritas no Estudo de Caso. O Contrato de Saúde realizado estimulou a autoestima, o empoderamento e a pedagogia numa forma lúdica, facilitando o internamento, ao mesmo tempo que incentivava a cognição. A realização da Sessão

formativa ajudou a promover e incluir o humor na prestação de cuidados equipa de enfermagem, que pode ser englobado na tranquilidade e transcendência, uma vez que as suas intervenções visam também o aumento da autoestima, ganho de capacidades e capacitação de esperança (Vilaythong et al, 2003).

Competências adquiridas

Considero que este estágio foi o mais proveitoso para comprovar a aplicabilidade do humor em contexto pediátrico. Esta forma de cuidar é compatível com a autonomia da prestação de cuidados do enfermeiro, pois prevalece a responsabilidade individual, bem como o planeamento e atuação (José, 2012). O combate ao isolamento, aos procedimentos invasivos e à dor são elementos fulcrais da prática de enfermagem que, com o humor, conseguem ser vencidos, o que potencia a tríade enfermeiro-criança-família (Adams, 1998; Sim, 2015). As atividades realizadas confirmaram o cumprimento dos objetivos estabelecidos, bem como a comprovação do sucesso da intervenção humorosa. Assim, enumero a aquisição de novas competências comuns de EE: *“Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”*, *“Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”*, *“Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”*, *“Promove a proteção dos direitos humanos”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4746), *“Mobiliza conhecimentos e habilidade, garantindo a melhoria contínua da qualidade”*, *“Orienta projetos institucionais na área da qualidade”*, *“Avalia a qualidade das práticas clínicas”*, *“Planeia programas de melhoria contínua”*, *“Lidera programas de melhoria contínua”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4747), *“Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”*, *“Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4748), *“Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”*, *“Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”*, *“Suporta a prática clínica em evidência científica”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4749) e *“Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg. 4780). Prescrevo igualmente a aquisição de competências específicas de EESIP: *“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”, “*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*”, “*Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*”, “*Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapia de enfermagem comuns e complementares amplamente suportadas na evidência*” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19193), “*Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*” e “*Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19194). É de salientar que as últimas unidades de competências específicas, incluindo a intitulada “*Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19194), foram igualmente adquiridas no contexto de Cuidados de Saúde Primários, por intermédio do estágio realizado no semestre anterior. Apesar de não estar incluído na Unidade Curricular “*Estágio Final e Relatório*”, é importante referenciar a passagem por esta vertente promotora de saúde, que teve duas atividades essenciais: a realização de um folheto sobre o Brincar (Apêndice XIX), baseado em documentos da OE e no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, com o objetivo de incentivar a brincadeira entre crianças e pais e desvincular a criança dos ecrãs de telemóvel ou televisão, e a execução de pinturas na parede do Gabinete de Enfermagem direcionado às consultas de Saúde Infantil e Juvenil (Apêndice XX). Com recurso a uma pintora experiente, a dinamização deste gabinete melhorou o ambiente associado às consultas de enfermagem, proporcionando conforto no espaço físico, ao mesmo tempo que se promovia a imaginação e imagem guiada da criança em procedimentos como a avaliação de parâmetros antropométricos, e o controlo e alívio da dor na vacinação.

Os Descritores de Dublin preconizados ao 2º ciclo de estudo associados ao meu percurso neste estágio de Internamento Pediátrico focam-se na demonstração de conhecimentos ao nível da constituição de uma “*base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação*”, capacidade de “*comunicar as conclusões (...) quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*” e o desenvolvimento de “*competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo*” (Joint Quality Initiative, 2015).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório espelha o percurso percorrido para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Representa uma díade: por um lado, o culminar de uma jornada de aprendizagem com capacitação de novos conhecimentos que, apesar de exigente e desafiante, providenciou-me uma visão diferenciada; por outro, é apenas o início de uma etapa a estrear, com mais rigor, exigência, que requer o contínuo desenvolvimento do Eu, como enfermeiro e, imperativamente, como pessoa, para que possa cuidar do Outro da melhor forma possível.

O apoio da prática baseada na evidência, por intermédio da *scoping review*, e da concetualização de Kolcaba através da Teoria do Conforto, balizaram a prestação de cuidados e as intervenções realizadas. Seja através do alívio, da tranquilidade ou da transcendência, em qualquer das dimensões, o conforto e o humor mantiveram uma relação simbiótica pela facilitação da satisfação das necessidades de conforto da pessoa, acompanhada pelo entendimento do que é lúdico ou suscetível de alegria, mediante a carência identificada.

Saliento a importância da experiência registada em cada contexto de estágio, denotando uma preferência pessoal para o Serviço de Internamento Pediátrico. O humor, apesar de diversificado e universal, baseia-se na melhor ferramenta do enfermeiro, daquela que nos é inculcada desde cedo: a comunicação. A relação com a pessoa. Considero que foi no contexto de Internamento que consegui desenvolver as melhores relações de ajuda, com manifesto sucesso na intervenção humorosa resultando no reconhecimento do humor com intencionalidade terapêutica no cuidado de enfermagem à criança e adolescente. A elaboração do Estudo de Caso, a construção do Carrinho do Humor, a aplicação diária de estratégias emanadas pela revisão *scoping* e a sessão de formação/capacitação destacam-se como pontos fulcrais para a aquisição de competências e saber.

O experienciado no estágio ocorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foi uma revelação de conhecimentos enriquecedora pela especificidade e particularidade das situações clínicas relacionais, mas foi a par disto, bastante gratificante

pela oportunidade de cuidar dos recém-nascidos e oferecer uma palavra de apoio e um sorriso de esperança aos pais. Todo o trabalho desenvolvido incluindo a intervenção neuroprotetora no recém-nascido prematuro, traduz o pensamento e a forma de agir como Enfermeiro Especialista.

No Serviço de Urgência Pediátrica, verifiquei, com agrado, que as formas de atuar se assemelhavam às desenvolvidas na minha prática profissional, embora com uma abordagem diferente na missão e valores institucionais próprios, mas culminando num objetivo superior comum: a melhoria do estado de saúde da criança. A elaboração do “Guião do Humor” habilita a ligação entre a teoria e a prática, comprovando novamente a simbiose necessária para a promoção de cuidados de excelência em Enfermagem.

Apesar de ligeiramente abordado neste relatório, é de sublinhar a relevância do estágio realizado no semestre anterior na vertente de Cuidados de Saúde Primários, evidenciando o papel do enfermeiro especialista num crescimento exponencial naquele que é o principal enfoque dos cuidados de saúde: a promoção da saúde e prevenção da doença, juntamente com a reabilitação e reinserção da criança e família. Tanto a elaboração do folheto sobre o brincar como a dinamização do Gabinete de Enfermagem, incentivaram a promoção da criança e jovem, onde o humor, através da brincadeira, manteve o papel potenciador de empatia, de saúde e da relação da tríade enfermeiro-criança-família.

Neste percurso de formação contínua, as limitações aglomeraram-se em cada contexto. Seja pela escassez de estudos abrangidos na temática, o curto tempo de estágio ou situações fora da minha prática profissional, com motivação e positividade, considero que a aquisição das diversas unidades de competências possibilitou a concretização dos objetivos propostos, bem como a validação da obtenção das competências enunciadas para EE e EESIP.

Relativamente a projetos futuros, pondero, em primeira instância, dar continuidade à temática com a Comunicação Oral no âmbito da *scoping review*, cumprindo os critérios do Guia da Unidade Curricular (Universidade Católica Portuguesa, 2019), realizada com sucesso e destinta com uma menção honrosa (Anexo D), o que valida a importância da temática, tal como da investigação subordinada à mesma. Reforço ainda o desejo de divulgar este estudo em contexto laboral, dar continuidade à investigação científica em Enfermagem, inclusive à publicação científica sobre o tema. Alego que, na prática autónoma dos cuidados de enfermagem, pensar em limites no

âmbito da investigação é algo supérfluo, o que corrobora a minha vontade de expor os resultados encontrados e incentiva à pesquisa sobre o humor.

Numa reflexão final, o meu percurso nos distintos estágios findou com a consolidação de conhecimentos e competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, bem como a aquisição de inúmeras competências comuns de Enfermeiro Especialista, e de outras competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Fomentou a minha formação contínua em pareceria com a melhoria da qualidade dos cuidados, o que aumentou a minha persistente ambição de almejar a excelência dos cuidados holísticos, que apenas um perito detém.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, Patch (1998). *House Calls: How we can all heal the world one visit at a time*. California, USA. RDR. ISBN: 1-882003-18-8;
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>;
- Apostolo, João (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2(9), Pag. 61-67;
- Attardo, Salvatore (2017). *The Routledge Handbook of Language and Humor*. Nova Iorque. Routledge. ISBN: 978-1-315-73116-2;
- Baldini, Sonia M.; Krebs, V. L. (1999). A criança hospitalizada. *Pediatria*, 21(3), 182–190;
- Barichelo, Marina et al. (2006) Playful activities in the process revelation of diagnosis for children who live with HIV/AIDS. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 14 (2) 111-119;
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X;
- Bergen, A., & While, A. (2000). A case for case studies: Exploring the use of case study design in community nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 926–934. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01356.x>;

- Brandão, I., Whitaker M., ... Moraes, J. (2019). Jogos eletrônicos na atenção à saúde de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paul Eferm.* 32(4):464-9;
- Bremmer, Jan; Roodenburg, H. (2000). *Uma historia cultural do humor*. Editora Record. São Paulo. ISBN: 85-01-05311-2;
- Bulechek, G, Butcher, Docteman. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Londres, Inglaterra: Elsevier health sciences. Página 279-280. ISBN 978-85-352-6987-1;
- Capela, R. C. (2011). Riso e bom humor que promovem a saúde. *Revista Simbio-Logias*, 4(6), 176–184;
- Committee, P. (2001). Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Annals of Emergency Medicine*, 37(4), 423–427. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114067>;
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. Nova Iorque. Springer Publishing Company;
- Cunha Kamliá, et al. (2017). *VISITA AO PARQUINHO COM CRIANÇA DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA*. I Simpósio de Atenção Integral à Saúde Da Criança e Do Adolescente: Novas Perspectivas de Cuidado Humanizado. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/VISITA-AO-PARQUINHO-COM-CRIANÇA-DEPENDENTE-DE-UM-DE-Cunha-Corrêa/ee831987e4fc35128f00cc42fc18355822cfbffl>;
- Dahlquist, L., & Pendley, J. S. (2001). Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care*, 30(2), 151–167. Disponível em: <https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3002>;

- Decreto-Lei 161/96 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (REPE). Diário da República nº 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>;
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra. Almedina. ISBN: 978-972-40-5226-7;
- Deodato, S. (2018). *Direito da Saúde* (2ª). Coimbra. Almedina. ISBN: 978-972-40-6788-9;
- Diaz, Z.; Caires, S.; Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 17(2). Pág: 236-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170210>;
- Diogo, Paula. (2010). *Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. (Tese de Doutoramento) Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/10889>;
- Diogo, P. et al. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47;
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. 1–16. Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36481.97125>;
- Dowling, Jaqueline (2002). Humor – a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric nursing*, 28(2), 123-131;
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), 255–272. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>;

- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde: Relatório preliminar I*. 1–39. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf;
- Fernandes, C. J. A. (2015). *O humor em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1502>;
- Fontana, Rosane Teresinha (2012). A atividades lúdica na enfermagem: “brincando” e prevenindo doenças transmissíveis. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6(1), 248-251. ISSN: 1981-8963. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/32c2/24b49ac121788efb6fdb47b41660c18135f1.pdf>;
- Gillespie, G. L., Houchell, M., Pettinichi, J., Mattei, J., & Rose, L. (2012). Caring in pediatric emergency nursing. *Research and Theory for Nursing Practice*, 26(3), 216–232. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.26.3.216>;
- Gremigni, P. (2012). *Humor and Health Promotion*. Nova Science Publishers. Nova Iorque. ISBN: 978-1-61122-273-9;
- Heidari, H.; Hasanpour, M.; Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 18(3). Pág. 208-213;
- Hockenberry, Marilyn; Wilson, D. (2016). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier (9ª);
- Honicky, M., & Silva, R. R. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 44–67. ISSN 2175-3547;
- Howe, N. E. (2002). The origin of humor. *Medical Hypotheses*, 59(3), 252–254. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0306-9877\(02\)00209-8](https://doi.org/10.1016/S0306-9877(02)00209-8);

- INE, PORDATA. Nados-vivos de mães residentes em Portugal com nacionalidade portuguesa e estrangeira. Consultado a 20-01-2020, Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+nacionalidade+da+m%C3%A3e-2512-197690>;
- Joint Quality Initiative, (2015). *Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history*. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>;
- José, Helena (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures, Portugal. Lusociência. 1º ed. ISBN: 912-8383-34-7;
- José, Helena (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-56-1;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Kim, SangHee; Kim, S; Dukyoo, J; Oh, H. (2018). The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of schoolaged children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.001>;
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Nova Iorque. 6º ed Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1663-7;
- Kolcaba, K.; DiMarco, M. A. (2005) Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*. 31 (3). Pág. 187-194;
- Koukourikos, K., Tzaha, L, Pantelidou, P, Tsaloglidou, A (2015). The Importance of Play During Hospitalization of Children. *Materia Socio Medica*, 27(6), 438–441. Disponível em: <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.438-441>;

- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República* Série I, nº n.º 181/2015. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>;
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Manual de Aleitamento Materno*. Disponível em: <https://doi.org/176764/02>;
- Loon, A. van. (2014). Humor as a Nursing Intervention. *Australasian Journal of Neuroscience*, 24(7–16);
- March, Angela; McCormack, D. (2009). Modifying Kolcaba's Comfort Theory as an Institution-Wide Approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(2), 75–80;
- Martin, Rod; Ford, Thomas (2018) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Elsevier Academic Press. 2º ed. ISBN: 978-0-12-812143-6;
- Matziou, V., Chrysostomou, A, Perdikaris, E, (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22 (8), 470-475;
- Meirinhos, M. & Osório. A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Revista de Educação*, 2(2), 49–65;
- Mccreddie, M., & Payne, S. (2014). Humour in health-care interactions: A risk worth taking. *Health Expectations*, 17(3), 332–344. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00758.x>;
- Mussa, Claudia; Malerbi, F. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bemestar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 83–93;
- Neves, F. G., Moraes, J. R. M. M. de, Morais, R. de C. M., Souza, T. V. de, Ciuffo, L. L., & Oliveira, I. C. dos S. (2016). Nursing work in pediatric emergency from the perspective of the companion. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3), 1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>;

- Nijhof, S, Vinkers, C, Geelan, S, Duijff, S, Achterberg, E, Net, J.,... Lesscher, Heidi, (2018) Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 95 (421–429). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>;
- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, 17, 3–9;
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 1–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub2>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas praticas – estratégias não farmacologias da dor na criança*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Serie 1 (6). ISBN: 978-989-8444-23-3;
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 1(8). ISBN: 978-989-8444-26-4;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>;

Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., Diogo, P. (2010). O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 70–81;

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. Disponível em: <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>;

Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A., & Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12–16. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12380>;

Phal S, Tardieu, S, Alessandrini, M, Gentile, S, (2018). Humor and Laughing: The Benefit of Hospital Clowns in Pediatrics for Hospitalized Children and their Families: A Review. - *Clinical Pediatrics: OA* 3(1), ISSN: 2572-0775;

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Portugal, Loures, 1º edição. ISBN:972-8383-84-3;

Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000100022>;

Potts, Nicki L.; Mandleco, B. L. (2012). *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*. Delmar, Cengage Learning. (3ª);

Primark, Brian et al. (2012). Role of Video Games in Improving Health-Related Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 42(6): 630–638. Disponível em <https://doi:10.1016/j.amepre.2012.02.023>;

Rainha, Joana I. (2011). *O Conforto da Criança/Família*. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8851>;

Raskin, V. (2008). *The Primer of humor research*. In *The Primer of Humor Research*. Mouton de Gruyter. Nova Iorque;

Regulamento n.º 140/2019 do *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista*. Diário da República, Série II — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;

Regulamento n.º 422/2018 do *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, Série II — N.º 133 — 12 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;

Regulamento n.º 2016/679 do Parlamento e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Diário da República, Série II — N.º 151 — 8 de agosto de 2019, 3-40. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/123815982>;

Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386 (XIV) de 20 de novembro de 1959) *DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA* (1959). Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf;

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. *Diário Da República — Série I-A N.º 2 — 3 de janeiro de 2001* (2001). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/235128>;

Resolução da Assembleia da República nº 20/90 da Convenção sobre os Direitos da Criança (1990). *Diário da República n.º 211/1990, 1º Suplemento, Série I de 1990-09-12, 3738*. Consultado a 20-01-2020. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/222390/details/maximized>;

Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Sector Privado*. Consultado a 24-01-2020. Disponível em: <https://diretiva.min-saude.pt/unidades-de-saude/setor-privado/>;

Sharma, Mukesh et al. (2016). Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory in Post Operative Child: Delivering Integrative Comfort Care Intervention by using Theory of Comfort. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(6), 1714–1720. Disponível em <https://doi.org/10.21275/v5i6.nov164670>;

Sim, In Ok. (2015). Humor intervention program for children with chronic diseases. *Applied Nursing Research*, 28, 404-412;

Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*. 22–32;

Souza, A. Souza, Z & Fenili, R., (2005). Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 7(2). 215-220;

Souza, A. et al. (2013). A utilização da terapia do humor no ambiente hospitalar: Revisão Integrativa. *Saúde (Santa Maria)*, 39(2), 49–56. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/223658347942>;

Tabacaru, S. (2015). Uma visão geral das teorias do humor: aplicação da incongruência e da superioridade ao sarcasmo. *EID&A - Revista Eletrônica de Estudos Integrados Em Discurso e Argumentação*. Ilhéus, 9, 115–136;

Tamez, R.; Silva, M. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal* (6ª ed.). Brasil. Guanabara Saúde. ISBN: 978-8-527-73140-9;

- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Institute*, 1–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>;
- Tomey, Ann Marriner; Alligood, Marthe Raile (2004). *Teóricas de Enfermagem e suas Obras (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Portugal. Lusociência. 5º ed. ISBN: 972-8383-74-6;
- Universidade Católica Portuguesa (2019). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”*. Mestrado em Enfermagem (Lisboa). Lisboa. Universidade Católica Portuguesa;
- Vilaythong, A. P., Arnau, R. C., Rosen, D. H., & Mascaro, N. (2003). Humor and hope: Can humor increase hope? *Humor*, 16(1), 79–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/humr.2003.006>;
- World Health Organization (2011) The Happiness Effect. *Bull World Health Organ*; 89. 246–247. Disponível em doi:10.2471/BLT.11.020411;
- World Health Organization. (2017). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *WHO.Int*, 2–6. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1;
- World Health Organization. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. In *Who* (1), 1. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc_implementation-guide_portuguese/en/;
- World Health Organization & UNICEF. (2018). *Baby-friendly hospital initiative*. World Health Organization. ISBN: 978-92-4-151380-7;
- Zilles, U. (2003). O significado do humor. *Revista FAMECOS*. Porto Alegre. 22, 83–89.

APÊNDICES

Apêndice I – Reflexão do SUP



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio final e relatório

Reflexão crítica – Serviço de Urgência Pediátrica

Realizado por: António Pereira

LISBOA, setembro de 2019

No mês de setembro realizei estágio de Urgência Pediátrica, incluído no Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No Serviço de Urgência (SU), são observadas crianças entre os 0 e os 17 anos em situação de doença aguda. O serviço está dividido por: gabinete de triagem, sala de tratamento, sala de aerossóis, sala de obvenção (SO), sala de cuidados intermédios e sala de pequena cirurgia. Apesar da equipa de enfermagem do SU participar igualmente nos cuidados às crianças em regime de internamento, foram escassos os turnos realizados neste contexto.

Passo a relatar o caso do João (nome fictício). O João, um jovem de 15 anos, dirigiu-se ao SU por dor abdominal com dois dias de evolução, náusea associada, com três vômitos em 24 horas, sem dejeções líquidas e sub-febril. A sua dor peri-umbilical tinha irradiação para a Fossa Ilíaca Direita (FID). Tinha feito analgesia em casa, pelo que no momento da triagem, a dor era ligeira. Apesar do quadro, o jovem estava com pele e mucosas hidratadas, mas com uma postura corporal desconfortável. Foi a mãe que falou na triagem sobre as queixas do filho. Quando perguntei diretamente ao João como se sentia e como estava a dor, respondeu respetivamente *“bem... Agora dói menos, mas ainda chateia”*. Após realizada a triagem, foi encaminhado para a sala de espera, onde aguardou a observação médica. Após esta e depois de consultar a prescrição médica, verifico que terei que puncionar o jovem para a realização de análises clínicas, colocação de cateter venoso periférico e administração de analgésico, pois a dor tinha-se intensificado. Quando o João é encaminhado pelo médico para a sala de tratamentos, ao entrar soltou um desabafo em jeito de revolta: *“pronto! Já sabia que ia ser picado, bolas!”*.

O medo em contexto de SU é comum, obtendo um carácter recorrente. Neste caso específico, a incerteza do prognóstico, o medo e a ansiedade associados a uma intervenção torna-se potencialmente dolorosa para o adolescente. É, portanto, objetivo do enfermeiro sensibilizar, explicar e ajudar a criança/adolescente a capacitar-se da necessidade do procedimento. A promoção de mecanismos de conforto e suporte é fulcral (Diogo, 2016). Quando o João, tenso e ansioso verbalizou aquela frase, convidei-o a entrar na sala de tratamentos e, mostrando que não havia nada de nocivo na sala ou nas minhas mãos, pedi-lhe para se sentar, pois de momento apenas queria conversar. Afinal, seja via multimédia, internet ou por experiência pessoal, é do conhecimento geral que *“uma picada dói”*.

Adotando um ponto de vista fisiológico, o estímulo doloroso é transmitido para o sistema nervoso central por nociceptores periféricos localizados na pele. Entre os demais

fatores, a resposta orgânica pode provocar aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da resistência vascular periférica levando a maior consumo de oxigênio no miocárdio e libertação de hormonas associadas ao *stress*, encaminhando para uma sensação de medo ou até mesmo pânico (Macedo & Cava, 2006).

Senti nele alguma resistência quando entrou na sala, olhava para os profissionais, para as gavetas e armários. Ele queria saber de onde viria a tal picada. Apesar disso, ele e a mãe sentaram-se ao meu lado. Em situações de procedimentos urgentes, o investimento de alguns minutos extra na preparação para intervenções subjacentes faz diferença. A criança sente-se mais calma, coopera com o enfermeiro e diminui a resistência ao tratamento. Garantir a privacidade e a expressão emocional é igualmente importante, tal como enumerar os diversos passos correspondentes ao procedimento em causa. Com o adolescente e os pais munidos de conhecimento, a colaboração e relação terapêutica tornam permeáveis na atuação do enfermeiro (Marlyn & Wilson, 2012). Seguindo esta linha de pensamento, sempre com supervisão da enfermeira orientadora, comecei por questioná-lo se alguma vez tinha estado num serviço de urgência ou naquele serviço específico. Respondeu-me positivamente, referindo que já lhe tinham “tirado” sangue e sabia que doía. Expliquei-lhe que, devido às suas queixas, a avaliação analítica seria realmente um passo importante para perceber a evolução da sua situação de doença, ao que concordou. Expliquei-lhe igualmente que iria proceder à colocação de um cateter venoso periférico para que pudesse administrar medicação para alívio da sua dor, e que iria tentar ao máximo fazer tudo na mesma punção, sem mais picadas adicionais. Perguntei se sabia o que era um cateter, ao que o jovem abanou a cabeça enquanto dizia “*é aquilo que se põe na veia e não podemos mexer a mão?*”. Senti a sensação da ansiedade a aumentar e que tinha que relativizar e desmistificar a situação. O que para mim era o equivalente a um procedimento rápido e executado em escassos minutos, para o João seria próximo de uma tortura medieval com duração de longos equinócios. A minha primeira opção foi mostrar um cateter, protegido e dentro do invólucro, virgem. Mostrar que não passava de um instrumento como um lápis para um estudante. Quando o tirei da gaveta, os olhos arregalaram e engoliu a seco. Percebi que não teria sido o melhor momento para mostrar.

Mudei de estratégia. Phaneuf (2002) aconselha a preparação cognitiva como uma das estratégias para vencer o medo. Esta consiste na descrição dos estímulos sensoriais (sejam auditivos, tácteis ou visuais) que a pessoa poderá sentir na execução de determinada intervenção, fornecendo uma preparação ativa e diminuição de resposta

emocional de carácter negativo. Portanto, mantendo uma postura descontraída, descrevi o procedimento. Desde a colocação do garrote até à colocação do penso adesivo do cateter. E simulei. “*Sabes, a picada realmente dói um pouco, mas é uma dor parecida a um beliscão*” e belisquei-o no braço. Assustou-se, mas riu-se. Era através do humor que tinha que conquistar a parceria de cuidados.

Para os adolescentes, um dos recursos mais utilizados em situação de ansiedade é o humor. O desfrutar de um jogo de palavras ou piada de duplo sentido somado a um ambiente descontraído e alegre promove a comunicação e incentiva à aproximação na relação terapêutica entre enfermeiro-adolescente, que conduz a uma melhor aceitação do processo de saúde-doença (José, 2012). Outra estratégia que adotei foi a polvilhação, ou seja, introduzir elementos sugestivos de distração (...) para que o tratamento seja aceite de forma menos ansiosa, controlando o medo associado. É igualmente importante que o adolescente perceba que não perde o controlo nas suas ações (Phaneuf, 2002). Seguindo o rumo da última frase, inquiri qual era o sitio onde o João preferia que fosse puncionado: “*onde preferias? esquerda, direita, braço, mão...pé, cabeça, joelho, costas! Já viste o que era teres um cateter no meio da testa? Se fechasses os olhos com força, podias tentar sintonizar uma estação de rádio!*” Rimos mais um pouco. Senti que tinha descoberto a forma de tornar aquele momento mais confortável. O João preferiu a punção no membro superior esquerdo, pois é destro e não queria que, caso o membro ficasse a doer, influenciasse a produção escolar e a escrita. À medida que fui colocando o garrote e que desinfetei o local de punção contei duas piadas. Todos os presentes riram. Senti que o João e a mãe esqueceram-se momentaneamente porque estavam ali. Estavam visivelmente bem-dispostos e descontraídos. Adverti que contaria mais uma piada, e no final dessa, iria puncionar o local escolhido, ao que o João validou com um aceno de cabeça. Conte a última piada, o João riu-se e pouco notou que já tinha o cateter colocado. Perguntei como se estava a sentir e se tinha doído tanto quanto a ansiedade dele fazia prever. Com um sorriso tímido, respondeu que doera pouco, muito menos do que esperara. “*Até doeu menos do que o seu beliscão!*”. Realizada a colheita sanguínea e colocada analgesia intravenosa em perfusão, encaminhei o João para uma sala adjunta. Mais tarde, quando teve alta clínica, veio ter comigo para remoção do cateter venoso periférico. Agora sim, consegui explicar-lhe exatamente o que era o cateter (“é apenas um tubinho de plástico que fica dentro da veia. Está ligado cá fora por esta válvula – válvula de pressão positiva, vulgo obturador – por onde nada sai e é possível fazer

medicação”). Despedimo-nos com um “dá cá mais cinco”, tendo recebido um “obrigado por tudo” do João e da sua mãe.

Neste caso específico, o humor foi usado a partir da incongruência contida nos jogos de palavras/piadas. Por exemplo:

- O que diz um pato para o outro?
- Estamos empatados.

Eis um modo de usar, através da dualidade de sentido e ambiguidade de conceitos, um jogo de palavras fruto de um processo criativo. O humor, alicerçado com o desenvolvimento cognitivo, ajuda os adolescentes a sentir mais controlo das situações vividas e menos ansiedade de assuntos emocionalmente esgotantes ou preocupantes. Os adolescentes entendem as piadas quando atingem um pensamento operativo formal. Nestes jogos de palavras, a ironia e a incongruência estão presentes de forma inesperada para o recetor, ou seja, para o adolescente (José, 2012).

No decorrer desta situação, foram vários os sentimentos registados: medo, insegurança, revolta, incerteza, confiança, alegria, conforto, alívio e tranquilidade foram os principais. Os três primeiros foram sentidos pelo João na antevisão de dor na punção periférico, já explorados. Inicialmente senti incerteza. É certo que todo e qualquer doente pode recusar um tratamento, porém, a minha incerteza debatia-se sobre a inicial abordagem ao João. Podia ter recusado sentar-se comigo. Podia estar receoso sobre a minha explicação. Podia estar descrente na minha intervenção de humor. E eu próprio podia ter falhado a punção. Nada disso aconteceu, pois ele confiou em mim. Confiou quando se sentou e confiou quando lhe expliquei tudo, sem rodeios ou sustos. Sentimos alegria quando eu lhe contei as piadas e ele retorquiu com uma conhecida dele. Apesar de já a conhecer, ri, e ele sentiu-se bem com isso. Quando os olhos deixaram de estar esbugalhados, os ombros ficaram relaxados, a respiração mais calma e os braços descontraídos, aí percebi que ele estava confortável. Já sabia exatamente o que ia ser feito, apesar de estar distraído. Foi quando me senti igualmente confortável. Após ter picado o braço do João, perguntei o *feedback* da minha intervenção, que foi muito positivo. O João sentiu alívio. Afinal, não era uma tortura medieval, mas exatamente o que lhe tinha sido “prometido”: um beliscão, e não com muita dor, de todo. Já não teria mais dor. Com a sua colaboração essencial, todos os procedimentos tinham sido realizados. Alívio foi realmente o que o jovem sentiu. “Já está!”. A tranquilidade foi sentida por três pessoas. Por mim, pois toda a intervenção correu como tinha imaginado, sem intercorrências. Pelo adolescente, que tinha percebido o sucesso da punção através da colocação do analgésico

via intravenosa. Após uma hora, os resultados analíticos eram inocentes e sem alterações importantes, o que punha *terminus* a qualquer ideia de mau prognóstico. Nesta altura, foi a mãe do João alvo de tranquilidade. O jovem estava “*tão focado na agulha e na picada e que tinha que ser picado e podiam falhar e que ia doer, que não se lembro que a dor de barriga podia ser uma coisa pior!*”. Apesar de já ter sentido igualmente alívio no sucesso do procedimento, a mãe do jovem foi invadida por tranquilidade ao perceber que a situação não era grave, e que teria apenas que proceder a tratamento sintomático.

Inevitavelmente em ambiente de urgência, este foi apenas um caso em que pude aplicar o humor paralelamente e como meio facilitador dos cuidados de enfermagem. Ao longo deste estágio, circunscrevo a intervenção do humor noutras faixas etárias em situações dispare, sempre aplicável com bom senso e cuidado para não ser entendida de uma forma inapropriada ou depreciativa pelas crianças ou pais das mesmas.

A comunicação continua a ser a intervenção autónoma preferida dos enfermeiros. Esta tem uma relação simbiótica com o humor, podendo concluir que o humor se inclui na esfera autónoma do cuidar. O caso acima espelhado trata-se de uma das estratégias sugeridas no Guia de Humor elaborado em contexto de estágio. Desta forma, transpus a teoria para a prática. Finalizando, o humor enverga a prestação de cuidados de enfermagem, com a canalização de emoções positivas na prática diária, em divergência com os sentimentos de medo, ansiedade, dor e isolamento por parte da criança hospitalizada.

Referências bibliográficas:

- Diogo, P. et al. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Macedo, E. B., & Cava, L. (2006). Reações de crianças e adolescentes submetidos à analgesia tópica local na punção venosa periférica. *Enfermeria Global*, (9), 1-8;
- Hockenberry, Marilyn; Wilson, D. (2016). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier. Rio de Janeiro, Brasil. 9ª ed;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Portugal, Loures, 1º edição. ISBN:972-8383-84-3;

Apêndice II – Guião do Humor



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Guia de Humor na Criança

Realizado por: António Pereira

Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem e Especialização de Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica,

Instituto de Ciências da Saúde da

Universidade Católica Portuguesa

Enf^ª Orientadora: XXXXXXXXXX

Prof. Tutora: Margarida Lourenço

LISBOA, setembro de 2019

Índice	Pg.
Introdução	3
O Humor e a criança: contextualização	4
Modelo de Desenvolvimento do Humor	5
Intervenções de Enfermagem propostas	8
Brincar	9
Distração.....	11
Imagem guiada	11
Jogo de Palavras	12
Conclusão	13
Referências Bibliográficas.....	14
Anexos	
Anexo I - Exemplos de jogos de palavras e trocadilhos	16
Anexo II- Questões de validação do humor	17

Introdução

A prática de cuidados de um enfermeiro requer uma das ferramentas mais importantes para o dia-a-dia: a comunicação. Esta é a derradeira intervenção de enfermagem, autónoma e focalizada na criança. É através desta que nasce o humor. A prestação de cuidados através do humor propõe o alívio dos medos, ansiedade, insegurança e dor na criança. Causador de bem-estar geral manifestados por alegria e riso, o humor pode ser usado pelo enfermeiro sem posologia específica ou efeito secundário.

O humor potencia a relação enfermeiro-criança, desde a triagem até ao momento da alta. Com o uso acessório do humor na prestação de cuidados, o enfermeiro introduz o riso, o brincar e a descontração, sentimentos habitualmente não sentidos em ambiente hospitalar devido à sua condição de saúde e à carga social de emoções negativas que este tem.

Neste guião, apresento o humor direcionado para a prática de enfermagem em serviço de urgência pediátrica. Foi realizada uma revisão bibliográfica de literatura a fim de focalizar o humor para a criança em situação de doença aguda.

Por sugestão da Enfermeira Orientadora, foi realizado um estudo mais detalhado sobre a importância do brincar no serviço de urgência e internamento pediátrico, e os seus devidos cuidados, com o intuito de implementar esta medida nos serviços referidos.

O Humor e a criança: contextualização

O humor e o riso são conceitos universais e apaziguadores de necessidades humanas básicas. Expressos desde tenra idade, este duo inicialmente origina-se na interação entre o bebé e o cuidador. O riso começa por ser uma ferramenta de estimulação tátil e posterior como resposta a estímulos visuais, até ser uma emoção intencional por parte do latente para demonstrar um estado de satisfação e alegria (José, 2012).

O humor não deve ser objetivado pela habilidade de contar uma piada. É um processo desafiante e complexo, totalmente variável e flexível consoante a situação, e constitui uma parte integral da interação entre pessoas (McCreddie, 2008). Para que possa ser usado em benefício da criança e do adolescente, precisa de ser implementado na prática de cuidados do enfermeiro, de forma a integrar no dia-a-dia a promoção de intervenções humorísticas para a reflexão de sentimentos e necessidades da criança e do adolescente (José, 2012). As crianças cujos enfermeiros usaram o humor de forma cuidada, demonstraram redução do medo hospitalar e dos diversos tratamentos a que foram submetidos (Dowling, 2002). Outras estratégias inerentes às intervenções de enfermagem são garantir a privacidade, aceitar as respostas emocionais de dor e medo, preservar o contacto entre a criança e os pais, explicar os efeitos antes, durante e após os procedimentos, e o próprio enfermeiro transmitir uma atitude calma e responsável (Diogo, 2012).

Modelo de Desenvolvimento do Humor

A percepção do humor faz-se através da interação de elementos sociais, cognitivos e emocionais. Quando as intervenções de humor são utilizadas, estimula as ideias e esquemas do imaginário da criança. Esta incongruência do humor transforma um simples pau num avião, numa pessoa ou numa varinha. (Martin, 2006).

Paul McGhee, um pioneiro no estudo do desenvolvimento do humor, correlacionou os estudos de Marta Wolfstein, psicanalista de referência em estudos sobre o humor, e desenvolveu um modelo onde este equipara que formas de humor eram compreendidas e usadas nas crianças com o desenvolvimento cognitivo proposto por Jean Piaget. Neste Modelo de Desenvolvimento do Humor, McGhee demonstra que o humor só pode ter sucesso na sua intervenção se for especificamente direcionado para a faixa etária indicada.

Mantendo o paralelismo com Piaget, o primeiro estágio do seu modelo denomina-se *ações incongruentes com objetos*, que corresponde à fase sensoriomotora de Piaget (0-2 anos). Esta etapa é descrita pelas crianças usarem objetos como representações de esquemas mentais e teatralidade. São, portanto, usados de forma diferente àquela que é suposto, formando uma dissociação de ação. Exemplo disso pode ser a criança pegar numa pedra e encostá-la à orelha, simulando uma conversa ao telemóvel (Martin, 2006; Goldstein & Willibald, 2018).

No segundo estágio do modelo, designado *identificação incongruente de objetos e situações*, é notória a evolução do uso do humor na criança descrito por McGhee. Correspondente à fase pré-operatória de Piaget, situando-se no subtipo egocentrista (ou seja, dos 2-4 anos). Agora que o *toddler* inicia o desenvolvimento da linguagem verbal, este usa-a de forma incorreta/brincalhona. Apesar de a presença de objetos e brinquedos continuar a ter importância, é através da linguagem da criança que esta adota o humor. Cada conquista verbal (como aprender uma nova palavra ou o nome de um novo objeto) apresenta uma oportunidade de humor, neste caso, através da incorreta nomeação de objetos, animais ou situações. Para que seja possível, a criança tem de entender o correto uso da expressão/palavra e saber que a está a usar de forma incorreta. Como tal, a percepção total das palavras usadas é fundamental para que a criança possa recriar a frase pretendida de forma errónea e cómica. Chamar cão ao gato ou olho ao nariz são exemplos de incongruência linguística com valor humorístico (Martin, 2006).

O terceiro estágio do modelo denomina-se *incongruência conceitual*, e tem início no 3º ano de vida, mantendo-se até ao final da fase pré-operatória de Piaget (7 anos). Aqui, a criança começa a associar palavras a categorias específicas. Nesta fase específica, o humor é obtido através da distorção de conceitos familiares à criança. Um comportamento padrão da criança passa por imaginar aparências e imagens incorretas, como uma girafa com uma tromba que diz “aí, dói-me a asa”, ou um cão com duas cabeças que diz “piu piu”. Ao invés de simplesmente trocar o nome dos animais, o imaginário da criança nesta fase é rico e fácil. É igualmente nesta altura que a linguagem sintática ganha complexidade e começa a ser aprimorada, permitindo aprender diversos jogos silábicos e rítmicos, como “popó, totó, cocó, dodó” (Dowling, 2002; Martin, 2006).

O quarto e último estágio do modelo de humor de McGhee tem como título *significados múltiplos*. Começa aos 7 anos, englobando a fase operacional concreta (7-11 anos) e a fase operacional formal (11-17) anos. Na fase operacional concreta, a criança adquire um desenvolvimento lógico e cognitivo com capacidade de resolução de problemas através de experiências vividas. Entendem a relação causa-efeito, conseguindo imaginar os efeitos que uma determinada ação poderá ter em determinado objeto. Percebem que alguns materiais não desaparecem como por magia, mas sim por processos naturais e explicáveis (como a água transformada em gelo). Ao longo do ensino básico, desenvolvem um pensamento mais abstrato, ao mesmo tempo em que desaparece o egocentrismo presente em estádios anteriores para dar lugar ao reconhecimento de outras perspectivas diferentes das suas. Todas estas mudanças cognitivas contribuem para um entendimento e apreciação de outro tipo de humor mais sofisticado, com significado mais complexos. Pela evolução linguística, seja a nível semântico ou sintático, a criança consegue reconhecer significados ambíguos percebendo, portanto, jogos de palavras e trocadilhos de duplo sentido. A partir desta compreensão, este tipo de piadas (vulgo, anedotas) e charadas tornam-se componente importante para o humor (Dowling, 2002).

Na fase operacional formal (11-17 anos), além do adolescente entender piadas com duplo sentido e trocadilhos, também o humor abstrato baseado em inconsistências lógicas é alvo de rejúbilo por parte do jovem. As capacidades cognitivas da criança tornam-se mais abstratas, ganhando aptidão para detetar incongruências lógicas e antecipar consequências futuras de ações presentes. Desta forma, o jovem consegue brincar com ideias e temas mais abstratos e subjetivos do que o estágio anterior. É enaltecido a habilidade do adolescente de criar, perceber e explicar o humor mais

complexo, como por exemplo, através da criação de anedotas (Dowling, 2002; Goldstein & Willibald, 2018; Martin, 2006).

Intervenções de Enfermagem sugeridas:

O ambiente hospitalar, nomeadamente o serviço de urgência, acomete a criança a uma experiência circunscrita por regras que minam o seu comportamento natural e espontâneo. Além, de influenciar os seus hábitos diários, sentimentos como o medo, a ansiedade, o aborrecimento e a dor ficam exacerbados por toda a dinâmica hospitalar. Logo, o desenvolvimento de atividades lúdicas compõe uma importante estratégia para a desmistificação do hospital aos olhos da criança (Diogo, 2012; Souza, 2013). O humor através do riso e do brincar alivia a ansiedade e os medos associados à solidão do isolamento e ao medo de tratamento das crianças hospitalizadas (Dowling 2002).

O humor proporciona igualmente alívio das preocupações da criança e adolescente. É através dele que a tensão alivia, a confiança aumenta e a relação enfermeiro-criança matura. Ao criar um ambiente seguro com intervenções humorísticas, o enfermeiro potencia um clima de descontração, tranquilidade e prazer, a fim de relativizar a situação de saúde/doença da criança. A transformação do medo, ansiedade, tristeza e desespero em sentimentos positivos como o júbilo, boa disposição e segurança, permite facilitar a prestação de cuidados (McCreadie & Payne, 2014). O humor, expressado através da alegria e do riso, desvia o foco de intervenções e procedimentos potencialmente dolorosos, como uma punção venosa periférica. O relaxamento muscular e a libertação de endorfinas resultante de tal intervenção atuam na diminuição da dor sentida, facilitando a experiência e o ato de enfermagem presenciado (Ordem Enfermeiros, 2013; José, 2012). Caso o enfermeiro tenha dificuldade na comunicação com a criança com idade superior a 5 anos, é possível avaliar os hábitos de humor, os seus gostos e as suas práticas com um curto questionário (Anexo 2) que, apesar de ficado nos filhos, pode ser igualmente interrogado aos pais (Dowling, 2002).

Brincar

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) defende que

“brincar enquanto atividade e oportunidade de relação, constitui um elemento basilar em todo o processo dinâmico de construção do ser criança. (...). Ao brincar, a criança conhece o mundo e, pela sua curiosidade inata, vai conquistando novas experiências e conhecimentos. Ao tocar, cheirar, sentir, ver, ouvir, provar, conhece tantos e tão diferentes elementos que passam a fazer parte da sua vida e da pessoa que é (...). Em todas as fases da infância, com características que concorrem com o desenvolvimento psicomotor, o brincar assume diferentes expressões. (...). Em suma, brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança.” (OE, 2010, Pg 85-86).

O brincar terapêutico deve ser encarado como um cuidado inato ao enfermeiro em qualquer serviço de Pediatria. Com o brincar, a criança desenvolve a criatividade, os diversos sentidos, a compreensão da realidade e a adaptação ao contexto saúde-doença, promovendo o seu desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo, bem como o constante crescimento a nível físico, psicológico, mental, sociocultural e essencialmente emocional. Tudo isto incorporado nas diversas brincadeiras estimula a parte sensorial da criança (através de cores, sons, texturas e formas dos brinquedos). É através desta ideologia que o enfermeiro inicia a sua relação terapêutica com a criança no contexto empático. Usar o humor através do uso do brinquedo correlaciona a criatividade, desenvolvimento cognitivo e compreensão real do mundo, criando assim um ambiente não ameaçador e confortável para, por exemplo, utilizar o brincar como ferramenta do humor para a preparação de procedimentos invasivos como a punção venosa periférica (Castro, 2010; Engenheiro, 2016).

Além de constituir uma ferramenta eficaz na avaliação da criança, o estabelecimento de laços afetivos na tríade criança-família-enfermeiro é uma consequência favorável deste cuidado de enfermagem. Esta parceria de cuidados permite a participação da família nas atividades lúdicas, ao mesmo tempo que impulsiona o enfermeiro na aproximação da criança e na criação de vínculos empáticos, corroborando os benefícios do humor como instrumento na parceria da prestação de cuidados, com vantagens comprovadas de diminuição da ansiedade da criança e dos pais, diminuição do choro e da dor, incentivando o papel parental (Castro, 2010; Engenheiro, 2016).

A seleção dos brinquedos é imprescindível na prevenção de infecções cruzadas. Eis algumas regras obrigatórias:

- Os brinquedos devem ser de material lavável, sem produtos tóxicos, preferencialmente de plástico, borracha, acrílico ou metal;
- A sua consistência deve ser rígida e não porosa, permitindo a fácil limpeza e desinfecção dos mesmos;
- Se em contacto com fluidos corporais, a indicação é limpeza e desinfecção imediata;
- Brinquedos com material que não o supracitado ou sem possibilidade de limpeza dever-se-á desperdiçar após contato com sangue, secreções e restantes fluidos corporais;
- Brinquedos de tecido não são recomendados, exceto para uso exclusivo da criança (Anvisa, 2006; Gessner, 2013).

Com relativa semelhança à separação de resíduos, a literatura sugere a separação de brinquedos em recipientes condicionados e devidamente identificados (por exemplo, duas caixas com sinalética indicativa e com as palavras “Usados” e “Não usados”). O indicado será, no fim de cada turno, proceder-se ao processo de limpeza e desinfecção dos brinquedos usados, com registo próprio. A correta higienização das mãos antes de usar o brinquedo é exigida para a sua correta utilização. (Gessner, 2013; Goldstein & Willibald, 2018; Ramos, 2014).

Para uma desinfecção eficaz, os brinquedos devem ser limpos e desinfetados entre cada uso. Numa primeira fase, devem-se limpar manualmente com água e sabão líquido. De seguida, segundo os autores, a desinfecção com etanol (álcool a 70%) é a opção mais viável para técnica de desinfecção primária, apesar da sugestão de desinfecção com ácido peracético (Anvisa, 2006; Gessner, 2013; Ramos, 2014). A exceção ocorre quando há contacto de fluidos corporais. Neste caso, após a limpeza, é necessário a imersão do brinquedo numa solução de hipoclorito de sódio por 30 minutos (Anvisa, 2006).

Distração

A criança distraída com o humor reforça o sucesso dos procedimentos e intervenções de enfermagem. Para idades até aos 6 anos, as bolas de sabão e o contar de histórias são estratégias eficazes. Adotando o mundo tecnológico, o uso de televisão, jogos e música por dispositivos digitais são aconselhados com uso moderado ou, se possível, evitados. Nas crianças mais velhas e adolescentes o envolvimento no

procedimento doloroso através da comunicação é fundamental. Explicar esta conduta, falar sobre o dia-a-dia da criança ou ações futuras são exemplo. Aqui torna-se fundamental o enfoque do humor com o uso de jogos de palavras, adivinhas e trocadilhos (Ordem Enfermeiros, 2013).

Outra abordagem importante da distração passa pela desmistificação do serviço de urgência e ambiente hospitalar. O medo da criança está sempre presente, seja do internamento, do desconhecido ou até da morte (Diogo, 2016). Na triagem, para as meninas pode ser uma “*pulseira de princesa com magia*” ou uma “*pulseira de super-herói com poderes*” para os meninos. Na sala de tratamentos, os medicamentos podem ser “*remédios mágicos*” ou “*penso com uma palhinha super fixe que vai ajudar a ficar bom*”. O uso destes termos ajuda a criança a aceitar melhor os cuidados prestados, sempre com um sorriso marcado e um exagero saudável na voz.

Imagem guiada

A imagem guiada tem como objetivo principal intensificar um pensamento ou imagem em particular com a finalidade de obter um estado de relaxamento, concentração e bem-estar. Não só na dor ligeira, mas também na ansiedade, o bloqueio da informação nociceptiva ocorre quando a criança se concentra em histórias de super-heróis, princesas, pensamentos positivos ou atividade predileta. Este tipo de distração pode ser alicerçado ao humor adicionando o pensamento incongruente ou jogos de palavras (Ordem Enfermeiros, 2013).

Jogos de palavras

José (2012) confirma a intenção de McGhee no desenvolvimento do humor ao longo do crescimento infantojuvenil. A exemplificação surge através de jogos de palavras (conhecidos como “anedotas”) tais como:

- Qual é o animal que anda sempre com as patas?
- É o pato.

Esta ambiguidade semântica com duplo sentido pode ser entendida e aplicada a crianças com idade superior a sete anos, quando esta já tem habilidades linguísticas suficientes que lhe permitam o entendimento dos múltiplos significados, desde a fonologia até à sintaxe. Tal como os jogos de palavras, as adivinhas também se enquadram na fase de pensamento concreto de Piaget. Já a ironia, pertencente ao

pensamento formal (criado a partir dos 11 anos), apenas consegue ser interpretada corretamente por adolescentes.

À medida que a criança vai percebendo os jogos de palavras e as suas incongruências, compreende que se trata da sua interpretação do mundo que a rodeia (Anexo 1). Este tipo de intervenções de enfermagem com carácter lúdico contem um aspeto interpessoal e social importante: a partilha da piada ouvida. Com este tipo de técnica de humor, a criança ri, os pais riem, os profissionais também. A distração humorista, tal como supracitado, supera o sentimento de dor, ansiedade ou insegurança, fortalecendo a comunicação mútua, criatividade e gestão de emoções (José, 2012).

Conclusão

O enfermeiro deposita riso e alegria na prática diária de cuidados, por vezes de forma inconsciente e inocente. A execução deste projeto visa possibilitar o uso do humor com intencionalidade terapêutica por parte do enfermeiro. É com elevada expectativa e total consciência dos atos praticados que afirmo o sucesso global das intervenções propostas. A intervenção de enfermagem através de bolas de sabão em diversos postos do serviço de urgência (triagem e sala de tratamento) mostra a aplicabilidade do humor com um simples exemplo. Facilita a interação com a criança e a relação terapêutica da tríade enfermeiro-criança-pais.

A capacitação para as intervenções com base no humor garante a boa disposição da criança e eficácia dos procedimentos. Principalmente o brincar através de um peluche, boneco ou brinquedo facilita todo o circuito do doente em situação de urgência. A distração, os jogos de palavras e a imagem guiada fazem igualmente parte da família de estratégias de controlo de ansiedade, gestão emocional, controlo da dor e alívio do medo. Com este guião, o enfermeiro conseguirá confortar as crianças para a sua colaboração ser efetiva e rigorosa nos cuidados a prestar.

Como processo de aprendizagem, melhoramento e atualização, deixarei este projeto de forma editável para que não deteriore face à constante evidência científica. Todas as publicações usadas serão partilhadas para uma possível comparação com bibliografia recente e futura, quando os profissionais acharem oportuno.

Referências bibliográficas:

- Anvisa (2006). *Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar*. Brasília. Ministério da Saúde. Pág.: 68-69. ISBN 85-334-1049-2;
- Castro, Dayene. Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria (SÃO PAULO)*, 2010; volume 32(4):246-54;
- Diogo, P. et al. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47;
- Dowling, Jaqueline (2002). Humor – a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric nursing*, 28(2), 123-131;
- Engenheiro, Olivia et al. (2016) Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *RIASE - Revista ibero-americana da saúde e envelhecimento*, 2(1): 489 – 501;
- Gessner, Rafaela et al. (2013). Protocol for disinfection of toys in pediatric hospital unit: Academic nursing experience. *Ciencia Cuidar Saude*. 12(1):177-181;
- Goldstein, Jeffrey; Ruch, Willibald (2018). Paul McGhee and humor research. *De Gruyter Mouton*. 31(2): 169-181;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Mccreddie, M., & Payne, S. (2014). Humour in health-care interactions: A risk worth taking. *Health Expectations*, 17(3), 332–344. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00758.x>;

McCreaddie M. & Wiggins S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 584–595;

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I. ISBN: 978-989-8444-00-4;

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boas praticas – estratégias não farmacologias da dor na criança. Serie 1 (6). ISBN: 978-989-8444-23-3;

Ramos, Sónia. (2014). Brinquedos em brinquedotecas como fonte de microrganismos patogênicos para as infeções hospitalares. *Revista Paulista de pediatria*. 32(3): 149-150;

Souza, A. et al. (2013). A utilização da terapia do humor no ambiente hospitalar: Revisão Integrativa. *Saúde (Santa Maria)*, 39(2), 49–56. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/223658347942>.

ANEXOS

Anexo 1 – Exemplos de jogos de palavras e trocadilhos

- 1 - Sabes qual é o vinho preferido do dinossauro? O vinho branco. Porque é um animal “ex-tinto”.
- 2 - Qual a cor preferida das tomadas? O rosa choque
- 3 - Porque é que a manteiga não entrou na discoteca? Porque foi barrada
- 4 – Qual é o peixe preferido dos ladrões? O “Roubalo”.
- 5 – Qual é o único peixe que não anda de elevador? A Pescada.
- 6 – Onde vivem os patos? Num “apartamento”
- 7 – Sabe onde fica a Meia Praia?
- Não não, só conheço praias inteiras.
- 8 - Quando é que os Americanos comeram carne pela primeira vez? Quando chegou Cristovão CoLombo.
- 9 – Sabes a piada do iogurte? É natural.
- 10 – Joãozinho, como se diz em inglês “o gato caiu na água e afogou-se”?
- Essa é fácil Sr^a Prof^a! “The cat catrapum in the water glu glu and no more miau miau!
- 11 – Joãozinho, se nesta mão tenho 4 maçãs e na outra tenho 5, o que tenho no total?
- Duas mãos enormes Sr^a Prof^a.
- 12 - Para onde vão os dentistas quando morrem? Para o céu da boca.
- 13 - Porque é que as vacas não podem correr? Para não entornarem o leite.
- 14 - Sabes qual é o melhor cão para ter em casa? É o dálmata porque tem mais pinta.
- 15 – Um livro de Matemática diz para o de Estudo do Meio:
Não me venhas cá com histórias que eu estou cheio de problemas.
- 16 - Mamã, os meninos na escola, chamam-me distraído!
- Joãozinho, tu moras na casa em frente...
- 17 – O que diz um pato para o outro? Estamos empatados.
- 18 – O que diz uma arvore para a outra? Deixaram-nos plantadas.

Anexo 2 – Questões de validação do humor

Questões proposta para avaliar a prática do humor na criança:

- O que fazes nos tempos livres?
- O que gostas de fazer para te rires?
- O que te faz rir? O que é divertido para ti?
- Quais os programas de TV mais divertidos?
- Qual é o teu livro mais engraçado?
- Qual foi a coisa mais divertida que te aconteceu este ano?
- Conta uma situação divertida que tenha acontecido na escola.
- Gostas de contar piadas? Sabes alguma?
- Sabes alguma piada que algum amigo teu tenha contado?
- Quando foi a ultima vez que te riste à gargalhada?
- Conheces alguma historia engraçada para me contares?

Apêndice III – Síntese da reunião de trabalho com
Professora Doutora Paula Diogo

Síntese da reunião com a Professora Doutora Paula Diogo

Esta reunião foi marcada após contacto via e-mail com a Sra. Professora (Prof^a) Doutora (Dr^a) Paula Diogo, uma discussão reflexiva sobre a importância do humor nos cuidados de enfermagem, na vertente pediátrica (com foco no contexto de cuidados intensivos neonatais, e cuidados no internamento pediátrico), bem como a gestão emocional associada. Desta forma, procedeu-se à realização da síntese da reunião de trabalho, sustentada com fundamentação bibliográfica, que se apresenta imediatamente abaixo. Antes da mesma, obteve-se o consentimento informado para a partilha de dados neste relatório em específico. Está garantida a confidencialidade, o respeito e o sigilo da informação circunscrita à reunião.

A Prof^a Paula Diogo começa por afirmar que, no âmbito da sua tese de doutoramento, estudou quais os fenómenos emocionais em enfermagem e na experiência emocional do enfermeiro, e do cliente a quem se prestam cuidados de enfermagem, neste contexto, na criança e na sua família. Identificou variadas situações de prestação de cuidados de enfermagem que se encontram relacionadas com uma vivência intensa de emoções (por exemplo, o medo) (Diogo, 2017). Nomeou simultaneamente um conjunto de instrumentos de enfermagem, entre os quais o humor que, atualmente, são cada vez mais estudados cientificamente na disciplina de enfermagem e conseqüentemente comprovada a sua eficácia.

Menciona que surgiu, deste modo, a questão de investigação “*Como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica?*”. Desta questão advém uma síntese que caracteriza o trabalho emocional do enfermeiro em cinco categorias de intervenção na prestação de cuidados de enfermagem: “*promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto, construir a estabilidade na relação, facilitar a gestão das emoções dos clientes e regular a disposição emocional para cuidar*” (Diogo, 2017, pg. 8). Estas dimensões estão relacionadas com os metaparadigmas da disciplina de enfermagem, apresentando-se com algumas particularidades visto que nesta síntese são considerados cliente (criança ou jovem e sua família) e enfermeiro enquanto pessoa, o ambiente, as intervenções de enfermagem, a saúde (associada ao bem-estar emocional) e a relação enfermeiro-cliente. Neste sentido, na sua tese propôs o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

Validou, no decorrer dos anos, a aplicabilidade do seu modelo em vários locais onde se prestam cuidados de enfermagem, um dos quais, numa unidade de cuidados intensivos neonatais de um Hospital na região de Lisboa. Após elaboração de um questionário com base no seu modelo, os enfermeiros afirmaram que utilizam 93% das características, que abrangem as cinco categorias que o modelo compreende, na sua prática de enfermagem. Além disso, a categoria menos classificada como importante, muito importante ou essencial (os três itens do questionário com maior valor) é a *promover um ambiente seguro e afectuoso*, ao contrário dos resultados obtidos em contexto de serviço de internamento pediátrico, local de estudo da aplicabilidade do modelo na tese de Diogo (2017).

Refere igualmente um conjunto relevante de estratégias que os enfermeiros empregam na sua prática, e que abrangem o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP), envolvem o humor. Relata a relação que existe entre o humor e o TEEP. Menciona, como exemplo, que uma das estratégias mais estudadas relativamente ao humor em contexto pediátrico, é a utilização de palhaços em meio hospitalar. Retrata os benefícios de empregar estratégia idênticas (materiais humorísticas como narizes, perucas ou bonecos) provendo alegria e distração, de forma a minimizar o medo e transmitir carinho, isto é, promover um ambiente seguro e afetivo, e facilitar a relação entre enfermeiro e o seu cliente.

Aborda a necessidade de adaptação do humor como cuidados de enfermagem às diversas faixas etárias das crianças a quem se presta cuidados, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e a sua situação de saúde-doença. Os pais e família constituem um suporte importante para os cuidados da criança, como tal, é crucial que sejam envolvidos na aplicação do humor e promoção da relação terapêutica. No entanto, a perita reforça que o humor como intervenção de enfermagem requer avaliação, planeamento e execução de forma cuidadosa, podendo haver contextos menos propícios ao humor se a relação entre enfermeiro-criança-família não for cimentada, dando como exemplos uma criança ou jovem em fase inicial de doença de foro oncológico ou em cuidados de fim de vida e a possibilidade de, nestes casos, o humor poder ser interpretado como algo negativo. Assim, afirma que o humor deve ser utilizado tendo sempre em conta a experiência emocional da criança e da sua família, de forma a não fragilizar a relação terapêutica. Prossegue, expondo outro aspeto de considerável relevância para o tema: o ajuste da aplicação do humor aos gostos e hábitos das crianças. Uma colheita de dados prévia sobre os gostos da criança (se gosta ou tem medo de fantoches, se quer ver o Pai

Natal...), prevenindo situações desagráveis. Nestes casos, assim como noutras circunstâncias, torna-se fundamental adaptar o humor à situação vivida e informar-se junto da sua família e da própria criança qual a melhor abordagem.

Seguidamente menciona um artigo da sua autoria “*Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência*”, contexto vivenciado pelo entrevistador no seu quotidiano. Neste estudo científico aborda o trabalho emocional em enfermagem pediátrica relativamente à gestão do medo em crianças no serviço de urgência pediátrica, no qual explana “*o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros na gestão dos medos*” (Diogo, 2015, pg. 45). Refere que os enfermeiros utilizam diversas estratégias para gerir o medo, promovendo o conforto e alívio do sofrimento, durante a sua prestação de cuidados de enfermagem neste serviço. Valida o humor como uma ferramenta para o desempenho do trabalho emocional de enfermagem pediátrica visto que, por exemplo, a sua utilização pode promover um ambiente seguro e afetuoso, facilitar a gestão da emoção medo das crianças e promover a construção da relação enfermeiro-criança.

No decorrer do diálogo, a Prof^a Diogo foi questionada relativamente às intervenções baseadas no humor na criança e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos pediátricos. Contextualiza o tema ao considerar o papel do enfermeiro, ou seja, uma prática centralizada nos cuidados que promovem o desenvolvimento do recém-nascido e que englobam os cuidados neuroprotectores. Estes cuidados traduzem-se em sete medidas que permitem manter um correto desenvolvimento cerebral enquanto recém-nascido prematuros. Subsequentemente, refere que as intervenções baseadas no humor, nesta circunstância, pelo estágio de desenvolvimento da criança, devem ser dirigidas sobretudo à sua família. Contudo, evidencia algumas estratégias baseadas no humor centralizadas na criança, no âmbito da relação enfermeiro-criança, como a utilização de uma linguagem afetuosa, com um tom de voz apropriado e a utilização de expressões e sons adaptados ao recém-nascido. Enuncia como exemplo uma forma específica de comunicar com os recém-nascidos que, na linguagem corrente, denominam a linguagem dos “inhos”. Outra situação identificada diz respeito à interação ou ao comportamento que o enfermeiro apresenta no cuidar do recém-nascido. No momento em que o enfermeiro embala o recém-nascido torna-se essencial olhar para o mesmo com um sorriso, face com face.

Posteriormente, remete-se às intervenções baseadas no humor que são focadas na família da criança neste contexto. Atendendo à vivência dos pais, ou outros cuidadores

das crianças, o período em que o recém-nascido permanece internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais pode conduzir sentimentos negativos para os cuidadores como ansiedade, sofrimento e outras emoções profundamente dolorosas (Diaz et al, 2014). Considera que o papel do enfermeiro é fulcral, nesta circunstância, na área da educação para a saúde, envolvendo temáticas como parentalidade positiva, vinculação e cuidados ao recém-nascido, como a prestação de cuidados de higiene, visto que estes cuidadores podem vivenciar dificuldades ao nível da sua capacidade para assumirem o seu papel parental. Declara que o humor pode ser uma ferramenta essencial para “*quebrar o gelo*” (Diogo et al, 2016), dado que a sua integração nas interações realizadas entre enfermeiro e cuidador da criança podem conduzir à construção de uma relação enfermeiro-família de confiança e proporcionar um ambiente de segurança. Destaca uma possível estratégia baseada no humor centrada na família da criança, que se encontra implementada numa unidade de cuidados intensivos pediátricos de um Hospital central de Lisboa - a formação de um grupo de pais. Este grupo apresenta-se como uma oportunidade para a utilização do humor. Mais do que satisfazer as suas dúvidas, procedendo-se à sua informação e esclarecimento relativamente às diversas temáticas envolventes o seu papel parental, torna-se um ambiente propício à abertura e expressão emocional. É fundamental encontrar estratégias que capacitem os pais a partilhar as suas experiências com pessoas, sozinhos (através da escrita por exemplo) ou com outras pessoas que vivenciaram circunstâncias idênticas, de forma a “*destruir receios, esclarecer dúvidas, normalizar as suas vivências e, conseqüentemente, aumentar a segurança e melhorar a confiança*” (Diaz et al, 2014, pg. 91). Relativamente a uma questão apresentada, desenvolve em seguida a temática das emoções humanas e a sua relação com o cuidar em enfermagem.

Expõe a distinção entre as emoções humanas e as emoções dos animais, isto é, a consciência que o homem apresenta relativamente às suas emoções, abordando Charles Darwin, António Damásio e as suas obras de investigação relativamente às emoções humanas. Destaca a diferença entre a gestão emocional, a inteligência emocional e a competência emocional. Refere que a aquisição da gestão emocional surge como uma aprendizagem concretizada ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento da pessoa desde a sua infância. O conjunto de estratégias apreendidas são exclusivas dessa pessoa, dado que se modificam consoante as experiências vivenciadas, conduzindo ao delineamento da gestão emocional desse indivíduo. Dois dos exemplos escolhidos descrevem uma situação em que a mãe muda uma fralda com seu filho por sentir o

desconforto deste, e a mãe que diz “não” a um pedido da sua filha crescida). Considerando os exemplos anteriores, a família do indivíduo torna-se fundamental no aprimoramento do seu “projeto emocional”. Não obstante, a perita relata a relevância que o papel da educadora de infância tem para a gestão emocional das crianças, especificando a emoção do medo e o trabalho desenvolvido para desmistificar esta emoção, recorrendo à explanação dos medos “desenvolvimentais” como algo natural no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

“os medos são designados de “normais” ou “desenvolvimentais” quando constituem um conjunto de medos de objetos, animais, pessoas ou situações, presentes de forma habitual em crianças ou jovens. (...) são considerados normais por serem universais, transculturais, e representarem respostas adaptativas a perigos ou a ameaças reais que se colocam à sobrevivência humana. (...) São respostas que devem ser adquiridas ao longo do desenvolvimento humano, particularmente na infância e adolescência, e preparam o indivíduo para os desafios ambientais que tem de enfrentar em adulto. (...) não são patológicos porque só são ativados na presença de estímulos perigosos, e supostamente desaparecem com a ausência ou afastamento do estímulo.” (Diogo, et al., 2016, pg. 27-28).

De seguida, enfatiza a inteligência emocional e a tese de mestrado de Daniel Goleman, onde este se debruça sobre os cinco pilares da inteligência emocional: a capacidade de autoconsciência, a capacidade de gestão de emoções, a capacidade de automotivação, a capacidade de empatia e a capacidade de gestão de relacionamentos. Prossegue referindo a Escala de Competência Emocional de Maria Augusta Veiga Branco, baseada nos cinco pilares da inteligência emocional, aludindo à contribuição da obra da autora para o esclarecimento dos conceitos inteligência emocional e competência emocional. Aborda a competência emocional do enfermeiro como a translação das características da inteligência emocional no exercício do cuidar em enfermagem, do mesmo modo, afirma que os enfermeiros no *“confronto com situações emocionalmente intensas na interação de cuidados, mobilizam habilidades de gestão emocional, isto é (...) um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender e expressar emoções, visando regular de forma apropriada os fenómenos emocionais.”* (Diogo, 2019, pg. 4). Por fim, clarifica o conceito de trabalho emocional em enfermagem, que abrange a gestão emocional da pessoa a quem se prestam cuidados de enfermagem e a gestão emocional do enfermeiro. Considera vital a sua integração no

ato de cuidar dos enfermeiros enfatizando a obra de Jean Watson “*Cuidar não pode permanecer separado e indiferente às emoções.*” (Diogo, 2019, pg. 4).

No que concerne ao contexto vivenciado pelo entrevistador no seu cotidiano, questiona a perita em relação à forma como os enfermeiros devem gerir as emoções da criança e da família em contexto de doença aguda ou numa situação emocionalmente conflituosa, como quando um adolescente encaminhado para o Serviço de Urgências por uma ingestão involuntária medicamentosa. A Prof^a Diogo foca-se na família da criança, aludindo para a emoção predominantemente vivenciada nesta circunstância: a culpa. Alega que a facilitação da gestão emocional passa por desmistificar a situação ocorrida, sem a desvalorizar ou relativizar, e sem potenciar as emoções negativas sentidas. Reporta, novamente, para o papel fulcral do enfermeiro na área da educação para a saúde, neste caso, para a prevenção de acidentes. Do mesmo modo, recorda que os acidentes são acontecimentos comuns em diversas fases de desenvolvimento da criança. Transmite que é através da construção da relação enfermeiro-criança-família e da promoção de um ambiente de segurança e confiança que se alcança a promoção do conforto e alívio de emoções, como o medo ou a culpa, que os familiares da criança possam assumir naquele período. Refere que os enfermeiros podem, da mesma forma, utilizar o humor como estratégia de gestão de emoções para alívio das emoções negativas nesta experiência, fornecendo como exemplo contar uma história humorosa de acordo com a temática.

Em consequência de uma interrogação exposta no que diz respeito ao “cansaço psicológico” sentido pelos enfermeiros no ato de cuidar da criança e sua família e a forma mais apropriada de o suplantar, a doutorada aborda novamente a temática da inteligência emocional. Assume que é necessário formar os enfermeiros de modo a capacitá-los para a utilização das características da inteligência emocional, traduzindo-se na competência emocional do enfermeiro. Declara que a nível académico existe uma preocupação crescente relativamente à formação dos estudantes de enfermagem e enfermeiros na temática das emoções humanas, mencionando um artigo da sua autoria, intitulado “*Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte*”. Neste estudo científico aborda o desempenho do enfermeiro na supervisão do percurso do estudante de enfermagem enquanto seu suporte e promotor de desenvolvimento da competência emocional. Salienta a partilha e discussão reflexiva das experiências vivenciadas pelos estudantes com o seu enfermeiro supervisor, em contexto de ensino clínico, como instrumento fundamental à promoção da competência emocional do estudante de enfermagem. Aborda igualmente o

papel do mentor na promoção do desenvolvimento da competência emocional do estudante ao nível dos três ciclos de estudo de enfermagem, evidenciando, não só a partilha e discussão reflexiva das experiências vivenciadas pelos estudantes ou enfermeiros, como a elaboração de jornais de aprendizagem. Finaliza esta reunião ao assumir a relevância da formação, relativamente ao humor e, por consequência, o trabalho emocional a desenvolver pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros para o exercício de cuidar em enfermagem.

Referências bibliográficas

- Diaz, Z. M., Gonçalves, S. M., Fernandes, C., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. *Referência*, 4(3), 85–93. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIII12134>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13(13), 43–51.
- Diogo, P., Vilelas, J., & Rodrigues, L. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Pg: 1–16. Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36481.97125>
- Diogo, P. (2019). Sobre as Emoções Humanas e o Cuidar de Enfermagem. *Editorial Revista Pensar Enfermagem*. 1-5

Apêndice IV – Tradução de folhetos sobre amamentação, extração e
conservação de leite materno

Benefits of breastfeeding

Breastfeeding provides unique benefits for both baby and mother:

- Promote protection against infections, allergies and breathing problems in your baby.
- Relieves pain in the baby
- Improves absorption and digestion
- Always available and affordable
- Strengthens the mother-child bond
- Protects mother's health (reduces risk of breast, uterus and ovarian cancer)
- Facilitates the mother's recovery in the postpartum period

With the need for hospitalization of the baby in neonatology, breastfeeding may be compromised at an early stage, but milk production may be maintained by manual extraction and / or the use of a breast pump

In the premature newborn... Do you know that:

- ✓ Mother's milk of a baby born prematurely contains the nutrients that are appropriate for the baby's developmental stage.
- ✓ The possibility of performing Kangaroo Method with the baby promotes increased milk production.
- ✓ Oral stimulation with breast milk at the different stages of development of the premature baby prepares him for breastfeeding

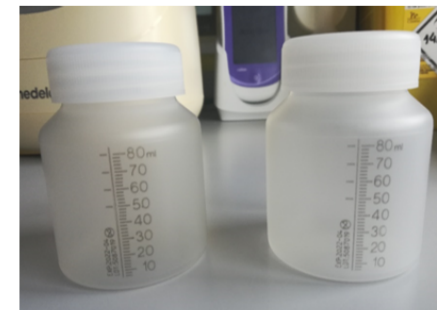
Breast milk extraction

- The mother should preferably extract milk in the neonatal service.
- Milk extraction should be done at intervals of 3 / 3h during the day and may increase the frequency at night.
- Always wash your hands before and after milk extraction (the breast does not require specific hygiene care other than daily washing with soap and water).
- Immediately waste the first drops of milk, withdrawn manually before the extraction.
- After extraction, place the milk in the container provided and identify it with its own label filled in with the name, date and time of extraction, place of collection and amount of milk.
- With each extraction use a new container to pack the milk.
- After use, the kit should be rinsed, placed in its bag and handed over to the Operational Assistant.
- Wearing a mask during extraction is mandatory whenever the mother shows signs of respiratory infection



Conservation of breast milk at home

- Milk should be immediately placed in the refrigerator after extraction and stored **for a maximum of 24 hours**.
- Collected milk should be stored in a clean compartment at the back of the top shelf of the refrigerator.
- If up to 24 hours after extraction milk is not consumed it should be frozen for up to **4 months** in the freezer and **6 months** in a freezer cabinet.
- The defrosting of breast milk should be done inside the refrigerator and after thawing is only valid for 24 hours.
- **Milk extracted at home should be frozen if it is not guaranteed to be transported for service within 4 hours of extraction.**



Breast milk transport

- It is important to confirm with the Neonatology Service if there is enough breast milk for the baby (as a result, the amount of milk the mother has to bring from home should be managed), with a focus on the freshly extracted milk over the frozen milk.
- Breast milk should be transported from home to the hospital in an isothermal ice-cooler bag duly identified with the date and hour of collection.
- If you bring frozen milk from your home, you must add to the label the date and time when the milk was removed from the freezer.
- The milk that the mother brings from home should be delivered to the neonatal service by 11:00

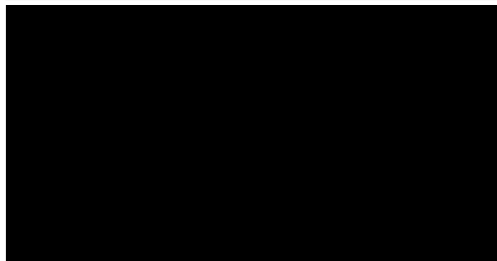
Extract and Preserve Breast Milk... WHY?

For the importance of **starting and maintaining lactation** when:

- The baby was born prematurely and still cannot breastfeed.
 - Difficulties in adapting to the breast due to the health of the baby or the mother.
 - The mother needs to temporarily separate from the baby (eg return to work, travel, etc.)
-

Successful milk production and complications prevention depends on the regularity of breast milk extraction and the effectiveness of breast emptying

Important contacts



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS



Breast Milk Extraction, Collection, Conservation and Transport Advice

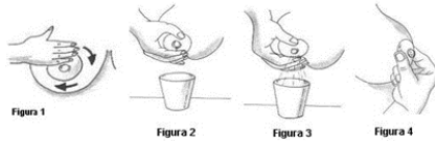


Breast milk can be extracted manually or by the use of a breast pump (manual or electronic).

Before expressing milk, you should wash your hands thoroughly and take a comfortable position.

Manual extraction

- Massage the breasts with your fingertips, circular movements, areola-wise towards the nipple. It may be helpful to gently brush the comb or rotate the closed fist over the breast.
- Place your hand in a "C" shape, placing your thumb above the areola and index and middle fingers below it.
- Firm your fingers and press toward the body.
- Press and release the breast tissue between the thumb and other fingers until milk comes out (avoid slipping the fingers over the skin).
- Gently reposition the hand clockwise to empty all areas of the breast.
- Repeat these steps in continuous motion, knowing that the amount of milk may vary.
- Continue until you feel your breast softer.



Manual extraction can be used for breast relief or prior to pump adaptation when the breast is full. At the hospital this milk should be wasted

Mechanical Extraction

Symphony PLUS pump technology allows two extraction programs to be effective for mothers of premature and term infants.

These programs simulate the natural sucking pattern of the newborn, assuming a faster, uneven sucking and pausing of a baby in the early days of lactation.

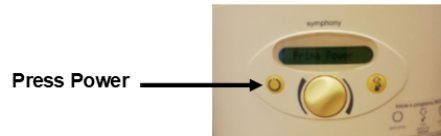


The **INICIAR** program supports mothers in successfully starting milk production while the **MANUTENÇÃO** program is designed to optimize milk production in order to develop and maintain lactation.

The pump also allows double extraction, which favors lactation stimulation and optimizes mother's time, managing to extract more milk in less time.

INICIAR Program

The **INICIAR** program should be used until breast-extracting activity begins and is effective for both preterm and term newborns



INICIAR Program (Cont.)



After starting the pump, press before reaching 10 sec.



Vacuum intensity regulation

Press the **INICIO** button and then **EXTRAÇÃO** (before 10sec.). "Active Start" appears on the screen.

For 15 minutes the program goes through different suction rhythms and takes three pauses. After this period, it ends automatically by displaying "Programa acabado".

When the milk production is 20ml or more for 3 consecutive extractions, you can go to the **MANUTENÇÃO** Program.

MANUTENÇÃO Program

The **MANUTENÇÃO** program helps mothers maintain lactation and increase milk production.

- Press the "Start" button
- The pump defaults to the **MANUTENÇÃO** program

Apêndice V – Síntese da reunião de trabalho com
Professora Doutora Helena José

Síntese da reunião com a Professora Doutora Helena José

Esta reunião foi marcada após contacto via e-mail com a Sra. Professora Doutora Helena José, perita na temática humor na prestação de cuidados de enfermagem em Portugal e autora da tese de doutoramento “*Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*”. Esta reunião reflexiva incidiu na procura de estratégias de aplicação do humor na população pediátrica, mais concretamente em contexto de Neonatologia e Internamento. Ao consultar os peritos na área, foi possível adquirir a informação mais atualizada da temática, bem como incorporar uma nova visão desta intervenção autónoma de enfermagem. Foi solicitada a gravação do seu conteúdo e garantida a exclusão de citações expostas neste diálogo. Desta forma, procedeu-se à sinopse desta reunião, sustentada com fundamentação bibliográfica, que se apresenta de seguida. Antes da mesma, validou-se o consentimento informado para a partilha de dados apenas, e unicamente, neste relatório. Está, portanto, garantida a confidencialidade, a dignidade e o sigilo da informação circunscrita à reunião.

O entrevistador inaugura o diálogo ao expor uma adversidade experienciada ao longo do seu percurso enquanto estudante do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assim como a Prof^a José refere, no âmbito da sua tese de doutoramento, foi necessário a abordagem a novas modalidades terapêuticas ainda pouco exploradas em enfermagem (onde o humor se inclui), tal como Jean Watson refere, denominando-as como o cuidar pós-moderno (José, 2010). O entrevistador aborda a dificuldade sentida em obter evidência científica recente relativamente ao humor na prestação de cuidados de enfermagem à criança e adolescente, sobretudo ao nível da sua abordagem em unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais. Alude ao humor direcionado à criança e adolescente como temática escolhida, questionando relativamente às intervenções de enfermagem baseadas no humor no recém-nascido e sua família no contexto supracitado.

A Sr^a Prof^a opta por contextualizar o tema ao considerar as intervenções de enfermagem no que concerne ao humor, propostas na Classificação das Intervenções em Enfermagem (Bulechek, 2016). Atendendo ao estágio de desenvolvimento da criança no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, confirma a complexidade experimentada em adaptar essas intervenções de enfermagem ao recém-nascido. Argumenta, da mesma forma, que o humor impõe uma reciprocidade entre os seus intervenientes, e que este se apresenta como uma resposta humana a um estímulo ou, em

contrapartida, se apresenta como um estímulo que resultará numa resposta humana, “*O humor é entendido (...) como sendo todo o tipo de comunicação que seja percebido por ambas as partes envolvidas, como humorística, e que conduza ao riso, ao sorriso, ou a um sentimento de diversão.*” (José, 2010), não existindo atualmente evidência científica da reciprocidade desta interação por parte dos recém-nascidos. Diante disso, declara que as intervenções baseadas no humor, nesta circunstância devem ser dirigidas sobretudo à família da criança.

Atenta para a vivência dos pais, refere-se a este período, em que o recém-nascido permanece internado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, como uma situação de crise, o que engloba sentimentos de ansiedade, sofrimento e emoções profundamente dolorosas para os seus cuidadores,

“Os pais passam, então, a estar perante um processo de luto em relação ao bebé idealizado, ao qual se associa uma vasta panóplia de sentimentos e emoções: confusão, desamparo, angústia, revolta, frustração, recusa da situação, dor, tristeza, medo da perda e a incerteza e preocupação em relação ao futuro do bebé.” (Diaz, 2016, pg. 31).

Relaciona a situação experienciada pelos pais, com a pertinência das intervenções de enfermagem baseadas no humor em situações de crise,

“O humor tem potencial para, em pessoas em crise, fortalecer a auto-estima e ajudar a lidar com desilusões, perdas, tristezas e sentimentos de culpa. Deste modo, ao nível psicológico, a utilização do humor é muito útil já que ajuda as pessoas a desinibirem-se, a diminuir a distância social entre elas e promover relacionamentos (...), cria uma atmosfera de relaxamento, estimula a comunicação nas áreas sensíveis e ajuda a ultrapassar estilos sociais rígidos e formais.” (José, 2010, pg. 25),

abordando o papel do enfermeiro nestas situações:

“Assim, o humor possibilita ao enfermeiro compreender, e ajudar o doente a compreender, apreciar e expressar o que é cómico, divertido ou ridículo, de modo a estabelecer relações, libertar a dor e a raiva, aliviar a tensão e facilitar a aprendizagem (James, 1995), bem como coloca à disposição das pessoas formas para lidar com pressões exteriores, situações difíceis, conflituosas e impostas pela hospitalização e ainda ajuda a estabelecer relações terapêuticas entre a pessoa e o profissional de saúde (Robinson, 1991).” (José, 2010, pg. 42).

Explana que na sua experiência, enquanto investigadora e perita do humor nos cuidados de enfermagem, se deve aguardar que seja a própria pessoa cuidada a estabelecer primeiramente um contacto que envolva humor, a título de exemplo realizando uma piada ou um trocadilho relativamente a algum objeto que envolva os cuidados prestados como uma sonda nasogástrica. Esta receptividade apresentada ao humor por parte da pessoa cuidada, pode proporcionar uma intervenção mais eficaz do enfermeiro.

Finaliza a questão, apresentando a necessidade de avaliação da utilização do humor pelo enfermeiro relativamente à pessoa a quem se presta cuidados, aos tipos de humor e à situação específica visto que, de outra forma, a intervenção de enfermagem baseada no humor, contrariamente ao pretendido, pode ser prejudicial para a pessoa a quem se prestam os cuidados de enfermagem:

“De facto, e como atrás referido, aquilo que é engraçado para umas pessoas pode ser completamente sem graça e até incompreensível para outras. Relativamente aos cuidados de saúde, é importante diferenciar o humor que faz bem, que alenta, do humor que faz mal. O primeiro (comédia) faz-se à custa da construção de situações humorísticas que promovem uma harmonia e um bem-estar. O segundo (tragédia), o humor macabro, reflecte o stresse, o conflito, a incompreensão e o desamor. Este tipo de humor desajusta, coage o doente e não o ajuda, e é nele que podem englobar-se o sarcasmo e a ironia (...).” (José, 2010, pg. 34).

A título de exemplo, alude a uma das estratégias mais estudadas relativamente ao humor em contexto pediátrico, a utilização de palhaços em meio hospitalar, anunciando que diversas crianças apresentam emoções negativas, como o medo, perante a sua abordagem. Apoiar a sua afirmação na sua experiência, referindo-se à contemplação do exercício profissional dos palhaços hospitalares abrangidos na Operação Nariz Vermelho, em serviços de pediatria de um Hospital central em Lisboa.

No decorrer do diálogo, a doutorada foi questionada relativamente às intervenções baseadas no humor na criança e sua família em contexto de pediatria, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança. Na sua questão, o entrevistador evidencia as fases de desenvolvimento de *toodler* e pré-escolar, estádios estes em que o entrevistador experienciou adversidades em empregar intervenções de enfermagem compreendidas no humor na sua prática de enfermagem.

A Prof^a José introduz o tópico abordando uma estratégia do humor proposta no âmbito da sua tese de doutoramento, o “*carro do humor*” ou, como o nomeia, o “*Risomóvel*”. Esclarece que o “*carro do humor*” se apresenta como a reunião de diversos

objetos humorísticos, como livros e filmes humorísticos, narizes, acessórios de cabelo (como flores), autocolantes com frases positivas, entre outros materiais, num carro móvel transportado pelas enfermarias, com o intuito das pessoas selecionarem a ferramenta humorística desejada, mostrando-se como uma estratégia do humor válida no agir profissional do enfermeiro, ou seja,

“o «carro do humor», um carro móvel, repleto de filmes e livros cómicos, smiles autocolantes com frases positivas e alegres, flores, narizes, entre outros, vai de porta em porta, através das enfermarias (...). Esta técnica foi, no caso deste estudo, especialmente útil devido à sua capacidade de movimento e de armazenamento de uma variedade de matérias humorísticas. Assim, sempre que o enfermeiro concluiu que o doente beneficiava, de uma acção de enfermagem humorosa, teve à sua disposição, no carro, o material apropriado.” (José, 2010, pg. 144).

Afirma que, embora na sua tese tenha centrado a intervenção de enfermagem na população adulta, a aplicação desta estratégia do humor seria igualmente adequada na intervenção de enfermagem em contexto pediátrico, evidenciando a sua utilidade em serviços de internamento pediátrico e salas de observação compreendidas nos serviços de urgência pediátrica.

Seguidamente, expõe a sua experiência enquanto coordenadora de um centro de formação de saúde de uma clínica em Angola, onde realizava visitas de voluntariado a infantários, que abrangiam populações pediátricas vulneráveis, salientando as estratégias do humor utilizadas no estágio de desenvolvimento de *toodler* e pré-escolar. Enuncia, como exemplos de estratégias da aplicabilidade do humor nestas fases de desenvolvimento da criança, o manuseamento de um “*martelinho*”, que produza ruído e com o qual a criança possa “*bater-nos*”, a visualização de cartoons ou a realização de desenhos, que podem ser criados pelo enfermeiro no momento, permitindo à criança colori-los posteriormente, assim como a utilização de um nariz vermelho que possibilite ao enfermeiro interagir com a criança, colocando-o no seu nariz para mais tarde o oferecer à criança.

O entrevistador remete-se, em seguida, à hospitalização da criança como uma situação experienciada pela própria e sua família como um momento de fragilidade, em que se encontram envolvidas emoções, frequentemente negativas, como a ansiedade ou o medo,

“Ser internado num hospital é uma situação de uma vulnerabilidade imensa onde, crianças e familiares são, muitas vezes inesperadamente, colocadas num contexto de incerteza e medo, estes causadores de ansiedade e tensão que podem ser fortemente geridos através do uso do humor, assumindo-se que humor e saúde são noções relacionadas.” (José, 2012, pg. 2552).

Por conseguinte indaga a perita relativamente ao uso do humor de modo a minorar os efeitos, possivelmente nocivos, que a hospitalização pode gerar na criança e na sua família.

A perita declara que o caminho passa por alcançar a “*bolha*” em que a pessoa se insere, transformando-a, “mudar a cor da bolha” (José, 2010, pg. 110), referindo o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro, criança e a sua família como a estratégia fundamental para atingir esta finalidade.

Prossegue ao declarar a necessidade de se implementarem estratégias novas do ponto de vista do espaço físico das instituições ou locais de prestação de cuidados de enfermagem, de forma a propiciar um ambiente adequado à intervenção de enfermagem com base no humor, posto que uma das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista integra a gestão de um “*um ambiente terapêutico e seguro*” levando a promover “*um ambiente físico (...) gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo*” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, pg 4748).

Como estratégia do humor na esfera da gestão do ambiente físico, a entrevistada sugere uma atividade no âmbito da sua tese de doutoramento, a designação de nomes humorísticos das enfermarias. Clarifica que, apesar da impossibilidade de eliminar os números atribuídos às enfermarias ao nível do sistema informático do serviço no qual realizou o estudo de investigação da sua tese, foi tomada a decisão em equipa, pela perita e pelos enfermeiros abrangidos na sua investigação, de retirar o número das enfermarias e atribuir-lhes nomes. Esta equipa de enfermagem elegeu nomes como “Enfermaria dos Marcianos”, “Enfermaria dos Power-Rangers”, “Enfermaria dos Cowboy’s” e “Enfermaria das Floribelas”. Evidencia o impacto que esta ação de enfermagem obteve perante as pessoas cuidadas e sua família, referindo que a menção aos nomes por parte das mesmas gerava uma resposta, o riso, criando um ambiente de confiança e segurança, “*Ao estado de boa disposição, motivado pelo riso, segue-se, normalmente, um estado de relaxamento no qual a respiração, ritmo cardíaco e tensão muscular regressam a níveis abaixo dos normais.*” (José, 2010, pg. 27).

Nesta perspectiva, reitera o compromisso que os enfermeiros e as suas instituições empregadoras devem possuir no sentido de transformar o ambiente físico o mais prazeroso para a criança e sua família de forma a desenvolver o ambiente indispensável para a eficácia do seu exercício, *“O humor precisa, para que possa ser pessoalizado e terapêutico, para crianças, adolescentes e pais, estar incorporado na filosofia da unidade prestadora de cuidados e, o ambiente desta, necessita refletir humor nas atitudes e comportamentos.”* (José, 2012, pg. 2552), citando como exemplo, que o enfermeiro possua um boneco na sua farda ou que utilize materiais que entretenham a criança como cabeleiras ou óculos grandes, elementos humorísticos usados pelos enfermeiros envolvidos na investigação da tese de doutoramento da perita.

No desenvolvimento do diálogo refere que, as intervenções de enfermagem com base humorística conduzem a uma diminuição do sofrimento infligido por técnicas e procedimentos na abordagem à criança. Disserta sobre a importância de integrar a negociação e o princípio da verdade na abordagem do enfermeiro à criança, de acordo com o explanado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, incluídos no Diário da República (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018). Refere que, ao negociar com a criança sobre determinado procedimento, sem nunca lhe mentir, através da inclusão de estratégias do humor na prática de enfermagem, se consegue atingir resultados proficientes,

“(...) o humor possibilita preservar a saúde, prevenir doenças, ajudar a ganhar a confiança da criança, reduzir o sofrimento infligido por técnicas e procedimentos, confortar, relaxar, aliviar a dor substituindo comprimidos e atenuar o estresse de crianças e pais. (...). Esta forma humorística de ser, do profissional de saúde permitirá à criança e pais confiarem e sentirem-se seguros, em procedimentos mais simples ou mais complexos, onde são exemplos a administração de aerossol, a realização de glicemia capilar, recolha de sangue para análises ou a preparação para punção lombar.” (José, 2012, pg. 2553-2554).

A título de exemplo, a perita refere novamente estratégias do humor em enfermagem como o manuseamento de um *“martelinho”* ao realizar uma punção venosa, que permita que a criança também provoque dor ao enfermeiro ao bater com ele na cabeça do profissional de saúde ou a colocação de um nariz vermelho com que a criança se possa abstrair, retirando-o do nariz do enfermeiro para o colocar no seu.

Relativamente a outra questão apresentada, retrata o processo de sensibilização da equipa de enfermagem para a integração do humor no seu agir profissional, incluindo igualmente a criança e a sua família na sua abordagem da temática. Fornece um exemplo, para cativar os pares no que concerne à utilização do humor no exercício de enfermagem: a formação de grupos de foco, de forma a compreender a sua apreciação do humor e disponibilidade para desenvolver o tema, estabelecendo acordos entre si. Aborda, novamente neste diálogo, a necessidade de avaliação do humor pelo enfermeiro relativamente aos gostos humorísticos que a criança e a sua família manifestam.

“Os enfermeiros devem conhecer o tipo de humor apreciado pelo doente e ter a consciência de que ele varia muito de pessoa para pessoa (...). Só este conhecimento permitirá o planeamento e pessoalização da acção humorosa (...) tal como acontece em qualquer outra acção de enfermagem” (José, 2010, pg. 176).

Nesta lógica, afirma o contar histórias como uma estratégia do humor eficiente na prestação de cuidados à criança, envolvendo a sua família, por exemplo, como veículo de introdução da história.

“Cuidar, de modo holístico, de crianças e adolescentes implica ter especial atenção à explicação do que se vai fazer, encontrando a história engraçada para contar, o momento de humor que alivie e desmistifique com o esforço consciente para ser autêntico, compartilhando vitórias e frustrações. “ (José, 2012, pg. 2554),

Acomete à intervenção do humor, continuamente focada na criança, enquanto estratégia pessoal e de desenvolvimento incessante, obrigando, deste modo, a aprender e a treinar a sua utilização, assim como os enfermeiros treinaram o procedimento de algaliação ou de punção venosa enquanto estudantes. Afirma que o passo seguinte é a aceitação do humor como elemento constituinte do agir profissional em enfermagem, por parte do enfermeiro. Esta ideia é validada ao explicar que se encontram intervenções ao nível do humor nos documentos científicos utilizados para o exercício da prática do enfermeiro como na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e na Classificação das Intervenções em Enfermagem. Invoca a necessidade de existir um plano de ação nos diversos contextos dos cuidados de enfermagem para o humor como intervenção autónoma do enfermeiro, bem como o exercício do mesmo na prática diária. Consequentemente, os hospitais devem usufruir de material humorístico para que os enfermeiros possam gerir e treinar as intervenções do humor, uma vez que,

“(...) para o usar (o humor) com uma intencionalidade de enfermagem necessita, como qualquer outra, ser aprendida e treinada. Para esta aprendizagem é importante começar por reunir ferramentas que permitam desenvolver e aperfeiçoar o próprio sentido de humor e que pode passar por cartoons, histórias, piadas, jogos e músicas engraçadas, livros e filmes cómicos, narizes, consulta de sites humorísticos, assinatura de uma revista acerca do humor e participação em conferências, workshops, seminários, onde possa praticar técnicas de desenvolvimento e aplicação do humor (...).” (José, 2010, pg. 167-168).

Destaca a necessidade de, considerando a relação enfermeiro-criança-família, atender à sensibilidade da intervenção de enfermagem do humor relativa à pessoa cuidada e sua vivência experienciada, *“(...) consideram como central em enfermagem, o diálogo vivido – relacionamento criativo entre a enfermeira e o Outro – já que, só a partir deste diálogo, é possível conciliar racionalidade/sensibilidade e subjetividade/objetividade, no acto de cuidar em enfermagem.” (José, 2010, pg. 36).* Relaciona esta afirmação com a responsabilidade do enfermeiro em utilizar o humor com intencionalidade, isto é, a intervenção de enfermagem do humor deve ser planeada, apresentando uma finalidade definida desde o seu princípio, com o intuito de atingir um determinado resultado

“De facto e como acima referido, o humor pode estar associado a uma intencionalidade (...) os enfermeiros entendem que o humor é uma competência sua, mas que só deve ser utilizado por quem tiver aptidão para o fazer e que o seu uso, podendo ser planeado, deve dirigir-se à pessoa e não à doença. (...). Assim sendo, o uso do humor com intencionalidade de enfermagem, ou seja, com propósito e eficácia, em direcção a um resultado (...) e através da utilização de diferentes estratégias (aqui entendidas como os recursos que o enfermeiro tem à sua disposição para produzir humor), gera novas respostas humanas, foco de atenção do enfermeiro, decorrentes das experiências humorísticas vividas no processo de vida. É, então, com base no diagnóstico das respostas humanas que se concebe, viabiliza e produz todo o processo de cuidado com a pessoa.” (José, 2010, pg. 33, 175, 193, 194).

Reforça, ainda, a noção da compreensão de cuidados “redobrados” aquando se tratam de crianças e suas famílias em situações de crise pela complexidade das mesmas,

“(...) a dificuldade ou ausência de conhecimento do Outro e, portanto, do tipo de humor por ele apreciado, bem como a gravidade da situação que a pessoa vive, constituem duas das maiores barreiras à utilização desta estratégia terapêutica

(...). Quando vivem situações muito angustiantes, as pessoas podem não apreciar o seu uso (...) e senti-lo como humilhante e destruidor. (...).” (José, 2010, pg. 33).

Relembra que o enfermeiro, enquanto cuidador holístico do Outro, deve ser

“sensível ao tempo e espaço onde o uso do humor não é boa opção. Bem planeado e com uma intencionalidade bem definida, a acção humorosa é um cuidado terapêutico tal como é quando, adequado à pessoa, ocorre de modo espontâneo. (...)” (José, 2010, pg. 179).

Seguindo esta ideologia, a perita afirma *“para o humor ter sucesso, não é necessário riso. Basta um gesto, um olhar, ou nem isso. Basta que a pessoa sinta que algo a divertiu naquele momento, que teve uma intenção face a uma situação menos boa”*.

Nesta perspetiva, questionei a perita sobre qual a forma mais adequada para a intervenção do humor perante a família de um recém-nascido prematuro em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, sensibilizando-a para a integração do humor no seu agir profissional dos enfermeiros. Apresenta, mais uma vez, o pressuposto fundamental que o humor varia de pessoa para pessoa, de criança para criança. Nesta ordem, o enfermeiro compromete-se a realizar a avaliação da necessidade de aplicação do humor. Nestas situações, as famílias podem achar agradável a aplicação de humor, tal como rejeitar a abordagem mais singela.” *Quando a situação clínica do recém-nascido implica o seu internamento numa Unidade de Neonatologia (UN), o stresse associado é bem mais expressivo, podendo as emoções sentidas ser intensamente dolorosas*” (Diaz, 2012, pg. 28), procurando deslindar o momento mais adequado para alcançar a “bolha” daqueles pais. A literatura refere que na adaptação dos pais à situação das crianças internadas em contexto de unidades de cuidados intensivos pediátricos podem ocorrer dois sentimentos: a culpabilização ou a rejeição do recém-nascido.

“A pesquisa que demonstra que a doença de uma criança, bem como o seu internamento, é um acontecimento estressante para os pais e que a capacidade da criança, para conseguir uma bem-sucedida gestão psicológica do processo saúde-doença, é influenciada pela eficácia que os pais têm para lidar com a hospitalização e/ou doença.” (José, 2012, pg. 2553).

Como tal, o humor pode ter um efeito benéfico ou nefasto, validando a importância de concretização desta intervenção através do planeamento e avaliação de cada atividade.

Aborda posteriormente a temática do humor negro, em conformidade com uma questão realizada pelo entrevistador à perita. Afirma que a sua aplicabilidade, no âmbito

dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a sua experiência enquanto investigadora do humor em enfermagem, somente pode ser usado entre profissionais de saúde, pois

“para os cuidadores, que enfrentam diariamente o sofrimento e a morte, o humor pode constituir uma forma de libertação dos sentimentos de frustração, perda e impotência embora isto seja dificilmente compreendido por doentes e famílias (...) Exactamente porque lidam com uma elevada pressão diária os enfermeiros usam, entre si, e com outros profissionais, o chamado «humor negro» (por associação ao negro do luto), que se encontra vinculado a temas sobre os quais não é socialmente aceite rir (e. g. morte, doença)” (José, 2010, pg. 185).

A Prof^ª José evidencia a facilitação da gestão de sentimentos negativos experienciados pelos enfermeiros no exercício da sua profissão, como um dos principais benefícios deste tipo de humor. Este *“possibilita defender realidades que dão medo e com as quais existe dificuldade em lidar, permitindo transformar o intolerável da situação em tolerável”* (José, 2010, pg. 185).

Menciona de imediato as intervenções de enfermagem baseadas no humor direccionado às crianças em contexto de patologia do foro oncológico, e as suas famílias. Integra o tema, ao referir que numa situação oncológica na qual o diagnóstico se encontra consolidado, isto é, em que a situação foi refletida e experienciada pelos seus intervenientes, torna-se imprescindível estabelecer o bem-estar da criança e da sua família. Objetiva-se, então, o alívio do stress para a abstracção da realidade diariamente vivenciada. Na sua tese, recorda que, quando aplicou as estratégias promotoras de humor,

“os enfermeiros referiam ter gerado humor nos diversos momentos da prestação de cuidados e tê-lo utilizado deliberadamente, para ajudar as pessoas a ultrapassar e lidar com situações, nomeadamente de doença oncológica. Reconhecem, os enfermeiros, no mesmo estudo, que o humor é uma importante estratégia de ajuda e bem-estar e um importante mecanismo de coping, que tem muitos benefícios tais como tranquilizar; ajudar a viver a vida; a conhecer as pessoas e lidar com as situações; facilitar a aprendizagem e a expressão de sentimentos; favorecer a interacção, a informalidade na relação; conduzir a um desempenho mais eficiente; fornecer suporte espiritual, reforçar a auto-estima, enfim... conseguir e manter a saúde.” (José, 2010, pg. 33, 34).

Cita como exemplos, em contexto de serviço de internamento pediátrico, a visualização de filmes, leitura de livros humorísticos ou utilização de brinquedos, escolhidos pelas crianças. Nightingale, citada por José (2010), relata já na década de 90 que o sofrimento

pode ser facilmente aliviado ou mesmo vencido ao provocar um riso autentico, quer na leitura de livros ou numa simples conversa.

Como mencionado anteriormente, desenvolve o assunto do desempenho profissional do enfermeiro enquanto interveniente do humor em situações de crise.

“Num momento de crise, as características do enfermeiro são de relevante importância para o doente sendo que, (...) uma das características deste profissional é ter o talento para ir ao encontro do Outro, de com ele estabelecer laços de confiança, e de com ele caminhar num projecto de cuidar, projecto este que envolve a capacidade de ser simples, disponível, autêntico, humilde, caloroso, compassivo e com sentido de humor” (José, 2010, pg. 160).

Expõe a partilha de histórias, elaboração de trocadilhos e o brincar como principais intervenções de enfermagem associadas ao tema, isto porque o humor:

“(...) é a única forma de brincar normalmente aceite, pela maioria das pessoas, em situações sérias (...) Brincar, na interacção enfermeiro-doente, favorece proximidade e, a relação de confiança que se estabelece na díade, possibilita usar humor, mas, esse humor, também proporciona uma maior proximidade na relação” (José, 2010, pg. 16, 127).

Após concretizar esta reunião, adquiri uma nova visão do agir profissional do humor como cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. O debate de ideias ajudou-me a refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, demonstrando que existe espaço para humor na modernização da Enfermagem. Tal como refere a perita, é com audácia e ousadia que o enfermeiro descobre novas formas de cuidar sem perder a sua idoneidade.

Referências Bibliográficas

- Diaz, Z.; Caires, S.; Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 17(2). Pág: 236-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170210>;
- Diaz, Z. M. (2012). Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa Unidade de Neonatologia [Dissertação de Mestrado]. In Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/14018>;
- José, Helena (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-56-1;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Regulamento nº 140/2019 do *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista*. Diário da República, Série II — N° 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Regulamento nº 422/2018 do *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, Série II — N° 133 — 12 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;

Apêndice VI – Fundamentação para alteração de nome das salas da UCIN



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio final e relatório

**Alteração do nome das salas da UCIN:
Capacitação positiva humorosa**

Realizado por: António Pereira

Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem e Especialização de Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica,

Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

Enf^a Orientadora: [REDACTED]

Prof. Tutora: Margarida Lourenço

LISBOA, novembro de 2019

Fundamentação para alteração do nome das Salas

O ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), quando vivenciado pelos pais, torna-se desconhecido, estranho e pouco natural. Apesar de estar devidamente preparado quer com recursos humanos e materiais, o ambiente de uma UCIN torna-se constrangedor para quem o desconhece. Causa, inicialmente, sentimentos de dúvida, incerteza e medo. Numa primeira fase, o recém-nascido (RN) está vulnerável, prematuro e “ligado a vários cabos e máquinas”. Este período de difícil ambientação parental é invadido por sentimentos vinculados no receio, da perda, e essencialmente na culpa e impotência parental. Cada vez fica mais presente a dificuldade na verbalização das emoções, temendo que os seus medos se tornem reais (Diaz et al., 2014).

Numa segunda fase, a hospitalização de um RN vem favorecer a quebra do papel parental, através da separação da mãe e do filho. O estudo de Heidari (2013) corrobora as angústias parentais. Desta forma, ocorre um aumento do nível de *stress* e cansaço, fadiga e insónias. O internamento neste tipo de unidade afeta a autoconfiança dos pais e, tal como já referido, o comprometimento do papel parental podendo mesmo influenciar a relação de vinculação estabelecida pela mãe, o seu bem-estar físico e psicológico e a vida do RN a curto, médio ou longo prazo.

A presença dos pais 24 horas por dia no hospital veio transformar o modo de pensar e organizar os cuidados de Enfermagem. Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados. A interação entre os profissionais e as famílias - de tal forma que mantenham ou adquiram um senso de controlo sobre a vida em família e estabeleçam mudanças positivas que originem **comportamentos de ajuda**, aumentando os seus pontos fortes, aptidões e ações, e o processo de *empoderamento*. (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Uma estratégia cada vez mais usada como mecanismo de *coping* e minimização do *stress* é o humor. O humor segundo a Nursing Interventions Classification denomina-se pela “*facilitação (...) em perceber, apreciar e expressar o que é engraçado, divertido ou absurdo a fim de estabelecer relações, aliviar a tensão, libertar a raiva (...) ou enfrentar sentimentos dolorosos*” (Bulechek, 2013, p. 279).

No estudo de Sousa e José (2016), confirma-se que o humor tem um vasto leque de benefícios. Os seus indicadores de processo (com a possibilidade de inibir ou potenciar resultados) são a esperança, alívio de tensão, nível de stress, capacidade de lidar com o stress e adversidade, utilização de estratégia de *coping*, autoeficácia, percepção de inclusão e autoestima. O estudo corrobora a hipótese de o humor promover o bem-estar físico e psicológico, bem como aumentar o nível de esperança, reduzir sentimentos de ansiedade, depressão, *stress* e dor. Desta forma, o humor tem o potencial de aumentar a felicidade das pessoas, bem como a satisfação com a vida com ligação direta ao suporte e manutenção do equilíbrio conjugal.

Inspirando-me na intervenção utilizada por José (2008) e descrita na sua tese de doutoramento, proponho a alteração do nome das salas da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. No seu estudo, a alteração do nome das enfermarias para “sala dos power-ranger, dos marcianos e das floribelas” prevaleceu até hoje, demonstrando a eficácia desta ação na produção de humor. Tanto os clientes como os enfermeiros abraçaram este projeto e descrevem um (futuro) clima de bom humor e descontração, com capacidade de influenciar todos os envolvidos no controlo e superação dos seus sentimentos, principalmente de ansiedade, incapacidade e tensão.

O intuito prevalece na celebração da positividade, da esperança e da resiliência, fornecendo um carácter lúdico ao internamento neste serviço. Como tal, a sugestão de alteração de nomes incide na inclusão de nomes alusivos a conquistas como “sala dos campeões, sala dos vencedores e sala dos super-heróis”, com ilustrações sugestivas de motivos pediátricos. Pretende-se, com esta intervenção, capacitar os pais de emoções positivas ao mesmo tempo que é promovido um ambiente seguro e afetuoso para a parceria de cuidados e relação de vinculação (Diogo, 2017).

Referências bibliográficas:

- Bulechek, G. et al. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Londres, Inglaterra: Elsevier health sciences. Página 279-280;
- Diaz, Z.; Fernandes, S.; Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidades de Neonatologia. *Revista de enfermagem Referência*. 4(3). Pág. 85-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>;
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. 1–16. Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36481.97125>;
- Heidari, H.; Hasanpour, M.; Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursin and Midwifery Research*. 18(3). Pág. 208-213;
- José, Helena (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-56-1;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. 1(8). ISBN: 978-989-8444-26-4;
- Sousa, L.; José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: Revisão Sistemática da Literatura. *Enformação 2182-8261*. Pág. 22-32;

Apêndice VII – Ideia - exemplo para alteração do nome das salas da UCIN

Sala dos Campeões



Sala dos Vencedores



Sala dos Super-Heróis



Referencias bibliográficas

Moviehole (2015). *Naked Minions*. Retirado de <https://moviehole.net/naked-minions-grace-the-new-poster/>;

Wallpaper safari (2018) *Disney babies*. Retirado de <https://wallpapersafari.com/w/XIDKQF>;

Web comic hub (2015). *JL8*. Retirado de <https://webcomicshub.com/webcomics/jl8>.

Apêndice VIII – Norma “Diário do recém-nascido”

<i>Pediatria</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCIN – 3XXX	
------------------	---	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Diário do Recém-Nascido
FINALIDADE:	Gestão emocional e promoção do papel parental dos pais de recém-nascidos internados na unidade de cuidado intensivos neonatais e pediátricos através da escrita; Incentivar o vínculo maternal através da expressão de emoções; Utilizar o humor na transição do papel parental.
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem da UCIN
PALAVRAS-CHAVE:	Diário, Recém-nascido, comunicação, papel parental, emoções

Autor (es)	António Pereira	Data de elaboração	2019.11.03
Verificação Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

<i>Pediatria</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP – 3XXX
------------------	--

REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão Nº	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração
1	Novembro de 2019	[doc. Original]	António Pereira	Diário do Recém-Nascido

SIGLAS E ABREVIATURAS

RN – Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UK – United Kingdom

DESCRIÇÃO

1. Conceitos

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) acomete os pais a uma grande carga emocional. Começa momentos antes, ainda na fase de idealização do bebé, iniciando-se o processo de vínculo com expectativa, sentimentos alegres e promissores.

Quando ocorre o parto de forma precoce e a situação clínica requer necessidade de internamento, os sentimentos invertem-se (Diaz et al, 2016). A vinculação é interrompida quando o bebé recém-nascido (RN) e prematuro deteriora o sonho da criança ideal. Deste modo, os sentimentos positivos e mais esperados como a alegria, orgulho, afeto e curiosidade em relação ao nascimento de um filho, são inesperadamente substituídos por emoções contraditórias. Em alternativa, os pais são invadidos primeiro por angústia/confusão, depois por incerteza e ansiedade para com o acontecimento e futuro do RN, seguindo-se de recusa da situação, ira, desamparo e angústia, com tristeza profunda e medo da perda/futuro do bebé associado. Este contexto misto e intrusivo pode inclusive dar origem a depressão pós-parto ou até mesmo stress pós-traumático (Diaz et al, 2016; Gronita, citada por Diaz et al., 2014; Heidari et al., 2013).

Está igualmente presente a amalgama entre a vontade de pegar no bebé e transmitir afeto, e a dificuldade de reconhecer comportamentos, olhar para a panóplia de fios, tubos, aparelhos e instrumentos conectados ao RN de aspeto frágil e diminuto (Diaz et al., 2014).

A UCIN, apesar de preparada para toda e qualquer intercorrência, aos olhos dos pais pode transformar-se num ambiente totalmente desconhecido e artificial. O RN presente neste meio está vulnerável, por vezes com desenvolvimento imaturo. Este período de difícil ambientação parental fica invadido por sentimentos vincados no receio,

na perda, e essencialmente na culpa e impotência parental. Cada vez fica mais presente a dificuldade na verbalização das emoções, temendo que os seus medos se tornem reais (Diaz et al., 2014). A equipa de enfermagem, segundo a evidência de Soares, citado por Diaz (2016), deve reconhecer estes sinais de tristeza e focar os cuidados comunicacionais nas dúvidas dos pais. O esclarecimento das suas questões e clarificação das emoções sentidas pode abrir portas para a resolução de sentimentos de culpa mascarados pelo silêncio parental, ainda que os mesmos sintam necessidade de conversar.

A mãe, elo fundamental da vinculação familiar, é a primeira a sentir as dificuldades associadas à separação e encaminhamento do RN para a UCIN. Principalmente em situação de internamento, por ficarem ao lado de mães com filhos junto de si, a separação do bebé vivencia-se com grande intensidade. No estudo de Diaz (2014), corrobora as dificuldades emocionais inerentes à separação do bebé, tanto no internamento do bebé e alta da mãe, como no internamento de ambos (UCIN e obstetrícia respetivamente). Ainda na esfera emocional, das emoções acima referidas são vincadas a preocupação com o bem-estar do bebé e o medo da perda (Diaz et al, 2016).

O casal na sua dualidade tem igualmente preocupações dirigidas ao conjugue. A mãe, apreensiva com o estado emocional do pai por quaisquer sentimentos retraídos, vítimas de uma comunicação ineficaz. O pai, preocupado não só com o estado de saúde da mãe, como com a eventualidade de pressões e tensões despoletadas por toda a situação vivida. Outro desassossego parental prende-se com o retorno à atividade laboral e não ter possibilidade de acompanhar o RN na UCIN (Diaz et al, 2014; 2016).

O estudo de Heidari (2013) corrobora as angústias parentais. A condição de hospitalização do bebé numa UCIN favorece a quebra de papel parental (pelo impacto da separação da mãe-filho), aumento do nível de *stress* e cansaço, fadiga e insónias. O internamento neste tipo de unidade afeta a autoconfiança dos pais e, tal como já referido, o comprometimento do papel parental podendo mesmo influenciar a relação de vinculação estabelecida pela mãe, o desenvolvimento do bem-estar físico e psicológico e a vida o RN a curto, médio ou longo prazo.

Como tal, cabe aos enfermeiros promover e intensificar o processo de vinculação parental. Apesar das vivências intensas e por vezes dolorosas, a expressão emocional, o apoio parental, a promoção de uma relação de confiança, e o envolvimento nos cuidados do RN são estratégias fundamentais e prioritárias num serviço de neonatologia (Diaz et al, 2014; 2016). A partilha de informação do estado do bebé é igualmente relevante. Confirma-se que, estando informados sobre a condição de saúde do filho, reduz o

sentimento de *stress*, o que permite uma gestão mais apropriada das emoções sentidas. Ao englobar os pais na parceria dos cuidados e nas discussões do estado do RN, pode por vezes ser confuso. Seja pela carga emocional ou pela quantidade de informação a assimilar, é importante uma comunicação clara, com capacidade de promover a relação pais-filho, fomentar a esperança, aumentar a satisfação familiar. A evidência científica sugere que todas as dúvidas, emoções e sentimentos contraditórios não devem ser ignorados. Pelo contrário, umas das sugestões passa por usar um mecanismo de partilha e atualização de informação, um instrumento de apoio direcionado ao papel parental, tão importante nesta etapa de adaptação ao RN em contexto de internamento numa UCIN (Diaz et al., 2014; Leite et al., 2016; UNICEF UK, 2016; Vijver & Evans, 2015).

2. Porquê usar o diário?

A criação de um diário do recém-nascido focaliza os tópicos acima referidos num manuscrito pessoal. A sua elaboração tem como finalidade prestar um apoio ao pai e mãe na expressão de emoções ao longo do internamento do filho. O diário concede um espaço para o registo tanto das conquistas do filho, como os sentimentos parentais, mensagens diárias, mudanças no dia-a-dia e desabafos tanto da mãe como do pai (Leite et al., 2016; UNICEF UK, 2016). Contudo, este diário pode ser usado igualmente por profissionais médicos e enfermeiros em caso de ausência parental (Vijver & Evans, 2015). O diário, além de aliado poderoso na compreensão e gestão de pensamentos e emoções através da sua escrita, ajuda também na aquisição de novos conhecimentos e facilita a compreensão da prematuridade do RN. O fortalecimento da interação entre pais e equipa multidisciplinar é apenas mais uma vantagem desta estratégia de *coping* adicional desta medida (Leite et al., 2016).

Esta medida, já usada no Reino Unido, complementa a ação do enfermeiro, aprimora a relação terapêutica entre a tríade enfermeiro-criança-pais, além de atuar com o espaço de reflexão e “livro de memória” da jornada no filho (Vijver & Evans, 2015). Este documento pode auxiliar até no aleitamento materno e, portanto, na vinculação mãe-filho. Um dos exemplos baseia-se na escrita da extração de leite e/ou no início da amamentação. Antes do filho começar a mamar, pode escrever como se sente, o que pensa sobre amamentar, qual a evolução do volume de leite extraído/ingerido pelo bebé, como está a experienciar a maternidade, entre outros. Desta forma, o registo constante favorece

uma interação de reforço positivo, exprimindo os sentimentos tendencialmente negativos de forma controlada (como o *stress* do internamento, a frustração por não conseguir amamentar, tristeza e raiva reprimida no luto do bebé imaginário), ajudando a controlar a fisiologia do aleitamento, demonstrando maior aptidão ao longo do tempo (Leite et al., 2016).

Mesmo no caso de morte do RN, o diário continua a ter função de recordação. Todo o percurso de vida o RN fica gravado e, caso a mãe consinta, pode continuar a escrever no diário o que sente, sendo um parceiro para a resolução do luto garantido um peso importante no futuro da mãe e família, incentivando a resiliência familiar, isto é, a ideologia de enfrentar e/ou superar uma adversidade através de pensamentos positivos (Leite et al., 2016).

Em relação ao modo de utilização, apesar de poder ser usado com relativa intuição e diversidade, Vijver & Evans (2015) validam algumas sugestões. Este propõe que o diário seja distribuído a cada bebé na admissão na UCIN. O mesmo deverá permanecer na unidade do RN ou, se possível, anexado à incubadora/berço, e identificado com o seu nome e data de nascimento na capa para que não seja trocado. Assim que possível, deve ser explicado aos pais o objetivo do diário e incentivá-los a escrever os primeiros parágrafos. Médicos e enfermeiros são igualmente convidados no registo das conquistas diárias. É importante que os profissionais deixem a sua marca nos livros evitando o jargão clínico, adotando uma linguagem de fácil compreensão a todo o público, preferencialmente com carácter lúdico e positivo.

O diário deve ser de uso simples, de fácil acesso, escrita compreensível e mensagem positiva garantindo, pelo menos, a exposição das preocupações parentais e dos seus medos. Após a expressão de emoções, a equipa de enfermagem terá mais facilidade em sensibilizar os pais na promoção da esperança através de, por exemplo, celebrações das conquistas do RN e dos pais, enquanto família.

Adicionando o humor, este diário ajuda a “*estabelecer relações, aliviar a tensão, libertar a raiva (...) e enfrentar sentimentos dolorosos*” (Bulechek, 2013, p. 279). Servirá igualmente como recordação da resiliência presente nesta fase inicial da vida do bebé. Para escrever, e mais tarde, rir e recordar.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulechek, G. et al. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Londres, Inglaterra: Elsevier health sciences. Página 279-280;
- Diaz, Z.; Caires, S.; Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 17(2). Pg: 236-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170210>;
- Diaz, Z.; Fernandes, S.; Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidades de Neonatologia. *Revista de enfermagem Referência*. 4(3). Pág. 85-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>;
- Heidari, H.; Hasanpour, M.; Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursin and Midwifery Research*. 18(3). Pg. 208-213;
- Leite, C.; Souza, S.; Rossetto, E; Pegoraro, L.; Jacinto, V. (2016). O Diário do bebé para a mãe de prematuro: apoiando o cuidado centrado na família. *Revista de enfermagem UERJ*, 24(1), Pg 1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8664>;
- UNICEF UK (2016). Guidance for Neonatal Units – The baby friendly initiative. Pág. 1-28;
- Vijver, M. V.; Evan, M. (2015). A tool to improve communication in the neonatal unit. *BMJ Quality Improvement Reports*. Pág. 1-5. Disponível em doi: 10.1136/bmjquality.u203180.w3084.

Apêndice IX – Contrato de Saúde do Adolescente

Contrato de Saúde do Adolescente – Atividades no Hospital

Eu, _____, comprometo-me a **estudar 1 hora** para cada **3 horas de distração**. O meu estudo vai incidir sobre as minhas disciplinas preferidas ou sobre a Língua Inglesa. Este contrato respeita com a minha honra, orgulho e dedicação. As/os Enfermeiras/os podem, e devem testar o meu estudo e fazer perguntas periódicas para avaliar o meu desempenho.

Não há consequências para o incumprimento do contrato. Apenas há a minha recompensa individual e conhecimento. Contudo, o sistema de recompensas pode ser negociado, cumprindo sempre as regras hospitalares.

Comprometo-me igualmente na participação em atividades de teor natalício, cumprir os exercícios propostas pelos profissionais de Fisioterapia.

Este contrato pode ser negociado a qualquer altura do meu internamento no Hospital. Deve estabelecer metas e objetivo para me fortalecer na área da aprendizagem de competências.

Data:

R. M.

Enf. António Pereira

Enf^a 

Apêndice X – Estudo de caso



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estudo de caso

António Guilherme Fernandes Pereira

ALMADA, dezembro de 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estudo de caso

Realizado por: António Pereira

Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem e Especialização de Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica,

Instituto de Ciências da Saúde da

Universidade Católica Portuguesa

Enf^ª Orientadora: XXXXXXXXXX

Prof. Tutora: Margarida Lourenço

ALMADA, dezembro de 2019

Lista de Abreviaturas e Siglas

CIPE – Classificação Internacional da Prática em Enfermagem

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Índice

0. Introdução.....	4
1. Anamnese.....	6
1.1 Dados Pessoais	6
1.2 História de Vida Pessoal e Familiar	7
1.2.1 Genograma	8
1.2.2 Ecomapa	8
1.3 Antecedentes Médicos Pessoais e Familiares	9
1.3.1 Antecedentes Pessoais.....	9
1.3.2 Antecedentes Familiares	9
1.4 Situações de internamento	10
1.4.1 História anterior da doença	10
1.4.2 História atual da doença	11
1.4.3 Terapêutica	12
2. Avaliação inicial segundo Modelo de Necessidades Humanas Básicas.....	13
3. Plano de Cuidados de Enfermagem.....	20
3.1 Plano de Cuidados de Enfermagem associado à utilização do Humor	25
4. Apreciações finais	36
5. Referências bibliográficas	38
ANEXOS	41
ANEXO 1 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW	42
ANEXO 2 – ESCALA DE RISCO DE QUEDAS HUMPTY DUMPTY	43
ANEXO 3 – ESCALA DE RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO BRADEN Q
.....	44

0. Introdução

No âmbito do Ensino Clínico de Serviço de Internamento Pediátrico, incluído no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, propus a elaboração deste estudo de caso sobre a experiência clínica de uma situação específica, como meio de atingir as competências exigidas e ambicionadas, no decorrer da prática reflexiva e das experiências vivenciadas na operacionalização dos cuidados de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem a capacidade de “*implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.*”, e “*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.*” (Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, pg. 19193). Como tal, o enfermeiro em questão deve estar munido de ferramentas reflexivas e cientificamente verificadas para melhorar a sua prestação de cuidados, promovendo a excelência do cuidar.

Em enfermagem, um estudo de caso corresponde tendencialmente a um método descritivo de estrutura qualitativa (Bergen & While, 2000). Os estudos de caso envolvem acontecimentos recorrentes do dia-a-dia, correspondendo a narrativas com exposição da realidade vivenciada. (Cogo et al., 2016). O método escolhido incide num esquema de estudo intrínseco, único e holístico, do tipo descritivo, mantendo a vertente direcionada aos cuidados de saúde, permitindo o desenvolvimento de intervenções (Yin, 2003; 2005).

Exige-se uma recolha de dados completa da situação de saúde-doença do doente, bem como o correto planeamento de cuidados, aliado à sua intervenção *in loco* e avaliação dos resultados obtidos. Pretende-se que o profissional adquira conhecimentos e experiência útil para uma correta tomada de decisão. Objetivamente, esta documentação concisa e rigorosa como é um estudo de caso, apoia-se em estratégias específicas e personalizadas, neste caso, no processo de enfermagem. O processo de enfermagem, segundo Galdeano et al (2003) e Cogo et al (2016), preconiza um cuidado ininterrupto e personalizado, analisa e reflete a ação do enfermeiro ao fomentar o pensamento crítico e raciocínio clínico. Este focaliza-se no cuidado de enfermagem com uma documentação eficaz da sua prática profissional, promovendo a visibilidade e reflexão do trabalho do

enfermeiro. Estes dois autores concordam que o estudo de caso assenta num estudo afunilado das necessidades da pessoa e família, no sentido de promover a execução de melhores estratégias na resolução dos problemas assinalados pelos enfermeiros.

Pretende-se que a elaboração deste estudo de caso consolide suporte ao meu percurso de formação como EESIP. Para a sua construção, foi consultado o processo clínico do adolescente, foi igualmente utilizada a observação clínica e comunicação com o adolescente, família e equipa multidisciplinar, além da indispensável prestação de cuidados individualizados.

Este documento está organizado por cinco capítulos: o primeiro aborda toda a anamnese realizada relativamente a “R.”, adolescente referente ao estudo de caso presente, onde se encontram os seus dados pessoais, a sua história de vida pessoal e familiar, antecedentes médicos pessoais e familiares, história anterior e atual de doença e terapêutica administrada no internamento.

No segundo capítulo registei a minha avaliação inicial de acordo com o Modelo de Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson.

No terceiro capítulo redigi o plano de cuidados de enfermagem que realizei, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, com destaque nos diagnósticos de enfermagem associados à utilização do humor e intervenções de enfermagem correspondentes, assim como resultados e a minha avaliação das mesmas.

Por fim, exponho nas apreciações finais e o contributo que este trabalho teve para a minha formação enquanto futuro EESIP, assim como a importância do humor para o cuidar em Enfermagem. Terminei este documento com a apresentação das referências bibliográficas consultadas para a sua realização e devidos anexos.

A colheita de dados foi realizada com o recurso a entrevista não estruturada (em conjunto com a narrativa escrita), através da consulta do processo do cliente e da observação participante e não participante nos cuidados (Yin, 2003).

1. Anamnese

1.1 Dados Pessoais

Nome: R. M.

Data de Nascimento: 10/01/2002

Idade: 17 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Raça: Caucasiano

Religião: Agnóstico

Habilitações: 9º ano (a frequentar Curso Profissional de Técnico de Soldadura)

Profissão: Estudante

Nacionalidade: Portuguesa

Morada: Palmela

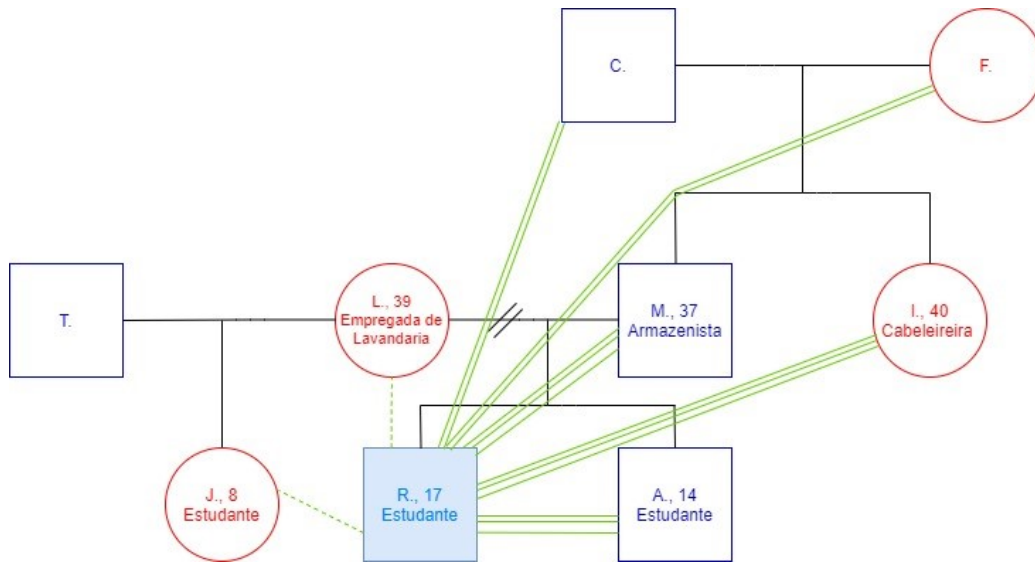
1.2 História de Vida Pessoal e Familiar

O R. é um adolescente de 17 anos, sexo masculino. Vive atualmente com o pai M. de 37 anos e o seu irmão A. de 14 anos. Os pais namoravam quando L., sua mãe, percebeu que estaria grávida. Após o nascimento do R. decidiram casar e foram habitar para a casa onde R. vive. Tiveram um segundo filho, o A. Contudo, decidiram divorciar-se quando o R. tinha 10 anos. O pai ficou com a custódia dos filhos e a mãe foi viver para o Algarve, onde se mantém. Voltou a casar com T. e tiveram uma filha J. Não gosta de falar do divórcio dos pais *“eles não eram felizes e discutiam, portanto, separaram-se. Agora cada um tem a sua vidinha. Falo com a minha mãe e minha irmã, mas não é assiiiiiiiiim uma relação tão próxima como o meu pai e meu irmão. Gosto delas claro, mas é diferente”* (SIC). A nível profissional, o M. é armazenista e a mãe é empregada de lavandaria, sendo que ambos os irmãos são estudantes. O R. tem uma relação de relativa proximidade com os avós paternos e uma relação muito próxima com a tia paterna I. Esta foi a presença mais assídua que presenciei durante o internamento. Tentou visitá-lo nos dias de semana e fim de semana, com aparente agrado por parte de R.

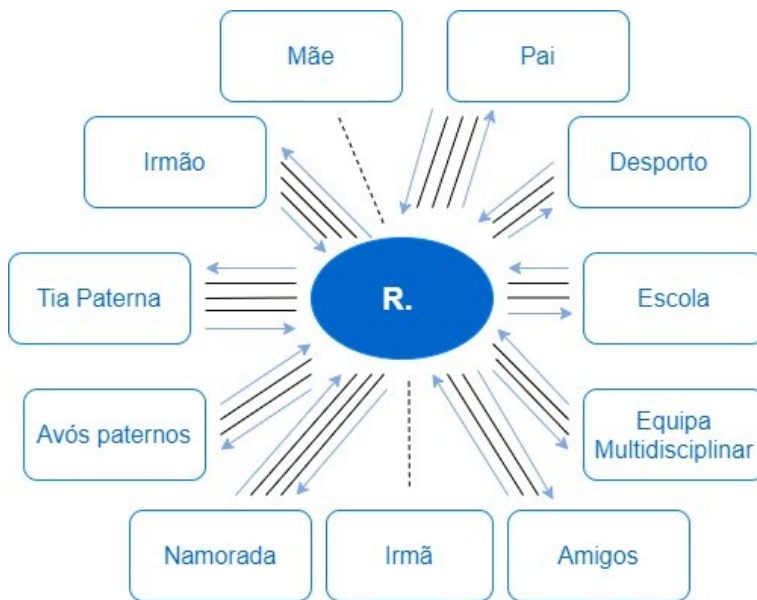
Na escola teve um grupo de amigos fixo até ao 9º ano, altura em que decidiu que queria enveredar por um curso profissional, escolhendo técnico de soldadura. Está presentemente no 3º e último ano do curso, tem gosto no teor prático do curso, referindo mesmo que *“isso da faculdade não é para mim... Depois de terminar o curso quero é ir trabalhar”* (SIC). Apesar do seu grupo de amigos ter ido cada um para a sua área de interesse, refere que ainda fala com eles, que atualmente ganhou mais amigos e eles também. Não tem atividades extracurriculares específicas, gosta de correr e praticar desporto com os amigos, essencialmente jogar futebol.

Conheceu a sua namorada D. há cerca de 3 anos, completando presentemente 2 anos e 6 meses de namoro. Conheceram-se por Facebook *“ela é amiga de uma amiga, e estava a ver o perfil dela e achei-a bonita. Meti conversa, fomos falando, e combinamos ir à festa da Moita. Fomos saindo e conversando e pronto, ficámos namorados até agora.”* (SIC). A D. estava no Ensino Secundário, e queria seguir o curso de Enfermagem ou Fisioterapia. Visitava o R. às 4ª feiras e fins de semana. Tem uma boa relação com a família do R.

1.2.1 Genograma



1.2.2 Ecomapa



Legenda:

- Sexo Masculino
- Sexo Feminino
- Relações muito próximas
- Relações Próximas
- Relacionamentos distantes
- Energia e fluxo de recursos
- Casamento
- Divórcio
- Nome, Idade Profissão

1.3 Antecedentes Médicos Pessoais e Familiares

1.3.1 Antecedentes Pessoais

O R. não apresenta alergias conhecidas. Relativamente a antecedentes cirúrgicos, já foi submetido a uma cirurgia de redução de fratura no membro superior esquerdo em 2017 na sequência de uma queda.

1.3.2 Antecedentes Familiares

O R. não conhece ao pormenor os antecedentes familiares, sabe que o pai *“toma comprimidos para o colesterol. Os meus avós acho que tomam medicamentos para a tensão e lá prá diabetes, mas não se picam!”* (SIC).

1.4 Situações de Internamento

1.4.1 História anterior de doença

O R. deu entrada no serviço de urgência de um Hospital central da grande Lisboa, no dia 18 de outubro por traumatismo cranioencefálico com perda de consciência resultante de acidente de motociclo com projeção.

À observação apresentava Glasgow de 15, com ferida incisa ao nível do membro inferior na região posterior à esquerda, com exposição e secção relevante, mas eventualmente incompleta do tendão de Aquiles e plantar delgado. Observado pela traumatologia, aparentemente sem lesão arterial, lesões agudas referentes ao aparelho músculo-esquelético ou défices neurovasculares. Foi realizada radiografia ao nível dos membros inferiores, que revelou fratura bimalleolar à esquerda, de primeira cunha e do quinto metatarso pé esquerdo.

Realizou uma tomografia axial computadorizada cranioencefálica que revelou um “volumoso hematoma epicraniano frontal esquerdo e biparietal e uma fratura da escama frontal esquerda, atravessando a vertente medial do tecto da órbita e as paredes do seio frontal, com associado hemossinus”. Foi observado posteriormente pela neurocirurgia que concluiu não ter necessidade de cuidados do ponto de vista da especialidade, propondo repetição de exame de imagem caso ocorresse alteração do estado de consciência.

Por secção exposta do tendão de Aquiles, fratura bimalleolar e fratura de primeira cunha e do quinto metatarso do membro inferior esquerdo, com queixas álgicas intensas, hematoma e edema relevante associados, o R. foi submetido a realização de fasciotomias descompressivas a 19 de outubro. Procedimento decorreu aparentemente sem intercorrências, tendo sido transferido para um serviço de internamento pediátrico do hospital referido anteriormente.

Durante o internamento foi submetido ao encerramento de fasciotomias descompressivas. O procedimento ocorreu no dia 21 de outubro aparentemente sem intercorrências.

No decorrer do internamento apresentou cervicalgias, tendo sido observado pela especialidade cirurgia geral que determinou não existir necessidade de cuidados pela

especialidade no momento. Foi igualmente reavaliado pela especialidade de neurocirurgia que não observou qualquer sinal de alarme nas queixas apresentadas tendo ficado com indicação para realizar consulta de reavaliação. No contexto de hemossinus, foi observado pela otorrinolaringologia ficando com indicação para iniciar antibioterapia e consulta de reavaliação após alta clínica.

Até ao dia 26 de outubro, apresentou evolução cirúrgica e hemodinâmica favorável pelo que foi decidida a alta do doente para domicílio.

1.4.2 História atual de doença

No dia 4 de novembro foi novamente internado no serviço de internamento pediátrico por deiscência de ferida aquiliana do membro inferior esquerdo após observação em Consulta de Reavaliação de Ortopedia. Durante a Consulta de Ortopedia foi colocado tala gessada na região anterior do membro inferior esquerdo e adicionada terapia de vácuo na ferida no calcâneo esquerdo. À observação ferida apresenta deiscência, sem sinais inflamatórios ou exsudado purulento.

Por ser um internamento no mesmo serviço, o R. já conhecia a equipa multidisciplinar, a dinâmica do funcionamento do serviço, bem como as normas circunscritas. Este passa o seu dia a dia a intercalar entre leito e cadeirão, mantendo o seu penso/ligadura íntegra no membro inferior esquerdo. Inicialmente com queixas álgicas, que foram diminuindo ao longo do internamento.

1.4.3 Terapêutica

Horário Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço (09h00)	Lanche da Manhã	Almoço	Lanche da Tarde	Jantar (19h00)	Deitar
Microgol 1 saqueta via oral		1					
Enoxaparina 40 mg subcutanea						1	
Suplemento alimentar via oral						1	
Paracetamol SOS via oral							

2. Avaliação inicial segundo Modelo de Necessidades Humanas Básicas

Na realização de um estudo de caso, o instrumento de colheita de dados deverá ser preciso e rigoroso, integrado na dinâmica do serviço e respeitando a estrutura organizacional (Galdeano et al., 2003). Como tal, e como o Hospital em questão usa a terminologia CIPE na sua prática diária, utilizei o modelo das necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson, com adaptação à taxonomia CIPE. Justifica-se o uso da teoria de Virgínia Henderson das 14 necessidades fundamentais por esta ser a eleita na elaboração do processo de enfermagem a nível hospitalar, onde facilita a identificação e interpretação das necessidades alteradas (Simões & Simões, 2007). Assim sendo, tanto a avaliação inicial como o plano de cuidados serão elaborados espelhando a prática, o processo clínico e avaliação realizada no serviço de internamento pediátrico.

- **Respiração e Circulação**

O adolescente apresentava uma respiração eupneica, mista e regular, toraco-abdominal e ampla. As suas saturações periféricas de oxigénio estavam localizadas acima de 97% sem qualquer tipo de suporte.

Frequência respiratória: 13 cl/min

Tossir: Não se aplica. Sem presença de secreções.

Hábitos tabágicos: Não se aplica.

Frequência cardíaca: 72 bpm.

Pulso: normocárdico (rítmico e cheio).

Tensão arterial: normotenso, com valores de 115/78 (87) mm/hg.

Edemas: discreto edema localizado nos dedos do membro inferior esquerdo. Membro inferior com ligadura até à raiz dos dedos, com terapia de vácuo conectada ao nível da ferida do calcâneo. Apesar de realizada elevação do membro, mantinha os dedos edemaciados.

Coloração e hidratação de pele/mucosas: coradas e hidratadas. Estado da pele e da mucosa oral sem alterações a registrar, bem cuidadas. No entanto, foi reforçada a importância de um bom reforço hídrico.

Cateteres venosos periféricos/centrais: não se aplica, sem necessidade.

- **Autocuidado: Beber e Comer**

Vontade: diminuída.

Hábitos dietéticos: no domicílio, tem um tipo de dieta normocalórica e mediterrânea, onde o número de refeições varia entre quatro a cinco. As preferências alimentares do R. incidem em carne, batatas e massas. Quando a refeição continha peixe ou leguminosas, habitualmente ingeria metade a dois terços da refeição, refugiando-se na sobremesa. Ingeria sopa, mas “não gosto muito desta sopa de hospital, de vez em quando é boa” (SIC). Após duas semanas de internamento, verificou-se perda de massa muscular, pelo que, em conjunto com a nutricionista, foi realizada uma avaliação nutricional da dieta do R. e adicionado suplemento alimentar 1x/dia.

Hábitos alcoólicos: “*socialmente. Não bebo muito, só mesmo de vez em quando*” (SIC).

Sem deglutição alterada.

O R. tem autonomia para se alimentar, independente neste autocuidado.

- **Eliminação**

- Vesical:

Adolescente continente na eliminação vesical, sem necessidade de cateter urinário.

Hábitos urinários: Urina com características e quantidade dentro do seu padrão habitual, com coloração amarela, límpida, cheiro *suis générés*, urinando várias vezes ao longo do dia. Dependente parcial no fornecimento de dispositivo de eliminação urinária e no encaminhado para a casa de banho.

- Intestinal:

Igualmente continente na eliminação intestinal.

Hábitos intestinais: O doente evacuava diariamente, fezes moldadas acastanhadas, de consistência e características segundo o seu padrão habitual. No início do internamento, com o padrão intestinal alterado (obstipação) necessitando da administração de laxante. Durante a prestação de cuidados, o R. recusara sempre a toma do medicamento, pois “já não preciso disso, quando tomo isso fico com diarreia” (SIC).

Observações: Sem presença de vômitos, sudorese excessiva ou dejeções líquidas.

- **Autocuidado: Atividade Física**

O R. apresenta autonomia para se mobilizar no leito. Prefere o decúbito dorsal, apesar de intercalar com ambos os decúbitos laterais. Fica em decúbito ventral pouco tempo. Este é optado principalmente para a realização do penso do calcâneo esquerdo.

Vontade: diminuída. Pela sucessiva perda muscular observada, foi articulado com fisiatra e fisioterapeutas para elaboração de plano de atividade física para o R., pelo que, entre duas a três vezes por semana tinha visita dos técnicos de fisioterapia para realização de exercícios. Quando ausência dos técnicos, incentivada a realização dos exercícios, que o R. tendencialmente recusava “*agora não me apetece, logo faço quando os senhores (técnicos) vierem cá*” (SIC). Por este motivo, e apesar da clara necessidade de atividade física, classifico como “vontade diminuída”.

Dependência: dependente. O R. tem indicação para elevação do membro inferior esquerdo, sem possibilidade de apoiar o pé no chão. Como tal, os exercícios físicos estão limitados ao leito e cadeirão, local para onde realiza transferência com ajuda parcial. Utiliza igualmente cadeira de rodas para se mobilizar, não deambula. No final do internamento, foi possível executar treino com auxiliares de marcha (vulgo, canadianas) durante curtos períodos de tempo.

- **Sono**

O padrão de sono do adolescente, segundo o próprio, encontra-se alterado. Dificuldade em adormecer presente, adormecendo por vezes após as 00h00 (*“adormeço só lá depois das 12h00 da noite, fico a ver séries ou com a televisão ligada”* (SIC)). Como tal, habitualmente acordava entre as 9h30 e as 11h00 (tendencialmente às 11h00). Dorme habitualmente entre 7-9/10 horas por dia enquanto internado no hospital.

- **Autocuidado: Vestuário**

Dependência: parcial. O R. não apresenta dificuldade em vestir correspondente à região superior do corpo, tem autonomia total. Contudo, devido à dificuldade na mobilização do membro inferior esquerdo e da sua conexão à terapia de vácuo, apresentava-se dependente parcial na execução de vestir ou despir toda a roupa correspondente à região inferior esquerda do corpo. Mobiliza e veste o membro inferior direito sem dificuldade.

- **Temperatura corporal**

Termorregulação: durante o período de internamento, o R. manteve-se em apirexia (Temperatura timpânica entre 36°C e 37°C).

- **Autocuidado: Higiene/Proteger os tegumentos**

Dependência: parcial. No decorrer da prestação de cuidados, tal como supracitado, a pele apresentava-se hidratada e cuidada, com uma higiene corporal diária e aplicação de creme hidratante após. A higiene oral era realizada ao acordar, após as refeições e antes de dormir, com uma frequência indicada. Pela sua situação de saúde-doença, os cuidados de higiene eram prestados com ajuda parcial, inicialmente no leito e posteriormente com recurso a cadeira sanitária na casa de banho. Apesar de conseguir executar uma correta higienização, a ajuda incidia na região dorsal e nos dedos do pé esquerdo.

O R. apresentava penso com ligadura desde o terço inferior do membro inferior esquerdo até à região distal do metatarso. Conectado a esta ligadura, a terapia de vácuo

mantinha uma pressão contínua. Penso refeito por ortopedista, com uma periodicidade aproximada de 3/3 dias. Tinha igualmente uma ferida traumática em processo de cicatrização no olecrânio esquerdo, cerca de 3x4cm, apenas com necessidade de aplicação de creme hidratante, com rápida melhoria.

- **Consciência, emoção e precaução**

Estado de consciência: orientado na dimensão temporal, espacial e pessoal. Vigil, com classificação de 15 na Escala de Coma de Glasgow (Anexo I).

Emoção: calmo.

Risco de queda: O risco de quedas com classificação de 10 segundo a escala de avaliação de risco de quedas para população pediátrica “Humpty dumpty” (Anexo II).

Risco de úlceras por pressão: O risco de desenvolvimento de úlceras por pressão com classificação de 27 segundo a escala de avaliação de risco de úlceras por pressão para população pediátrica “Escala Braden Q” (Anexo III).

- **Comunicação, sensação e interação social**

Comunicação verbal: Sem alterações a referir.

Comunicação não verbal: Sem alterações a referir.

Comportamento adequado à faixa etária e ao seu desenvolvimento cognitivo.

O R., apesar de sorridente e adequado com a equipa multidisciplinar, carecia de visitas. O isolamento social era uma constante, pois na grande maioria das vezes as visitas apenas tinham disponibilidade no fim de semana. Como tal, refugiava-se na equipa de prestação de cuidados e nas restantes crianças internadas. Quando questionado sobre a possibilidade de ter companhia no quarto, este afirmava com agrado, especialmente jovens da mesma faixa etária (adolescentes). Tinha uma relação boa com a equipa de enfermagem e assistentes operacionais. Foi possível desenvolver uma relação terapêutica com o R. de forma rápida. Graças a esta, encontrei estratégias para combater o isolamento social presente, que se encontram descritas no capítulo seguinte.

- **Crença**

O R. foi educado no seio de uma família culturalmente católica. Foi batizado na infância e tem a 1º Comunhão. Atualmente sente-se católico/agnóstico “*Deus.... Lá que existe alguma coisa, existe. Se é Deus ou não, logo se vê. Mas acredito em Jesus Cristo e nisso assim. Não vou é à missa nem contem comigo para rezar que nunca fui disso*” (SIC).

- **Interação de papéis/Bem-estar**

Bem-estar mantido, tem uma boa relação com a sua condição laboral (estudante), apesar de estar a faltar a aulas. Quando perguntado se seria necessário contactar colegas ou professor para obter cópia da matéria, o mesmo responde “*isso eu e o meu pai já falámos com o professor e ele disse para não me preocupar que recupero a matéria quando sair do hospital*” (SIC), tendo sido validada a informação com o encarregado de educação (isto é, o pai de R.).

Atitude perante a doença: O jovem tem noção do motivo de internamento, da sua condição de saúde e do seu historial clínico.

- **Autocuidado: Actividade recreativa**

No hospital, as atividades recreativas variavam entre falar ao telemóvel com família e namorada, fazer videochamadas e jogar no telemóvel. Por vezes, socializava com outras crianças/adolescentes doentes. Posteriormente, como descrito no capítulo seguinte, foi incentivada a participação em atividades de teor natalício, leitura de livro, escrita e passeios para combater o aborrecimento sentido por R. por “*não ter mais nada que fazer, já fiz tudo*” (SIC).

- **Aprendizagem**

O R. tem mostrado competências de aprendizagem dentro do suposto para a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento. Tal como supracitado, tem conhecimento sobre a sua doença, sabe as funções elementares dos profissionais de saúde que lhe prestam cuidados.

3. Plano de Cuidados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados e Avaliação
Autocuidado: higiene comprometido	<p>Avaliar autocuidado: higiene.</p> <p>Assistir no autocuidado: higiene.</p> <p>Incentivar no autocuidado: higiene (cadeira sanitária).</p> <p>Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: aquando da sua chegada o R. apresenta tala gessada na região anterior do membro inferior esquerdo com terapia de vácuo na ferida cirúrgica ao nível do calcâneo esquerdo, apresentando dor ao nível do membro. Neste sentido, no início do seu internamento os cuidados de higiene são prestados no leito. Após controlo algico foi promovido o seu autocuidado ao longo do internamento. Inicialmente foi realizado levante para cadeirão sem carga ao nível do membro inferior esquerdo sem intercorrências. Após retirada de tala gessada, foram prestados cuidados de higiene na casa de banho com ajuda parcial por via de cadeira sanitária, já que doente necessita apenas de ajuda na sua higiene ao nível da região dorsal.</p>
Autocuidado: Vestir-se comprometido	<p>Avaliar autocuidado: vestir-se.</p> <p>Assistir no autocuidado: vestir-se.</p> <p>Incentivar no autocuidado: vestir-se.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: durante o internamento, o R. melhorou gradualmente o nível de dependência dos cuidados, incluindo a atividade de vestir e despir. Não havia dificuldade na execução desta atividade na metade superior do corpo. Com a sua tolerância à dor aumentada e controlada, foi ganhando agilidade na sua habilidade de vestir e despir os membros inferiores, apesar de ser necessário sempre ajuda a colocar e</p>
Autocuidado: Despir-se comprometido	<p>Avaliar autocuidado: despir-se.</p> <p>Assistir no autocuidado: despir-se.</p> <p>Incentivar no autocuidado: despir-se.</p>	

		retirar a roupa no membro inferior esquerdo. Na região da cintura e membro inferior direito, realizava estas ações com autonomia total.
Andar comprometido	Avaliar capacidade para andar Assistir no andar com auxiliar de marcha (canadianas). Incentivar no andar com auxiliar de marcha (canadianas).	25/11/2019-19/12/2019: a indicação para não apoiar o pé esquerdo no chão foi contínua. Fosse no leito ou cadeirão, a elevação do membro inferior esquerdo era mantida e mandatória. Apenas nos últimos dois dias antes da alta hospitalar foi treinado o uso de auxiliador da marcha (canadianas), e por um curto período de tempo, sem nunca fazer carga no membro. Validados ensinamentos relativamente à elevação do membro e utilização de canadianas.
Auto cuidado: Uso do sanitário dependente	Avaliar autocuidado: uso do sanitário. Assistir no uso do sanitário. Providenciar dispositivos para o uso do sanitário (urinol ou arrastadeira). Vigiar eliminação urinária. Vigiar eliminação intestinal.	25/11/2019-19/12/2019: Inicialmente, o R. preferia realizar a eliminação vesical e intestinal no quarto, com o fornecimento de urinol e arrastadeira. Após remoção da tala gessada e diminuição/controlo da dor, foi reduzir a dependência e negociar a ida à casa de banho.
Ferida Cirúrgica presente	Executar tratamento da ferida cirúrgica. Avaliar ferida cirúrgica. Avaliar evolução da cicatrização da ferida cirúrgica. Avaliar perfusão dos tecidos. Vigiar penso da ferida cirúrgica.	25/11/2019-19/12/2019: O R. apresentava uma ferida em terapia de vácuo no calcâneo do pé esquerdo, ferida esta envolvida em compressas e ligadura (e inicialmente com tala gessada anterior). Diariamente era avaliada a integridade do penso, bem como a perfusão de tegumentos dos dedos do pé, não envolvidos no penso. Membro superior esquerdo sempre elevado, sem sinais de compromisso neurocirculatório. Quando o penso era refeito,

	<p>Monitorizar líquido de drenagem (terapia de vácuo).</p> <p>Optimizar imobilização (tala gessada ao nível do membro inferior esquerdo).</p> <p>Incentivar a posicionar-se.</p> <p>Posicionar adolescente.</p> <p>Aliviar zona de pressão através de dispositivos (almofada).</p> <p>Elevar parte do corpo (membro inferior esquerdo).</p>	<p>observava-se ferida com bons sinais cicatriciais, com tecido de granulação/epitelização. No momento da alta, manteve um penso diminuto com dispositivo de terapia de vácuo portátil.</p>
Ferida traumática presente	<p>Executar tratamento da ferida traumática.</p> <p>Avaliar ferida traumática.</p> <p>Avaliar evolução da cicatrização da ferida traumática.</p> <p>Vigiar penso da ferida traumática.</p> <p>Posicionar adolescente.</p> <p>Aliviar zona de pressão através de dispositivos (almofada).</p>	<p>25/11/2019-12/12/2019: Ferida traumática com boa evolução cicatricial, sem necessidade de tratamento específico exceto aplicação de creme hidratante. Alterna decúbitos com regularidade, sem necessidade de ajuda.</p>
Perfusão dos Tecidos comprometida	<p>Avaliar pele.</p> <p>Avaliar perfusão dos tecidos.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: A pele do R. está íntegra, bem cuidada, corada e hidratada, sem outras alterações exceto as feridas supracitadas.</p>

	<p>Avaliar evolução da resposta da perfusão dos tecidos após cirurgia.</p> <p>Aplicar creme hidratante.</p>	
Risco de compromisso da ingestão nutricional	<p>Planear dieta.</p> <p>Avaliar necessidades dietéticas.</p> <p>Avaliar ingestão nutricional (adolescente).</p> <p>Avaliar ingestão de líquidos (adolescente).</p> <p>Vigiar refeição.</p> <p>Monitorizar peso corporal.</p> <p>Administrar suplemento nutricional.</p>	<p>10/12/2019-19/12/2019: realizada avaliação nutricional e física, tendo-se validado perda de massa muscular. Como tal, articulou-se com técnicos de fisioterapia e dietista para planeamento de exercícios e ajudes da dieta, tendo sido acrescentado suplemento alimentar.</p>
Risco de Úlcera de Pressão Presente	<p>Avaliar risco de úlcera de pressão (adolescente).</p> <p>Posicionar doente.</p> <p>Aliviar zona de pressão através de dispositivos (almofada).</p> <p>Vigiar sinais de úlcera de pressão.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: Adolescente com boa capacidade de se automobilizar, alternando entre cadeirão e leito com ajuda. No leito, ensinado a alteração de decúbitos com sucesso, que cumpre.</p>
Risco de Queda Presente	<p>Avaliar risco de queda (adolescente).</p> <p>Optimizar ambiente físico.</p> <p>Manter grades da cama.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: Não foram observados ou registadas quaisquer evidências de queda.</p>

<p>Papel parental Comprometido</p>	<p>Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização. Promover papel parental. Avaliar condição do papel parental Validar acompanhamento da criança.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: por motivos laborais, o R. não tinha presença assídua do pai no hospital. Aparte da tia e namorada, o pai e restante família próxima e amigos visita-o apenas no fim de semana. Foi sinalizada a importância do acompanhamento parental/familiar no internamento e articulado com a tia de R. visitas mais frequentes (sendo a pessoa com maior disponibilidade nos dias de semana).</p>
<p>Insónia presente</p>	<p>Avaliar sono. Avaliar hábitos para dormir. Avaliar sinais de desconforto. Promover conforto.</p>	<p>25/11/2019-19/12/2019: incentivado planeamento do sono, com pouco sucesso. Adormece a ver televisão ou no computador perto das 00h00/01h00, acorda entre as 09h00-11h00. Refere que por vezes acorda durante a noite com o movimento do serviço, mas, entretanto, adormece. Sugerida aquisição de venda ocular ou tampões para os ouvidos, que recusa.</p>
<p>Defecação comprometida</p>	<p>Planear dieta. Avaliar necessidades dietéticas. Avaliar ingestão nutricional (adolescente). Avaliar ingestão de líquidos (adolescente). Vigiar refeição. Administrar medicação laxante.</p>	<p>25/11/2019-02/12/2019: inicialmente identificou-se este diagnóstico pela perda da atividade física e diária que o R. teria devido ao repouso obrigatória. Porém, foi proposto o seu <i>terminus</i> quando se confirmou que o jovem mantinha o seu padrão intestinal regularizado e recusa a medicação.</p>

3.1 Plano de Cuidados de Enfermagem associado à utilização do Humor

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados e Avaliação
Conforto Comprometido	<p>Avaliar conforto (adolescente).</p> <p>Avaliar sinais de desconforto.</p> <p>Promover conforto.</p> <p>Promover relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Incentivar socialização entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Estabelecer confiança.</p> <p>Incentivar distração.</p> <p>Por ser um internamento prolongado, o R. sentia-se isolado, por vezes aborrecido, com fáceis triste. Quando já tinha cumprido as atividades acordadas, sentia-se monótono e sem companhia no quarto. Uma das estratégias escolhidas, e validada com En^{ft} orientadora, foi jogar videojogos com o R. A literatura afirma que existem benefícios no uso de videojogos no âmbito dos cuidados de saúde. Seja no alívio ou no controlo da dor, este tipo de jogos</p>	<p>19/12/2019 – Durante os videojogos, o R. sentiu-se contente, a sorrir, concentrado na disputa e em vencer. Após, sentia alegria porque conseguiu que alguém jogasse com ele e participasse nesta atividade prazerosa; mas tristeza porque fora um jogo rápido que tinha acabado. Sempre que possível, a intervenção era repetida.</p>

	<p>promove o estimulação cognitiva, a memória e o desenvolvimento de habilidades analíticas e estratégicas (Brandão, 2019). Estes também possibilitam a distração, o alívio de dor aguda (Primark, 2012), incentivam a criatividade e potenciam estratégias para lidar com a frustração e resolução de problemas (Nijhof, 2018). Além de potenciar o conforto, este tipo de intervenção auxilia também no controlo da dor, na recriatividade e no combate do isolamento social, uma vez que são necessários dois jogadores pelo menos.</p>	
<p>Dor Presente</p>	<p>Avaliar dor. Monitorizar dor. Vigiar dor. Monitorizar frequência cardíaca. Monitorizar tensão arterial. Incentivar distração. Administrar medicação para a dor.</p> <p>O período quando o R. sentira mais dor correspondia à realização do penso de terapia de vácuo. Além de métodos farmacológicos, o humor é uma ferramenta importante para o controlo não farmacológico da dor (OE, 2013). Assim sendo, entre diversas</p>	<p>19/12/2019 – Ao longo das várias situações dolorosas (transferência do leito para cadeirão; realização de penso; vestir calções, entre outras), o uso de jogos de palavras era marcado por anedotas previamente selecionadas após averiguar qual o humor preferido do R. A partilha teve efeito, com melhoria da dor essencialmente nos processos de transferência e realização de penso. Em situações de dor aguda, esta não teria efeito se não fosse aliada a estratégia farmacológica.</p>

	<p>estratégias, umas das mais utilizadas foi a partilha de anedotas antes, durante e imediatamente após a realização do penso. Esta estratégia fora usada não só nesta situação, mas também como adjuvante de terapia farmacológica quando o R. sentia dor.</p> <p>Tal como sugerido por Helena José (2012), o humor corresponde a uma das formas ligadas ao processo de crescimento do adolescente. É através deste que afirmam a sua independência ou demonstração a sua rebeldia. Uma das estratégias para os adolescentes se sentirem ajustados e enfrentarem situações adversas, pode envolver contar uma piada ou partilha de jogos de palavras (isto é, anedotas). Com o recurso a anedotas, tons jocosos e outro tipo de brincadeira, é proporcionado ao R. uma sensação de bem-estar e relaxamento através da criação de um ambiente descontraído onde todos riem. A relação de terapêutica e confiança aumenta, assim como a ligação dos envolvidos na situação de saúde-doença do jovem, potenciando a tríade enfermeiro-criança-pais.</p>	
<p>Autocuidado: recreativo comprometido</p>	<p>Avaliar autocuidado: atividade recreativa.</p> <p>Avaliar disponibilidade para aprender.</p> <p>Incentivar o autocuidado: atividade recreativa.</p>	<p>19/12/2019 – O R. cumpre o plano de atividades, apesar de ser necessário incentivo quando não estou presente, segundo as colegas enfermeiras.</p>

	<p>Planejar atividades de lazer.</p> <p>Incentivar distração.</p> <p>Promover ligação entre familiar cuidador e adolescente.</p> <p>Promover desenvolvimento do adolescente.</p> <p>Promover autoestima.</p> <p>Estabelecer relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Promover relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Incentivar socialização entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Estabelecer confiança.</p> <p>Incentivar socialização entre adolescente e crianças/adolescentes.</p> <p>- A atividade recreativa e a distração compõem um recurso importante, intrínseco à prática de cuidados no hospital. Zengerle-Levy, citada por Diogo (2016) valida a necessidade de atenuar medos ou sentimentos relevantes que possam ainda não ser esclarecidos. Entre outras atividades, é sugerido o diálogo sobre</p>	<p>Mantém vontade de aprender mais vocabulário e construção semântica.</p> <p>16/12/2019-18/12/2019: Elaboração da carta pretendida e entregue à namorada, que agradeceu com satisfação. Os familiares aplaudiram a iniciativa de R.</p>
--	--	--

	<p>temas de interesse, o incentivo da escrita ou outras atividades que possam ocupar o tempo livre do adolescente. Após a colheita de dados, percebi que o jovem tinha interesse em aprender Inglês, mas que não era lecionado no seu curso. Por isto, e segundo a Competência de EESIP “E3.4. <i>Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</i>” (Ordem dos Enfermeiros, 2010), foi elaborado um contrato de saúde com o R. Em concordância mútua, com a assinatura dos dois, foi elaborado um plano de atividades/estudo da Língua Inglês de forma informal, mas com rigor e dedicação. Todos os turnos, fornecia exemplares de inglês básico retirados da internet para fomentar a leitura e dicção.</p> <p>Em articulação com a Educadora do Serviço de Internamento, foi aprimorado o plano de atividades e incentivada a participação em atividades de Natal (recorte de motivos natalícios, pintura de desenhos...).</p> <p>- Através da escrita, seja esta formal ou informal, o processo cognitivo e organizacional potencia a consolidação de aprendizagem, pois implica uma constante reflexão, análise de texto, formulação de hipóteses, interpretação e síntese de ideias. A estruturação de conceitos implica um correta descrição e</p>	
--	---	--

	<p>argumentação, de forma a reconhecer o saber como processo cultural (Niza, 2011). Tal como supracitado, a incentiva à escrita como estratégia de recreação é uma ação válida para promoção do humor. Foi sugerido ao R. a elaboração de uma carta: a um familiar, amigo, profissional, namorada. Tendo escolhido uma “carta de amor à namorada” (SIC), este dedicou tempo e reflexão na escrita da mesma. Patch Adams (1998), entre diversas opções, utiliza o amor/carinho e humor como foco de atuação na pessoa doente. Aquando a visita da jovem, o R entregou a carta devidamente redigida e decorada, com sorriso e alegria.</p>	
<p>Isolamento social presente</p>	<p>Avaliar capacidade da família para participar no planeamento de cuidados.</p> <p>Promover papel do familiar cuidador.</p> <p>Promover ligação entre familiar cuidador e adolescente.</p> <p>Avaliar autocuidado: atividade recreativa.</p> <p>Incentivar o autocuidado: atividade recreativa.</p> <p>Planear atividades de lazer.</p> <p>Incentivar distração.</p> <p>Promover relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente.</p>	<p>8/12/2019-13/12/2019: A presença da tia fora importante não só para que o R. se sentisse mais confortável nos cuidados de higiene, mas também na presença como visita. Esta incentivava-o a rever a Língua Inglesa e na realização de exercício propostos pelos técnicos de fisioterapia.</p>

	<p>Incentivar socialização entre profissional de saúde e adolescente.</p> <p>Estabelecer confiança.</p> <p>Estar presente.</p> <p>Incentivar socialização entre adolescente e crianças/adolescentes.</p> <p>- Após a primeira visita da tia, esta informou que teria mais possibilidade de visitar o R. no decorrer dessa semana. Foi sugerido ao adolescente em privado a hipótese de ser a tia a auxiliar nos cuidados de higiene na casa de banho, ao que com a concordância de ambos, assim se cumpriu. Segundo Lopes (2012), as famílias/pais são extremamente importantes no acompanhamento da situação de saúde-doença da criança/adolescente hospitalizado. Por ausência laboral do pai, a tia executou o papel parental em substituição.</p> <p>- Com o repouso no leito, a falta de privacidade e a constante utilização de equipamentos, o sentimento de controlo do adolescente fica modificado. O medo da perda da identidade própria, da alteração da autoimagem e tédio na hospitalização são</p>	<p>8/12/2019 - 19/12/2019: A intervenção foi bem aceite pela equipa de enfermagem e teve sucesso com agrado do jovem. Observei fáceis menos triste, sorridente, entusiasmo e interesse em saber o funcionamento hospitalar. Combinado que, sempre que possível, entre o período pós-prandial e a passagem de ocorrência, reservaria entre 15-30 minutos para passear com o R. Habitualmente, os passeis decorriam no piso 0 do hospital, onde por vezes exibiam-se exposições temporárias para que pudesse distrair-se com as mesmas.</p> <p>5/12/2019-10/12/2019: durante a minha prestação de cuidados, houve a possibilidade de</p>
--	--	--

	<p>fatores acumulativos de isolamento social (Honickyl & Silva, 2009). Como tal, optei por realização de curtos passeios após o almoço. Estes eram realizados no cadeirão, com o dispositivo de terapia de vácuo acomodado e protegido. Foram realizados passeios no átrio do hospital, onde o R. observou exposições temporárias e foi explicado o funcionamento hospitalar. Foi igualmente proporcionado “apanhar banhos de sol” na face sempre que possível. Os estudos de Souza (2005) e Barichelo (2016) corroboram os benefícios de passeios. Além de fomentarem o diálogo entre enfermeiro-doente, promove a relação terapêutica, a distração e descontração. Estimula a socialização e motiva o conhecimento do funcionamento hospitalar. Cunha (2017) confirma a vantagem da exposição solar é possível, bem como a audição de sons da natureza (vento, pássaros...), e indica o passeio como uma atividade de teor lúdico, isto é, humoroso.</p> <p>- A maioria das visitas de R. tinha indisponibilidade de comparecer nos dias de semanas. Com algumas exceções (às 4^{as}feiras, a namorada visitava-o), a grande maioria das suas visitas eram no fim de semana. Como tal, grande parte do internamento dependia da relação com a equipa multidisciplinar e da relação que</p>	<p>recrutar um adolescente de 15 anos para o quarto do R. Verificou-se uma boa comunicação entre eles, com as respetivas famílias igualmente cordiais. Realizaram atividades juntos, como jogos de tabuleiro e videojogos.</p>
--	--	--

	<p>mantinha com os pares, especialmente da mesma faixa etária. Porém, e apesar de solicitado por R., nem sempre era possível ter companhia no quarto por gestão de vagas.</p> <p>A hospitalização no adolescente causa um impacto não só na sua autoimagem, mas também na capacidade de lidar com frustrações. O afastamento da família, do grupo de amigos e o próprio sofrimento da sua situação de saúde-doença. Neste caso, o adolescente tem diversas formas de reagir, podendo optar por reclamar/rebelar-se ou simplesmente entristecer, o que pode causar uma situação emocional preocupante (Honickyl & Silva, 2009).</p> <p>O afastamento do grupo de amigos pode causar preocupação emocional grave, pois o adolescente pode sentir substituição do grupo de amigos, perda de controle ou de aceitação. Durante a hospitalização, uma das estratégias que o enfermeiro pode adotar para combater o isolamento social das crianças foca-se na socialização com os pares (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste caso, sempre que possível (e com validação <i>à priori</i>), tenta-se colocar jovens adolescentes no mesmo quarto. Assim, não só é possível combater o isolamento social, como potencializar a criação de novos grupos de amigos aumentando as suas relações sociais e interpessoais no internamento.</p>	
--	---	--

Através do plano de cuidados desenhado, o R. conseguiu melhorar a sua dependência de ajuda nos cuidados. Na prestação dos cuidados de higiene, a avaliação foi notória, ficando mais autónomo nas transferências e na higienização. No último dia de internamento, o dispositivo de terapia de vácuo foi substituído por um pequeno aparelho portátil com a mesma função. Este iria para casa com o R. Após realizar e validar os ensinamentos tanto com o R. como com o seu pai, confirmei a evolução de destreza neste tipo de autocuidado.

A execução do plano de cuidados foi recebida com êxito por parte da equipa multidisciplinar, sobretudo da equipa de enfermagem. As intervenções associadas ao humor foram alvo de reflexão na prática, bem como o seu benefício e devido registo em sistema informático. Estas foram igualmente expostas à equipa de enfermagem numa apresentação sobre a atuação do enfermeiro através do humor na criança e adolescente em contexto de internamento. Em retrospeção, conclui-se que o humor é uma ferramenta bastante útil, que deve ser usada com intencionalidade terapêutica, e que, como qualquer intervenção de enfermagem, necessita de planeamento, execução e avaliação.

4. Apreciações finais

A escolha do R. incidiu no facto de ser um jovem em contexto de internamento prolongado onde, após reunião com equipa multidisciplinar, confirmou-se que a intervenção baseada no humor poderia trazer benefícios ao adolescente. Segundo Helena José (2012), o humor intencional necessita ser personalizado e integrado na prestação de cuidados das crianças e adolescentes, de forma a proporcionar um ambiente indicado à sua recuperação. Esta intervenção, apesar de carecer de mais investigação, revelou-se uma estratégia eficaz para complementar os diagnósticos de enfermagem acima descritos. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) corrobora a necessidade de criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades pessoais do adolescente para enfrentar os problemas identificados (Decreto-Lei 161/96).

No decorrer da prestação de cuidados, foi possível desenvolver o papel ativo do exercício de enfermagem no R., de forma a capacitá-lo de práticas mais autónomas durante o internamento e incentivar a sua autoestima. Outra parcela deveras importante foi o envolvimento da família como parceria de cuidados. Posso afirmar que houve a criação de laços de confiança através da comunicação eficaz, escuta ativa, compreensão e empatia para com o adolescente e família, sempre com supervisão da Enfermeira Orientadora. Com recurso a atividades menos ortodoxas, a estimulação da criatividade, incentivo à resolução de problemas e aquisição de estratégias de *coping*, a hospitalização do R. tornou-se menos nociva e mais prazerosa. Prova disso, foram as duas visitas e o telefonema que o adolescente fez para o serviço de internamento pediátrico após a alta para o domicílio, dia 19/12.

O enfermeiro especialista, tal como descrito no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, tem a função de garantir a qualidade dos cuidados com base na análise regular dos cuidados prestados, no reconhecimento de falhas e estratégias de melhoria das mesmas, salvaguardando sempre as necessidades, opiniões e direitos das crianças e adolescentes, bem como da sua família.

Considero que este estudo de caso espelha um caso de sucesso na prestação de cuidados ao adolescente, que foi frutífero na aquisição de competências comunicacionais e relacionais, bem como competências no âmbito da tomada de decisão refletida, ética e consciente, na gestão de cuidados focados na segurança, respeito e dignidade do

adolescente, na prática baseada na evidência científica, conhecimentos e habilidades, de forma a garantir uma melhoria sistemática da qualidade dos cuidados prestados.

5. Referências bibliográficas

- Adams, Patch (1998). *House Calls: How we can all heal the world one visit at a time*. California, USA. RDR. ISBN: 1-882003-18-8;
- Barichelo, Marina et al. (2006) Playful activities in the process revelation of diagnosis for children who live with HIV/AIDS. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 14 (2) 111-119;
- Bergen, A., & While, A. (2000). A case for case studies: Exploring the use of case study design in community nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 926–934. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01356.x>
- Brandão IA, et at. (2019). Jogos eletrônicos na atenção à saúde de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paul Eferm*. 32(4):464-9;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Cogo, A. L. P., Pai, D. D., Aliti, G. B., Hoefel, H. K., Azzolin, K. de O., Busin, L., Kruse, M. H. L. (2016). Casos de papel e role play: estratégias de aprendizagem em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1231–1235. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0277>;
- Cunha Kamliã, et al. (2017). *VISITA AO PARQUINHO COM CRIANÇA DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA*. I Simpósio de Atenção Integral à Saúde Da Criança e Do Adolescente: Novas Perspectivas de Cuidado Humanizado. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/paper/VISITA-AO-PARQUINHO-COM-CRIANÇA-DEPENDENTE-DE-UM-DE-Cunha-Corrêa/ee831987e4fc35128f00cc42fc18355822cfbfff>;

- Direção Geral de Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx;
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A., Zago, M.M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 11(3):371-5;
- Honickyl, Marilise; Silva, Rosanna. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. *Psicologia Hospitalar*; 7(1); 44-67;
- Decreto-Lei 161/96 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República nº 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>;
- Diogo, P. et al. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47;
- Hockenberry, Marilyn; Wilson, D. (2016). *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier. 9ª ed. ISBN: 978-85-352-6822-5;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Lopes, Natália (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Nijhof, Sanne L., et al. (2018) Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 95 (421–429). Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>;
- Niza, Ivone; Segura, Joaquim, et al (2011). *Escrita; guião de implementação do programa de português no ensino básico*. Lisboa. ISBN:978-972-742-343-3;

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas praticas – estratégias não farmacologias da dor na criança*. Serie 1 (6). ISBN: 978-989-8444-23-3;
- Pereira, A.; Teixeira, F.; Bressan, C.; Martini, J. (2009) O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Florianópolis. 62(3): p. 407-16;
- Primark, Brian et al. (2012). Role of Video Games in Improving Health-Related Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 42(6): 630–638. Disponível em doi:10.1016/j.amepre.2012.02.023;
- Regulamento nº 140/2019 do *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista*. Diário da República, Série II — Nº 26 — 6 de fevereiro de 2019 (2019). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Regulamento nº 422/2018 do *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, Série II — Nº 133 — 12 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;
- Simões, C; Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2(4): 9-23;
- Souza, Aline; et al. (2005). Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrónica de Enfermagem*. 7(2). 215-220;
- Yin, R. (2003). *Case Study Research Design and Methods*. 3º ed. Sage Publications;
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planeamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

Anexo I – Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE GLASGOW					
O		V		M	
Abertura dos Olhos		Resposta Verbal		Resposta Motora	
-		-		6	Obedece a ordens
-		5	Orientada	5	Localiza a dor
4	Espontânea	4	Desorientada	4	Reacção de fuga
3	À Voz	3	Palavras inapropriadas	3	Flexão anormal
2	À Dor	2	Sons Incompreensíveis	2	Extensão anormal
1	Ausente	1	Ausente	1	Ausente

Escala de Coma de Glasgow - 15

Anexo II – Escala de Risco de Quedas para população pediátrica “Humpty Dumpty”



Humpty Dumpty Falls Prevention Program™

Preventing falls, enhancing safety.

**Falls Assessment Tool
The Humpty Dumpty Scale - Inpatient**

Parameter	Criteria	Score (circle)
Age	Less than 3 years old	4
	3 to less than 7 years old	3
	7 to less than 13 years old	2
	13 years and above	1
Gender	Male	2
	Female	1
Diagnosis	Neurological Diagnosis	4
	Alterations in Oxygenation (Respiratory Diagnosis, Dehydration, Anemia, Anorexia, Syncope/Dizziness, etc.)	3
	Psych/Behavioral Disorders	2
	Other Diagnosis	1
Cognitive Impairments	Not Aware of Limitations	3
	Forgets Limitations	2
	Oriented to own ability	1
Environmental Factors	History of Falls or Infant-Toddler Placed in Bed	4
	Patient uses assistive devices or Infant-Toddler in Crib or Furniture/Lighting (Tripled room)	3
	Patient Placed in Bed	2
	Outpatient Area	1
Response to Surgery/Sedation/Anesthesia	Within 24 hours	3
	Within 48 hours	2
	More than 48 hours/None	1
Medication Usage	Multiple usage of: Sedatives (excluding ICU patients sedated and paralyzed) Hypnotics Barbiturates Phenothiazines Antidepressants Laxatives/Diuretics Narcotic	3
	One of the meds listed above	2
	Other Medications/None	1
TOTAL		10

Rev: 07/2007

Date: _____
 Name: _____
 MR#: _____
 Acct#: _____
 D.O.B.: _____
 Age: _____

**At risk for falls
if score is 12 or Above**

Minimum Score 7
Maximum Score 23

⇐ Patient Falls Safety Protocol on back

PLACE
YOUR LOGO
HERE

In <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Humpty-Dumpty-Falls-Scale%3A-a-case-control-Hill-Rodriguez-Messmer/72b3e3f4512b410a3da53f4824c3e8b6e40fbaf>

Anexo III – Escala de Risco de Úlceras de Pressão para população pediátrica “Braden Q”

ANEXO III

Escala de Braden Q - Pediátrica

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					Pontos
IMOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes demastado jovens para deambular OU caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingerir poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotensão (TA Média < 50 mmHg; < 40 mmHg num recém-nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reperfusão capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,40	3. Adequado Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reperfusão capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotenso; saturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; a reperfusão capilar < 2 segundos	
Total:					

Apêndice XI – Carta de “Patch” Adams

DEAR Antonio, thanks for your inquiry. I have been to Portugal 5-6 times to lecture and perform. I've done it in 82 countries. Maybe your hospital could bring me as a speaker. I'm sending an article and my second book that has a large bibliography on human and health. What I would best recommend is to come on one of my clown tours - I do 6-7 year

such ones. We have a young clown tour to Morocco - in the summer which would be the best. You can go to our web site and sign up for the e newsletter and it will notify you when it happens. You will get lots of exposure. And, of course, you can wear silly costumes and have lots of toys in your pocket and play anywhere. I live in clown clothes with 30 toys in my pockets and play everywhere. I never took a class.

So go to it.

in love


Apêndice XII – Pedido de autorização para aplicação de Questionário sobre a importância do humor em contexto de Internamento Pediátrico

Exma. Senhora Enfermeira Chefe
do Serviço de Internamento Pediatria
do Hospital [REDACTED]

O meu nome é António Guilherme Fernandes Pereira, sou enfermeiro a realizar funções no Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico do Hospital Dona Estefânia, presentemente a frequentar o 12º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob tutoria da Professora Doutora Margarida Lourenço. Encontro-me a estagiar no Serviço de Internamento de Pediatria [REDACTED], sendo o meu projeto de estágio a utilização do humor na criança e adolescente.

Segundo Sousa & José (2016) o humor enquanto intervenção de enfermagem remota à década de 90, tendo sido sinalizado pelos enfermeiros um ingrediente importante na relação com o outro, porém, ainda subvalorizado e de uso inconsciente. Como tal, a correta utilização da intervenção humorística necessita de planeamento e intencionalidade deliberada. Especificamente nas crianças, o humor contribui não só para o aspeto cognitivo, mas também para o aspeto emocional e psicossocial. As crianças cujos enfermeiros usaram o humor de forma cuidada, demonstraram redução do medo hospitalar e dos diversos tratamentos a que foram submetidos. Para que possa ser usado em benefício da criança e do adolescente, precisa de ser implementado na prática de cuidados do enfermeiro, de forma a integrar no dia-a-dia a promoção de intervenções humorísticas para a satisfação das necessidades do cliente (Dowling, 2002; José, 2012).

Pretendo assim, sensibilizar e implementar a utilização do humor com intencionalidade terapêutica por parte do enfermeiro, intervindo na melhoria do bem-estar e conforto físico, psicológico-espiritual, social e ambiental do cliente pediátrico alvo. Para que tal intervenção seja possível, solicito a autorização de V.exma para a aplicação de um questionário para conhecimento da importância do humor e diagnóstico de estratégias utilizadas pelas/os enfermeiras/os na prestação de cuidados no serviço supracitado. A proteção de dados está salvaguardada e garantida para uso estritamente académico, exclusivo para o tema em questão. O primado do Ser Humano, o respeito pela individualidade e o anonimato dos dados cumprir-se-á. Todos dados recolhidos serão destruídos após o *terminus* do projeto.

Lisboa, 22 de Novembro de 2019

Apêndice XIII – Questionário sobre a aplicação do humor e a sua importância em contexto de Internamento Pediátrico

Excelentíssima Sr^a Enfermeira/o

O meu nome é António Pereira, sou enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia. Presentemente a frequentar o 12º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar Estágio neste serviço em questão.

A Finalidade deste questionário incide na contribuição para a melhoria dos cuidados de enfermagem, através da sensibilização para a intervenção do humor na prestação de cuidados dirigida à criança e adolescente. A elaboração deste questionário visa o conhecimento sobre a importância do humor e quais as estratégias utilizadas na criança e adolescente.

A sua participação não apresenta quaisquer riscos individuais ou coletivos.

A sua colaboração pode trazer benefícios pessoais e direcionados aos clientes que cuida.

Tem a total liberdade de recusa de participação no estudo, sem quaisquer consequências ou represálias.

Ao participar no preenchimento deste questionário, garante o consentimento livre, informado e esclarecido. Asseguro o respeito pelo primado do Ser Humano, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, salvaguardando que estes serão usados apenas rigorosamente para fins académicos.

A sua participação neste estudo é preciosa!

Agradeço a sua disponibilidade.

Caracterização da equipa de enfermagem

<i>Especialidade:</i> _____	<i>Bacharelato</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Licenciatura</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Pós-graduação</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Mestrado</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>Doutoramento</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Experiência profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria:</i> _____		

Género: Masculino Feminino

Assinale com uma (X) a opção que mais se adequa:

1 – A utilização do humor é uma prática frequente no serviço onde presta cuidados?

Sim Não

2 – Considera o humor uma intervenção de enfermagem recorrente na **SUA** prestação de cuidados individual?

Sim Não

3 – Habitualmente ri com as crianças e sua família?

Sim Não

Por favor, responda de forma sucinta às seguintes questões:

4 – Em que situações aplica o humor na sua prática, de forma intencional?

5 - Quando pretende utilizar o humor, que estratégias implementa/considera importantes na sua prática de cuidados?

6 - Como utiliza o humor?

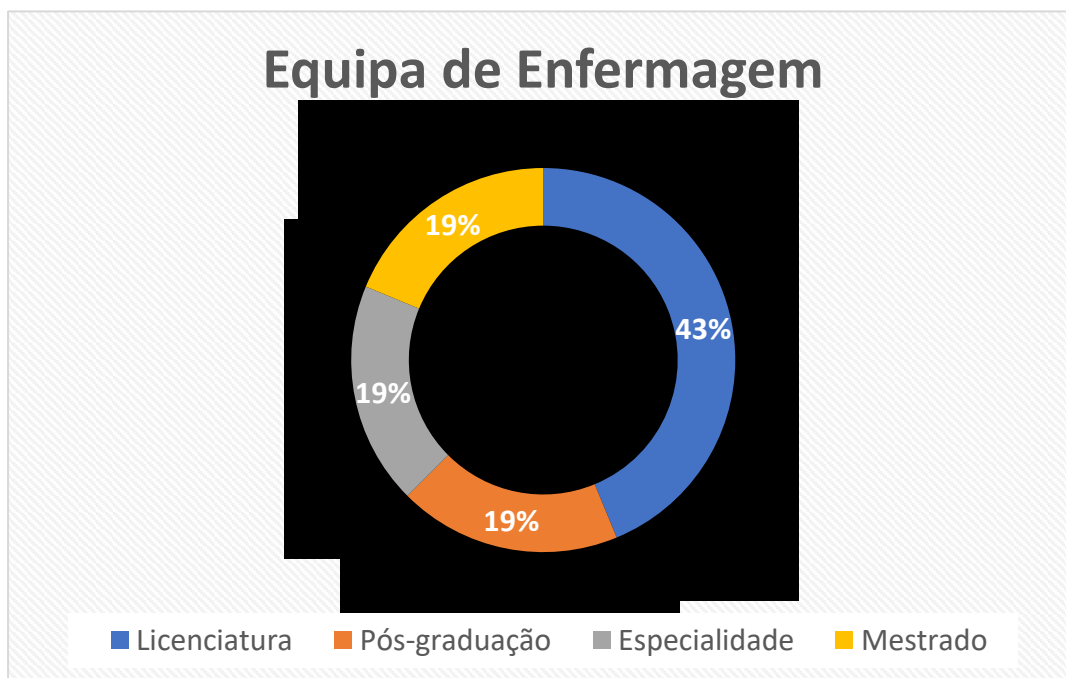
FIM

Grato pela colaboração.

Apêndice XIV – Análise das respostas ao Questionário sobre a aplicação do humor e a sua importância em contexto de Internamento Pediátrico

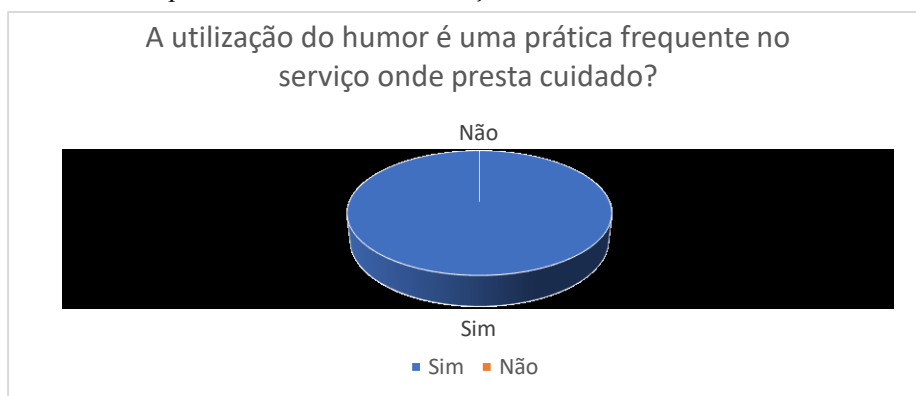
No estágio no contexto de Serviço de Internamento Pediátrico, foi realizado um questionário à equipa de enfermagem com o intuito de perceber como aplicação o humor e qual a importância do mesmo para os profissionais. A amostra incluiu 16 enfermeiras, a totalidade do sexo feminino, sete grávidas com Licenciatura (43%), três com pós-graduação concluídas (19%), três com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica (19%) e três com Curso de Mestrado (19%).

Gráfico 1 – Caracterização da amostra.



As três primeiras perguntas, de resposta múltipla, foram organizadas em gráficos circulares. Estas espelham a importância que os profissionais atribuem ao humor, não só na sua prestação individual de cuidados, mas também na globalidade das intervenções de enfermagem no Serviço em questão.

Gráfico 2 – Importância do humor no Serviço de Internamento Pediátrico.



Os resultados destes três gráficos ilustram a valor associado ao humor que os profissionais de saúde identificam. No gráfico 2 e 4 observa-se a uniformidade de respostas positivas. 100% dos profissionais confirmam o peso que o humor tem no Serviço de Internamento Pediátrico, o que diretamente se repercute na facilitação da criança e pais para entender uma ação como lúdica ou divertida, resultando no riso em grupo, não só da população-alvo como dos profissionais de saúde associados. Quanto ao gráfico 3, verificou-se apenas 12% de respostas negativas. Com 88% dos profissionais a considerarem o humor uma intervenção individual recorrente no seu plano de cuidados, é possível referir que a maioria dos enfermeiros deste serviço aplicam o humor diariamente. Considera-se, com base nos três gráficos, que o humor tem um impacto muito positivo a nível de enfermagem no contexto específico em questão.

As restantes três perguntas no enunciado pretendiam uma resposta rápida em cada. As perguntas são “Em que situações aplica o humor na sua prática, de forma intencional?”, “Quando pretende utilizar o humor, que estratégias implementa/considera importantes na sua prática de cuidados?” e “Como utiliza o humor?”. As respostas incidiram em diversos temas. As mais referidas focam-se em estratégias como distração, dramatização/teatralização de situações, promoção da relação terapêutica (funcionando como “quebra-gelo”), incentivo à adesão ao regime terapêutico, controlo da dor, promoção do conforto, gestão emocional infantojuvenil e parental (principalmente do medo, *stress* e ansiedade), preparação para cirurgia/procedimentos invasivos e minimização dos efeitos nocivos da hospitalização. Poucos intervenientes referiram a avaliação e planeamento de necessidades humorísticas, verificando-se igualmente uma dualidade de ideias em relação ao uso deliberado do humor. Apesar da opção intencional

Gráfico 3 – O carácter pessoal do humor na individualização dos cuidados prestados.

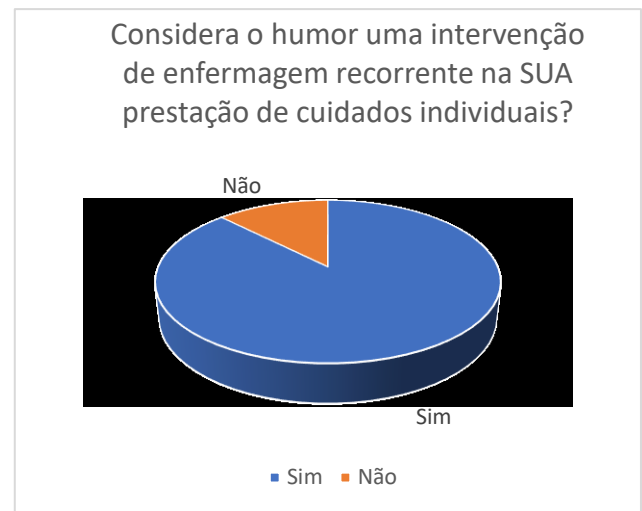
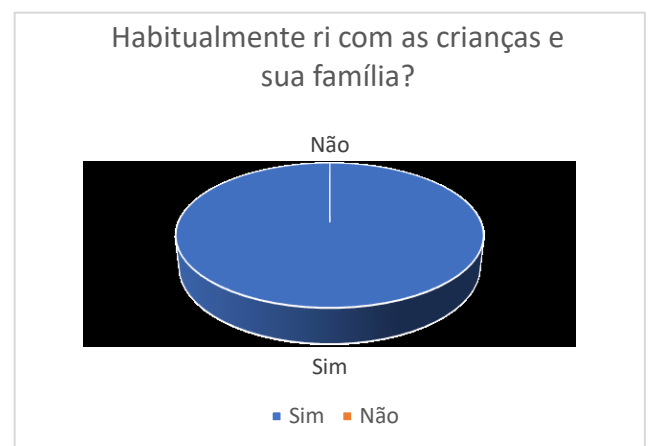


Gráfico 4 – Demonstração/efeito da aplicação do humor na população-alvo de cuidados.



prevalecer na maioria, a utilização “não intencional” verifica-se igualmente nas respostas. Confirma-se também o recurso a materiais humorísticos como bolhas de sabão ou brinquedos, mantendo um perfil minoritário. Estratégias como o sarcasmo, ironia, brincar, jogos de palavras, partilhas de histórias, vídeos, música, dança, jogos e cocegas foram igualmente referidas na globalidade das respostas.

Com este questionário, foi possível evidenciar quais os aspetos mais relevantes para a aplicação do humor na equipa de enfermagem, o que permitiu a elaboração de atividades que foram ao encontro da concretização do objetivo 2 assinalado neste estágio, mais especificamente a aquisição de materiais humorísticos e futura construção do Carrinho do Humor, a aplicação de estratégias *in loco* enquanto prestação de cuidados e a sessão de formação/capacidade de estratégias de humor na criança e adolescente.

Apêndice XV - Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

Questionário de Avaliação de Sessão Formativa

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica pelo Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, realizei uma sessão de formação nos dias 7 e 9 de janeiro de 2020 com o tema “Humor na Criança e no Adolescente: Atuação do Enfermeiro em contexto de Internamento Pediátrico”. Tendo o intuito de compreender a importância da temática para a equipa de enfermagem e identificar onde melhorar futuramente, solicito o preenchimento do seguinte questionário de avaliação de sessão. O anonimato e respeito de todos os participantes neste questionário estão assegurados.

Por favor, assinale para cada item da tabela um (X) com a sua resposta preferida: Insuficiente, Suficiente, Bom, Muito Bom, Excelente.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
<i>Relativo à Sessão</i>					
<i>Pertinência do tema</i>					
<i>Meios audiovisuais utilizados</i>					
<i>Duração da Sessão</i>					
<i>Pertinência do conteúdo para a prática</i>					
<i>Relativo ao Formador</i>					
<i>Clareza na comunicação</i>					
<i>Domínio dos conteúdos</i>					
<i>Capacidade na transmissão de conhecimentos</i>					
<i>Relação com os participantes</i>					
Comentários/sugestões de melhoria (facultativo)					

Grato pela Colaboração,

António Pereira

Apêndice XVI – Relatório da Sessão Formativa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório da Sessão Formativa
Humor na Criança e Adolescente:
Atuação do Enfermeiro em Contexto de Internamento
Pediátrico

Realizado por: António Pereira

Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem e Especialização de Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica

Orientação de Enfermeira XXXXXXXXXX

Tutoria de Prof^a Margarida Lourenço

Lisboa, janeiro 2020

ÍNDICE

Pg.

1. Plano de Sessão Formativa	4
2. Divulgação da Sessão Formativa	6
3. Sessão Formativa	6
4. Avaliação da Sessão formativa	18
5. Referências Bibliográficas	20

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS	Pg.
Tabela 1 – Plano de Sessão Formativa	5
Tabela 2 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa	18
Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: Relativo à Sessão.	19
Gráfico 2 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: Relativo ao Formador.	19

1. Plano de Sessão Formativa

O Plano de Sessão foi elaborado em parceria com a Enf^a Orientadora no intuito de analisar os temas da sessão formativa.

Tema/Título: “Humor na Criança e no Adolescente: atuação do enfermeiro em contexto de Internamento Pediátrico”

Data e Hora: 07 e 09 de janeiro de 2020, 15h-16h.

Local: Biblioteca do Serviço de Internamento Pediátrico.

População-alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento Pediátrico.

Divulgação: conforme combinado com a Enf^a Orientadora e a Enf^a Chefe do Serviço, a divulgação foi realizada a partir de dia 23 de dezembro de 2019, cerca de 2 semanas antes das datas supracitadas.

Metodologia: Expositiva e Interativa

Avaliação: Avaliação *in loco*

Recursos: Computador; projetor; “Carrinho do Humor”;

Objetivos específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros sobre a importância do humor na criança e adolescente;
- Promover a reflexão na aplicação do humor no Serviço de Internamento;
- Capacitar os enfermeiros para a utilização de estratégias associadas ao humor:

Tabela 1 – Plano de sessão

<i>Sessão</i>	<i>Título</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Duração</i>
<i>Introdução</i>	Introdução Enquadramento conceitual	Breve resumo da temática e sua importância; Exposição dos diversos conceitos de humor	Expositiva	40 minutos
	A teorias do Humor: Superioridade, Incongruência e Alívio	Explicação das diversas teorias sobre o humor e como adequar as mesmas à prática	Expositiva	
<i>Desenvolvimento</i>	Humor positivo e negativo	Diferenciação dos 4 tipos de sentido de humor, quais as especificidades, vantagens, desvantagens e “indicações para uso”	Expositiva	
	Enquadramento teórico – Kolcaba e o Conforto	Apontamento e englobamento de teórica de Enfermagem; como direcionar o humor consoante a sua teoria de médio-alcance	Expositiva	
	Exposição da análise de questionários	Apresentação dos resultados obtidos através da resposta aos questionários.	Expositiva	
	<i>Scoping review</i> – apresentação de resultados	Resumo da investigação realizada e quais as intervenções sugeridas	Expositiva	
	Estudo de Caso – R.M.	Apresentação de breve historia de R. e qual o plano de cuidados associado ao humor.	Expositiva	
	Sugestões de estratégias baseadas na intervenção do humor	Apresentação de Conjunto de resultados e pesquisa realizada	Expositiva	
	Discussão	Reflexão sobre a temática, avaliação dos conhecimentos adquiridos <i>in loco</i>	Expositiva Interativa	
	<i>Conclusão</i>	Conclusão	Síntese da importância do humor na criança/adolescente em enfermagem	
<i>Referencias bibliográficas</i>	Referencias bibliográficas			

2. Divulgação da Sessão

A divulgação foi realizada com um prazo de 3 semanas anterior à data da sessão, para que todos os profissionais de enfermagem tivessem acesso ao local e hora com tempo. Foi afixado na sala de enfermagem e lembrado em cada momento de passagem de ocorrências.



Humor na Criança e no Adolescente: Atuação do enfermeiro em contexto de Internamento Pediátrico

Sessão de formação

Realização: Enf.º António Pereira, estudante de
Especialidade ESIP- Orientação de Enf.ª

Dia 7 e 9 de Janeiro:
15h-16h

Local: Biblioteca

3. Sessão Formativa

Para a sessão formativa foi realizada uma revisão da literatura livre para concetualização dos temas abordados. Foi igualmente utilizado os resultados da revisão *scoping* de forma sucinta, realizada exposição do estudo de caso e das intervenções relativas ao humor, e ainda apresentado o Carrinho do Humor (apêndice XVII).

Humor na Criança e no Adolescente:

Atuação do enfermeiro em contexto de Internamento Pediátrico

Enf.º António Pereira, estudante de Especialidade ESIP, Orientação de Enf.ª Tutoria de Prof. Margarida Lourenço

Índice

- Introdução (Enquadramento concetual)
- A teorias clássicas do Humor: Superioridade, Incongruência e Alívio
- Humor positivo e negativo
- Enquadramento teórico – Kolcaba e o conforto
- Análise de questionários
- Scoping review – apresentação de resultados
- Estudo de Caso – R.M.
- Discussão
- Conclusão
- Referências bibliográficas

Introdução

Enquadramento concetual

O que é o Humor?

hu-mor | 0 |

substantivo masculino

1. Qualquer fluido líquido contido nos corpos organizados.

(...)

7. Disposição de ânimo (ex.: hoje ele está de bom ou de mau humor?).

8. Temperamento, índole.

9. Mordacidade chistosa; ironia delicada.

"humor", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008 - 2013, <https://dicionario.priberam.org/humor> [consultado em 02-03-2020].

"O humor pode ser, então, uma estratégia para reagir ao sofrimento"

in A. Doença, o Sofrimento e a Morte entram num bar, Ricardo Araújo Pereira

O que é o Humor?

"Humor é um termo amplo e multifacetado que representa tudo o que as pessoas dizem ou fazem que seja interpretado como engraçado ou que faça rir, o que inclui o processo cognitivo e criativo que envolvem a percepção de um estímulo divertido e também a resposta emocional de alegria envolvida no prazer do mesmo

(Martin, 2018, p.16)

O humor é universal, individual e paradoxal, apresentando as seguintes propriedades: contextual, situacional, contagiante, terapêutico, arte de cuidar transpessoal, elemento da vida, necessidade humana básica, estado de espírito, multidimensional e forma de comunicação
(José, 2020).



"O humor é um elemento da vida, um estado de espírito, um meio de estimulação relacional, de aproximação ao outro e de iniciação à ação. É uma importante forma de comunicação (...), um jogo de palavras que, transportadas por esse meio, são mais facilmente entendidas"
(José, 2020, p. 33)

O que é o Humor?

"Trata-se de uma faculdade particularmente preciosa para aliviar o clima de tensão que reina em certas situações de ansiedade e de stress. Ele possui a notável capacidade de (...) desdramatizar os acontecimentos. (...) Ajuda a fazer face a situações embaraçosas, às nossas preocupações e aos nossos medos"

(Phaneuf, 2002, p. 382)

NIC - Nursing Interventions Classification



Facilitação do paciente a perceber, apreciar e expressar o que é engraçado, divertido ou absurdo.



Aliviar a tensão, libertar a raiva



Estabelecer relações, facilitar o aprendizado ou enfrentar sentimentos dolorosos

(Bulechek, 2013).



Humor Positivo e Humor Negativo

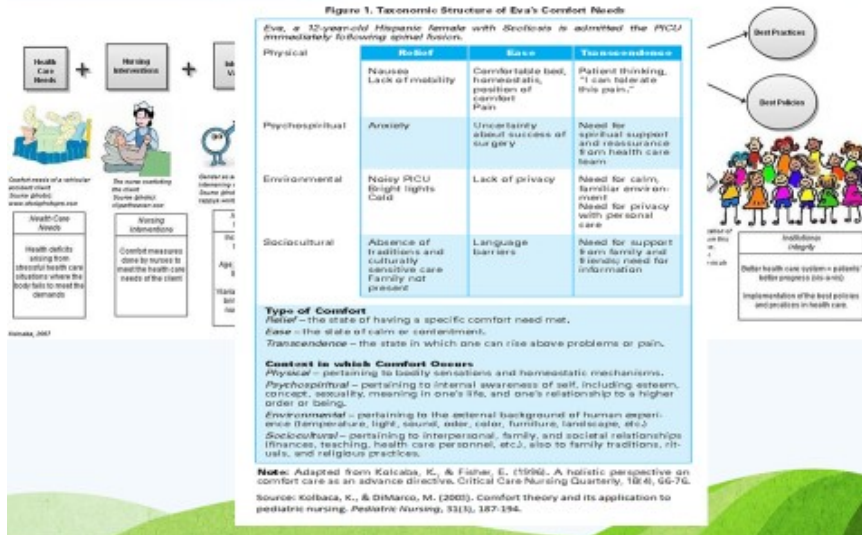
4 STYLES OF HUMOR

(IN ORDER OF APPROPRIATENESS AT WORK)



* Not really appropriate for work...

Teoria do Conforto – Katherina Kolcaba



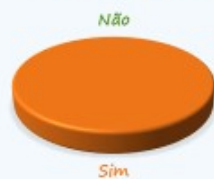
Análise de Questionários

Caracterização da amostra

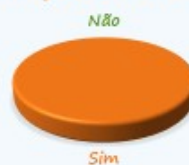


Análise dos Questionários

A UTILIZAÇÃO DO HUMOR É UMA PRÁTICA FREQUENTE NO SERVIÇO ONDE PRESTA CUIDADO?



HABITUALMENTE RI COM AS CRIANÇAS E SUA FAMÍLIA?



CONSIDERA O HUMOR UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM RECORRENTE NA SUA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INDIVIDUAIS?



Em que situações aplica o humor na sua prática, de forma intencional?

- Relação terapêutica
- Minimizar ansiedade/medo/tensões
- Distração
- Preparação/execução procedimentos
- Relação familiar

Quando pretende utilizar o humor, que estratégias implementa/considera importantes na sua prática de cuidados?

- Avaliação da idade, tipo de humor e quais as intervenções a usar
- Criar momentos humorosos (fotos, anedotas, ambiente, caretas, brincar)
- Utilização de material humoroso (balões sabão, ...)
- Distração
- Empatia

Como utiliza o humor?

- Intencionalidade
- Sem intencionalidade
- Comunicação
- Distração
- Diminuir impacto hospitalização
- Dramatização

Scoping review

Resultados

Resultados

In Ok Sim

Sessão de partilha de histórias humorosas, uso de cartas cómicas, vídeos humorosos (Mr Bean, 101 dalmatas, Tom and Jerry)

Pedra-papel-tesoura; Jogos de desejos; reforço positivo, gargalhadas e aplausos; dança e canções; jogos caça ao tesouro; Brincadeiras com colegas, jogos de equipa, quizz, pintar retrato/caricatura no futuro

Kim SangHee, et al.

Vídeos humorosos, canções, leitura de livros e banda desenhada, jogos humorosos, balões, vídeos motivacionais, jogos interativos e sociais, jogos de interpretação de personagens/dramatização

Helena José

Vídeos humorísticos, brincadeiras, jogos de palavras ("anedotas"), atividades de riso em grupo, partilha de histórias cómicas.

Rosane Fontana

Jogos didáticos: jogo da memória, jogo tipo "caça ao tesouro"; Dramatização com bonecas; Teatro de fantoches

Estudo de Caso

R.M.

Estudo de Caso - R.M.

- Adolescente de 17 anos, vítima de acidente de viação;
- 2º internamento após o acidente;
- Situação de dependência parcial dos cuidados por tratamento de ferida com terapia de vácuo no calcâneo esquerdo;
- Necessidade de internamento médio/prolongado.



Estudo de Caso - R.M.

Principais Diagnósticos de Enfermagem comprometidos associados ao humor



<p>Autocuidado: recreativo Comprometido</p>	<p>- A atividade recreativa e a distração possuem um recurso importante, intrínseco à prática de cuidados no Hospital Zengerle-Loy, citada por Diogo (2014) volta a necessidade de atenuar medos ou sentimentos negativos que possam ainda não ser esclarecidos. Entre outras atividades, é sugerido o diálogo sobre temas de interesse, o incentivo da escrita ou outras atividades que possam ocupar o tempo livre do adolescente. Após a coleta de dados, percebeu que o jovem tinha interesse em aprender inglês, mas que não era incentivado na sua escola. Por isso, e segundo a Competência da EESP "E5-4 Promove a autonomia do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5), foi elaborado um contrato de saúde com o R. Em concordância mútua, com a assinatura dos dois, foi elaborado um plano de atividades/estudo da Língua Inglesa de forma informal, mas com rigor e dedicação. Todos os temas, formação exemplares de inglês básico retirados da internet para fomentar a leitura e dicção.</p> <p>Em articulação com a Educadora de Serviço de Intervenção, foi aprovado o plano de atividades e incentivada a participação em atividades de Natal (recorte de motivos natalícios, pintura de desenhos...).</p> <p>- Através da escrita, seja esta formal ou informal, o processo cognitivo e organizacional potencia a consolidação de aprendizagens, pois implica uma constante reflexão, análise de textos, formulação de hipóteses, interpretação e síntese de ideias. A estruturação de conceitos implica um correto descrição e argumentação, de forma a reconhecer o saber como processo cultural (Nú, 2011). Tal como sugere, a inclusão à escrita como estratégia de recreação é uma ação válida para prevenção do humor. Foi sugerido ao R. a elaboração de uma carta: a um familiar, amigo, profissional, nomeada. Tendo escolhido uma "carta de amor à nomeada" (52), este dedicou tempo e reflexão na escrita da mesma. Patch Adams (1978) entre diversas opções, coloca o amor/riso e humor como foco de atuação na prática docente. Aquando a visita da jovem, o R. entregou a carta devidamente redigida e decorada, com sorrisos e alegria.</p>	<p>14/12/2019 - O R. cumpre o plano de atividades, apesar de ser necessário incentivo quando não estou presente, segundo as colegas enfermeiras. Manifesta vontade de aprender mais vocabulário e construção gramatical.</p> <p>16/12/2019-18/12/2019: Elaboração da carta pretendida e entrega à nomeada, que agradeceu com satisfação.</p>
--	---	--

<p>Conforto Comprometido</p>	<p>Promção do Conforto</p> <p>Por ser um internamento prolongado, o R. sentiu-se isolado, por vezes aborrecido, com fúria triste. Quando já tinha cumprido as atividades acordadas, sentiu-se monótono e sem companhia no quarto. Uma das estratégias escolhidas, e validada com a enfermeira, foi jogar videogames com o R. A literatura afirma que existem benefícios no uso de videogames no âmbito dos cuidados de saúde. Seja no alívio e minimização e o desenvolvimento de habilidades analíticas e estratégias (Bradley, 2014). Estes também possibilitam a distração, o alívio da dor aguda (Primark, 2012), incentivam a criatividade e potenciam estratégias para lidar com a frustração e resolução de problemas (Nijhof, 2018). Além de potenciar o conforto, este tipo de intervenção atua também no controlo da dor, na recreatividade e no isolamento social, uma vez que são necessárias duas jogadoras pelo menos.</p>	<p>14/12/2019 - Durante os videogames, o R. sentiu-se confortável, a sorrir, concentrado na disputa e em vencer. Após, muita alegria porque conseguiu que alguém jogasse com ele e participasse numa atividade prazerosa, mas triste porque fora um jogo rápido que tinha acabado. Sempre que possível, a intervenção era repetida.</p>
-------------------------------------	--	---

<p>Isolamento social Presente</p>	<p>— Após a primeira visita da tia, esta informou que não há mais possibilidade de visitar o R, no decorrer dessa semana. Foi sugerido ao adolescente em privado a hipótese de ser a tia a assistir nos cuidados de higiene na casa de banho, ao que com a concordância de ambos, assim se cumpriu. Segundo Lopes (2012), as famílias/pais são extremamente importantes no acompanhamento da situação de saúde-doença da criança/adolescente hospitalizado. Por ausência laboral do pai, a tia executou o papel parental em substituição.</p> <p>- Com o repouso no leito, a falta de privacidade e a constante utilização de equipamentos, o sentimento de controle do adolescente fica modificado. O medo da perda da identidade própria, da alteração da autoimagem e edê na hospitalização são fatores associados do isolamento social (Hawickel, 2009). Como tal, optou por realização de curtos passeios após o almoço. Estes eram realizados no corredor, com a disposição de terapia de vídeo acomodado e protegido. Foram realizados passeios no terraço do hospital, onde o R observou exposições temporárias e foi explicado o funcionamento hospitalar. Foi igualmente proporcionado “apanhar banhos de sol” na face sempre que possível. Os estudos de Souza (2005) e Barichelo (2014) corroboram os benefícios de passeios. Além de fortalecerem o diálogo entre enfermeiro-doença, promove a relação terapêutica, a distração e desconstrução. Estimula a socialização e motiva o conhecimento do funcionamento hospitalar. - Kanella (2017) confirma a vantagem da exposição solar é possível, bem como a utilização de sons da natureza (aves, pássaros...), e indica o passeio como uma atividade de teor lúdico, isto é, lúdico.</p>	<p>A intervenção foi bem aceite pela equipa de enfermagem e teve sucesso com agrado. Fazia muitas vezes, tentativas e incentivo para os profissionais passear com ele.</p>
--	---	--

<p>Dor Presente</p>	<p>O período quando o R sentia mais dor correspondia à realização do peso de terapia de vídeo. Além de métodos farmacológicos, o humor é uma ferramenta importante para o controlo não farmacológico da dor (OE, 2013). Assim sendo, entre diversas estratégias, umas das mais utilizadas foi a partilha de anedotas antes, durante e imediatamente após a realização do peso. Esta estratégia fora usada não só nesta situação, mas também como adjuvante de terapia farmacológica quando o R sentia dor.</p> <p>Tal como sugerido por Helena José (2012), o humor corresponde a uma das formas ligadas ao processo de crescimento do adolescente. É através deste que afirmam a sua independência ou demonstração a sua rebeldia. Uma das estratégias para os adolescentes se sentirem ajudados e enfrentarem situações adversas, pode envolver contar uma piada ou partilha de jogos de palavras (isto é, anedotas). Com o recurso a anedotas, esse jocos e outro tipo de brincadeira, é proporcionado ao R, uma sensação de bem-estar e relaxamento através da criação de um ambiente descontraído onde todos riem. A relação de terapêutica e confiança aumenta, assim como a fixação das envolvidas na situação de saúde-doença do jovem, potenciando a triada enfermeiro-criança-pais.</p>	<p>21/12/2019 — Ao longo das várias situações dolorosas (transferência do leito para cadeirão; realização de pesos; vestir calções, entre outras), o uso de jogos de palavras era marcado por anedotas previamente selecionadas após averiguar qual o humor preferido do R. A partilha teve efeito, com melhoria da dor emocionalmente nos processos de transferência e realização de pesos. Em situações de dor aguda, este não teria efeito se não fosse aliada a estratégia farmacológica.</p>
----------------------------	---	---

Sugestões de melhoria

- Avaliação da necessidade de humor na criança/adolescente;
- Não ter receio de cair no ridículo (usar mascaras, narizes...);
- Realização um compendio de piadas/histórias cómicas;
- Utilização do “Carrinho do Humor”/materiais humorosos;
- Cantar e dançar (mesmo se não tiver jeito)
- Envolver a equipa multidisciplinar, pais e outras crianças, se possível;
- Sorrir, rir e gargalhar! Rir com o outro – Positividade;
- Utilização da criatividade, arriscar, ser audaz;
- Avaliação a intervenção.

(Diogo, 2016; Fontana, 2012; José, 2010, 2012; OE 2013; Kim, 2018; Sim, 2015).

Como registar as intervenções?

"Promover Conforto"

Auto-cuidado:
recreativo



Discussão

"O humor é outra estratégia de comunicação com a criança e adolescente. Proporciona alívio da tensão e das preocupações e a sua utilização na prestação dos cuidados tem por finalidade tornar as relações mais próximas e de maior confiança. Trata-se da aptidão para criar um clima de leveza e de prazer, relativizar certas situações a fim de ajudar a pessoa cuidada a ver a vida de maneira mais aceitável e tranquila. O humor ajuda a desdramatizar situações difíceis e tem a capacidade de transformar a tristeza em alegria, a desilusão em cômico, o desespero em boa disposição. O humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer e ao bem-estar."

in Guia Orientador de Boas Práticas – Estratégias para controlo não farmacológico da dor, Ordem dos Enfermeiros

Conclusão



(Fontana, 2012; José, 2012; Kim, 2018; Sim, 2015).

Referências bibliográficas

- Adams, Patch (1998). *House Calls: How we can all heal the world one visit at a time*. California, USA. RDR. ISBN: 1-882005-38-8;
- Barichelo, Marina et al. (2006) Playful activities in the process revelation of diagnosis for children who live with HIV/AIDS. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 14 (2) 333-339;
- Brandaço IA, et al. (2019). Jogos eletrônicos na obtenção à saúde de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paul. Enferm.* 32(4):484-9.
- Bulechek, G. et al. (2015). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Londres, Inglaterra: Elsevier health sciences. Página 279-280;
- Fontana, Rosane Teresinha (2012). A atividades lúdica na enfermagem: "brincando" e prevenindo doenças transmissíveis. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6(2), 248-251. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/revol.2052-14823-2-LE0603201235;
- Diogo, P. et al. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47
- Honickyl, Marliße; Silva, Rosanna. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. *Psicologia Hospitalar*; 7(1); 44-67;
- José, Helena (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência;
- José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2553-2555;
- Kim, SangHee, et al. (2018). The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of schooled children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*. 1-9 in <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.003>;
- Lopes, Natália (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Referências bibliográficas

- Martin, Rod; Ford, Thomas (2018) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Elsevier Academic Press 2ª ed. ISBN: 978-0-52-852143-6;
- Neto, C. F. (2012). *Humor – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação Porque Rir? Um Estudo do Funcionamento do Humor na Publicidade*. 4-59. <http://www.intercom.org.br/papers/anais/2012/intercom12-5178-2.pdf>;
- Nijhof, Souwe L., et al. (2018) Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 95 (423-429). Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.03.024>;
- Nza, Ivone; Segura, Joaquin, et al (2015). *Escrita: guia de implementação do programa de português no ensino básico*. Lisboa. ISBN:978-972-742-343-3.
- Ordem dos Enfermeiros*. (2013). *Guia orientador de boas práticas – estratégias não farmacológicas da dor na criança*. Série 5 (6). ISBN: 978-989-9844-23-3;
- Phares, M. (2005). *Comunicação, entrevistas, relação de ajuda e avaliação*. Loures: Lusociência;
- Pysmark, Brian et al. (2013). Role of Video Games in Improving Health-Related Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 42(6): 630-638. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.02.023>;
- Sim, In Ok. (2012). Humor intervention program for children with chronic diseases. *Applied Nursing Research*, 28, 404-452;
- Sousa, L., & José, H. (2014). Benefícios do humor na saúde. *Enfermagem*, *June*, 22-32.
- Souza, Aline, et al. (2005). Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva nos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 7(1), 215-220;
- Talacara, S. (2015). Uma visão geral das teorias de humor: aplicação da incongruência e da superioridade ao sarcasmo. *ED&A – Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação*, 6, 515-536.



Obrigado!



António Pereira

4. Avaliação da Sessão Formativa

Para avaliação da satisfação da equipa de enfermagem relativamente à sessão de formação, relevância do tema abordado e desempenho do formador, foi aplicado este questionário de avaliação da sessão formativa, com adaptado de Fortin (2009) e Gouveia (2005), apresentado anteriormente. Mantendo a consideração pelos princípios éticos e colheita de dados, foi reforçado o respeito e anonimato, bem como o consentimento livre e esclarecido a cada profissional, no preenchimento deste instrumento de avaliação. As duas sessões contaram com um total de 19 participantes da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento Pediátrico. A sessão correu conforme planeado, com uma duração aproximada de 40-50 minutos, com espaço para discussão do tema, partilha de experiências e avaliação *in loco*.

Finalizando, apresento os resultados do questionário de avaliação, relativo à sessão, ao conteúdo da mesma e ao formador. Não foram adicionadas sugestões aos questionários.

Tabela 2 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
RELATIVO À SESSÃO					
<i>Pertinência do tema</i>				7	12
<i>Meios audiovisuais utilizados</i>			1	9	9
<i>Duração da sessão</i>			1	11	7
<i>Pertinência do conteúdo para a prática</i>				1	18
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
RELATIVO AO FORMADOR					
<i>Clareza na comunicação</i>				3	16
<i>Domínio dos conteúdos</i>			1	4	14
<i>Capacidade na transmissão de conhecimentos</i>				5	14
<i>Relação com os participantes</i>				2	17

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: Relativo à Sessão.

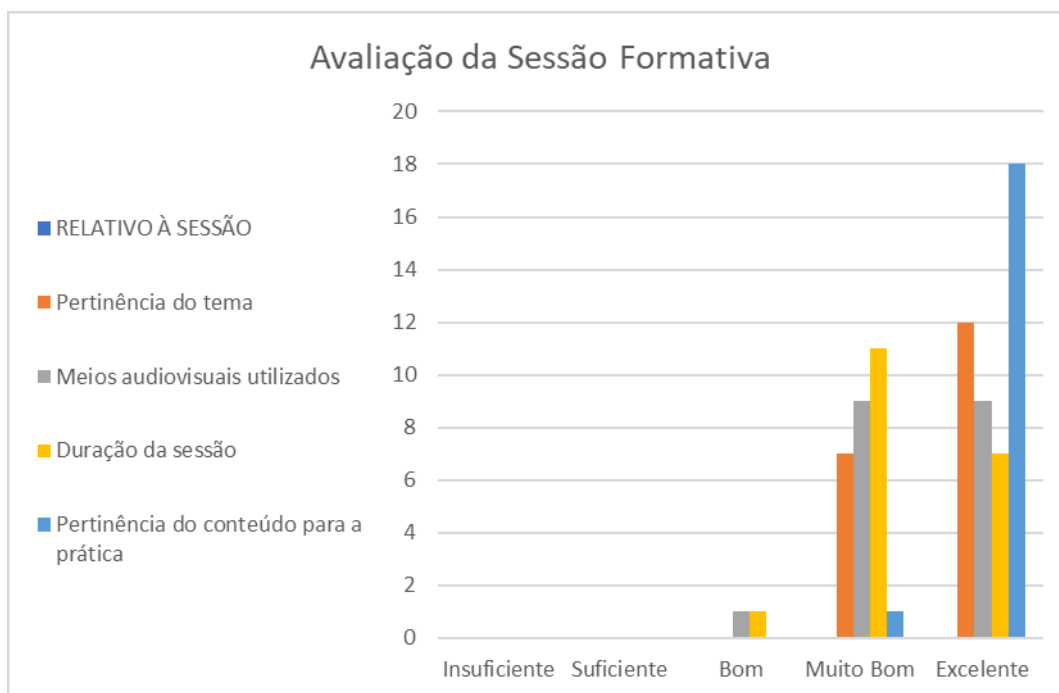
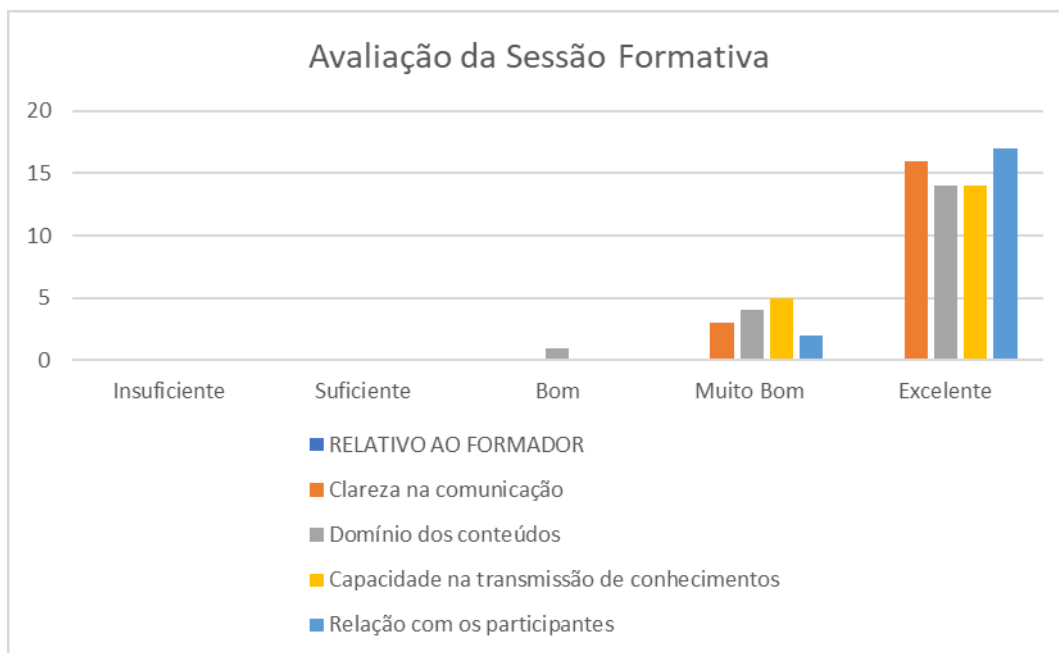


Gráfico 2 – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: Relativo ao Formador.



5. Referencias bibliográficas:

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa. Lusodidata;
- Gouveia, J. (2005). *Manual de Avaliação de Formação*. Associação Empresarial de Portugal.

Apêndice XVII – Carrinho do Humor







Apêndice XVIII – Norma “Carrinho do Humor”

<i>Pediatria</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP – 3XXX	
------------------	--	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Carrinho do Humor
FINALIDADE:	Utilização do humor como intervenção de enfermagem com intencionalidade terapêutica, com recurso a material humoroso diversificado e indicada a cada idade-chave; controlo da dor através estratégias não-farmacológicas;
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem do Internamento Pediátrico
PALAVRAS-CHAVE:	Humor, Intervenção de enfermagem; brincar; criança; adolescente

Autor (es)	António Pereira (EESIP – UCP)	Data de elaboração	2019.12.30
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

<i>Pediatria</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP – 3XXX
------------------	--

REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão Nº	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração
1	Dezembro de 2020	Janeiro de 2020	António Pereira; Sara Jacinto	Carrinho do Humor

SIGLAS E ABREVIATURAS

OE – Ordem dos enfermeiros

DESCRIÇÃO

1. Conceitos

O humor caracteriza-se pela aptidão de criar um ambiente de relaxamento e prazer, de modo a desconstruir situações com a intenção de ajudar a tranquilizar, aliviar a tenção e preocupações e incentivar a relação terapêutica e de confiança. Este auxilia na desdramatização, enfrentar episódios de tristeza, desilusão e desespero através do estímulo de expressões positivas como o sorriso, a alegria, o prazer e bem-estar (OE, 2013). O humor tem também um importante papel na função fisiológica. É uma importante adjuvante no desenvolvimento físico, cognitivo, verbal e psicossocial, especialmente em crianças. Seja através de objetos, situações ou pessoas, o humor potencia o riso e o bem-estar e está descrita como um dos fatores mais fortalecedores e saudáveis no dia-a-dia (Sim, 2015). Este potencia a promoção da saúde e prevenção da doença e, tal como no adulto, ajuda a ganhar a confiança da criança nos profissionais de saúde, reduz o medo e ansiedade perante o internamento, controla a dor em procedimentos invasivos, ajuda a relaxar e confortar. É igualmente eficaz na redução de stress parental e na proximidade da relação enfermeiro-criança-pais (José, 2012). As intervenções humorísticas têm inúmeras vantagens subjacentes: têm um efeito rápido, não necessita de posologia, não possuem efeitos secundários ou preço elevado. Como tal, podem-se implementar com relativa facilidade, com uma boa relação custo-benefício (Kim, 2018).

Tal como qualquer cuidado de enfermagem, as intervenções de base humorísticas fomentam um raciocínio lógico, com diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação de resultados. Inicialmente o enfermeiro avalia a necessidade de utilização deste tipo de intervenção. Quando possível, uma colheita de dados sobre o tipo de humor que a criança mais gosta e o que acha mais engraçado é uma estratégia adequada. Na intervenção humorosa, os trocadilhos/jogos de palavras, partilha de histórias/ experiências humorísticas, e uso de dispositivos humosos são atividades preferidas para o sucesso (Sousa & José, 2013).

Uma das estratégias sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros (2013), validado posteriormente pelo estudo de Sousa & José (2013) incide na construção de Kit composto por uma coletânea de matérias humorísticos, didáticos e lúdicos. Entre as diversas opções, são aconselhados Livros, chapéus, narizes, óculos, jogos, compendio de anedotas, musica, fantoches/bonecos, entre outros.

Segundo José (2010), o “carro do humor” deve ser devidamente equipado de livros, flores, narizes, materiais humorísticos, jogos, brinquedos para as diversas idades e até mesmo filmes. Este deverá deslocar-se entre os diversos quartos e ser utilizado cada vez que a enfermeira identificar necessidades de uma intervenção humorosa. Este tipo de ação permite não só um correto controlo não-farmacológico da dor, mas também a aprendizagem de técnicas para diminuição do medo, ansiedade da criança e pais (tal como supracitado), receios associados à hospitalização e desenvolvimento de capacidades cognitivas, comportamentais e sensoriais. Focalizado para a população infantojuvenil, os brinquedos (em especialmente os de caracter clinico como seringas e estetoscópio) ajudam a criança superar o medo da hospitalização, de cirurgias ou de procedimentos invasivos, modificando as conceções erradas das crianças e pai relativamente à situação de doença (OE, 2013).

O “Carrinho do humor” está dividido entre 4 gavetas, correspondente às diversas faixas etárias: 1ª Infância, 2ª Infância, Idade Escolar e Adolescência. Nessas divisórias, tal como a Ordem dos Enfermeiros (OE) sugere, os materiais humorísticos estão distribuídos pelas idade-chave supracitadas, de modo a que a enfermeira possa escolher com rapidez que item usar. O seguinte quadro (tabela 1) expõe o conteúdo escolhido em cada divisória, tendo como base o Guia orientador das boas práticas - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE. Apesar de o mesmo material humoroso poder ser usado em diversas faixas etárias, optou-se por diversificar o máximo possível, dando assim um leque de escolha ao utilitário desta estratégia. As gavetas estão devidamente identificadas (Apêndice 1).

Quadro 1 - Conteúdo do “Carrinho do Humor”

Estádios de Desenvolvimentos	Material humoroso
1º Infância (0-3 anos)	Fantoche (cão) macio que reproduz som; bola anti-stress com cores, brinquedo macio com diversas texturas
2ª Infância (3-6 anos)	Tiaras de princesa, varinha mágica, máscara (de super-herói) de papel, cavalo com dói-dói; bolas de sabão; medalhas de bom comportamento;
Idade Escolar (6-11 anos)	Máscara para colorir, cavalos de brincar; letras e números magnéticos; bolas de sabão; medalhas de bom comportamento; moinho de vento colorido;
Adolescência (12-18 anos)	Óculos grandes (2); colar de havaiana; livro de adivinhas; compêndio de anedotas

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José, Helena (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-56-1;

José, Helena. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;

Kim, SangHee, et al. (2018). The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of schooled children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.001>;

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boas praticas – estratégias não farmacologias da dor na criança*. Serie 1 (6). ISBN: 978-989-8444-23-3;

Sim, In Ok. (2015). Humor intervention program for children with chronic diseases. *Applied Nursing Research*, 28, 404-412.

Sousa, Luis & José, Helena (2013). Revisão integrativa sobre a intervenção do humor em enfermagem. *Revista de Ciências Médicas*. 9. 307-308;

Apêndices

Apêndice 1 – Identificação das gavetas do Carrinho do Humor

ADOLESCÊNCIA

IDADE

ESCOLAR

2ª

INFÂNCIA

1ª

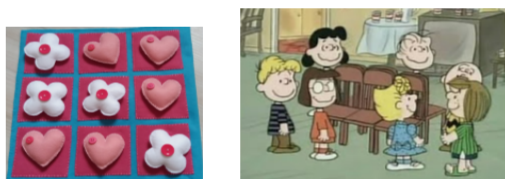
INFÂNCIA

Apêndice XIX – Folheto Brincar

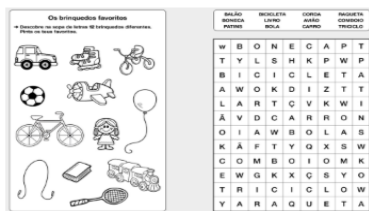
2 - 7 Anos

7 Anos

Aos 7 anos, a criança já frequenta o ensino básico. Brincadeiras com os amigos são as mais indicadas. Fazer aviões de papel, saltar à corda, desenhar, pintar em grupo, “jogo do galo”, “jogo do macaquinho do chinês”, mimica, jogo das cadeiras são alguns exemplos do que pode fazer.



Jogos de tabuleiro, dominó, damas e xadrez são opções para os pais brincarem com os filhos e para estimular o raciocínio. Jogos como o STOP, sopa de letras ou labirinto estão incluídos em cadernos de atividades infantis.



Nome	Cor	Fruta	Animal	Local

Para esclarecimentos de dúvidas, contacte a sua Enfermeira de referência ou com alguma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Brincas comigo?



Sabia que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha cada vez menos tempo em frente à televisão? E cada vez mais tempo a brincar com o seu filho?

Idade-chave	Tempo recomendável
2 - 5 anos	Menos de 1 hora
5 - 7 anos	Conforme regras de utilização combinadas com os pais

Brinque com o seu filho. Vai ajudá-lo a ser um adulto mais saudável!

Realizado por: António Pereira, estudante do Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica..

Professora Tutora: Margarida Lourenço

Como brincar com
o seu filho?
Dos 2 aos 7 anos

2 - 7 Anos

2 Anos - 3 Anos

Se já lhe contava histórias, agora é a vez da criança participar nelas. Deixe-a acrescentar algo, contar à sua maneira. Fazer jogos simbólicos como o “faz de conta”. Brincar em grupo ajuda a criança a perceber as regras. Manter a pintura e desenho (canetas laváveis e não tóxicas).



Aos 3 anos, a criança prefere atividades físicas: correr, saltar, andar de triciclo, permitindo ajudar no desenvolvimento motor. Ajude o seu filho a saber partilhar e emprestar os seus brinquedos. Está na altura de começar no jardim infantil e é fundamental a amizade com outras crianças da mesma idade.



2 - 7 Anos

4 Anos

Nesta fase, a construção de legos e *puzzle* é ainda mais essencial para desenvolver o raciocínio lógico. Brinque com ela, ajude a completar um *puzzle* difícil. Dar reforços positivos e elogiar sempre que a criança termine a tarefa.



Mantenha brincadeiras com música e dança. Pode ser uma boa altura para o “jogo da macaca”, ou jogos tradicionais. Seja com desenho ou brincadeiras com atividade física, é importante dar a entender as regras à criança e brincar em grupo.



2 - 7 Anos

5 Anos - 6 Anos

Com esta idade, a criança deve insistir em brincadeiras que envolvam canções, dizer as cores e pintura. Ensine a usar uma tesoura, sempre com vigilância e deixe recortar as diversas formas geométricas de várias cores ou números.



Os jogos de computador, telemóveis e tablets podem ser utilizados mas por um curto espaço de tempo. O ideal é a existência de regras de utilização. Incentive jogos de grupo com os amigos e família, ou jogos de tabuleiro (o jogo da memória é uma boa opção). Seja criativo. Use a plasticina por exemplo.



Brincar ao ar livre ou no parque infantil (como andar de escorrega, baloiço) é igualmente bom como exercício físico.



1 - 2 Anos

18 meses - 24 meses

Aos 24 meses, é importante a coordenação motora. Jogos e atividades físicas como o “jogo da apanhada”, o “jogo das escondidas” ou “pé coxinho” são os preferidos e aconselháveis. Jogue com uma bola com a sua criança. Desenhe com o seu filho, dê tintas laváveis e não tóxicas para colorir.



Ofereça jogos de construção e encaixe ou de lógica como *puzzles*. Comece a introduzir regras nos jogos. Estimule o pensamento mágico e fantástico da criança, contando-lhe histórias.



Para esclarecimentos de dúvidas, contacte a sua Enfermeira de referência ou com uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Sabia que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha cada vez menos tempo em frente à televisão? E cada vez mais tempo a brincar com o seu filho?

Idade-chave	Tempo recomendável
1 Ano	Não recomendável
2 Anos	Menos de 1 hora

Brinque com o seu filho. Vai ajudá-lo a ser um adulto mais saudável!

Realizado por: António Pereira, estudante do Curso de Mestrado e Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Professora Tutora: Margarida Lourenço

Brincas comigo?



**Como brincar com
o seu filho?
Dos 0 aos 2 anos**

0 - 1 Ano

0 Meses - 6 Meses

Nesta fase inicial, o seu bebé gosta de cores diversas e sons suaves. Atividades como o cantar e o embalar ao colo são prazerosas e ajuda na vinculação parental. Pode usar uma roca, uma cadeira de baloiço, um tapete de atividades ou peluche com música.



Aos 6 meses, é aconselhável oferecer bolas com cores vivas e cubos com arestas arredondadas (Atenção às peças pequenas. Não ofereça! Veja a idade aconselhada).

Ensine-o a passar um brinquedo de uma mão para a outra. Se o brinquedo tiver mordedor, pode ajudar no crescimento dentário. Incentive o seu bebé a deslocar-se num tapete próprio, espalhe os brinquedos adequados à idade para poder procurar.



0 - 1 Ano

6 Meses - 12 Meses (1 ano)

Com 9 meses, brinque ao “cuco” (tape e destape o rosto), dê materiais com novas texturas. Faça jogos repetitivos como bater palmas ou imita sons de animais para o bebé reproduzir.



Como ele já se senta, deixe os brinquedos num espaço delimitado, ao seu alcance.



Aos 12 meses/1 ano, continue a incentivar brinquedos coloridos e fáceis de manobrar. Pode e deve estimular o caminhar da criança com brincadeira. Não são indicados andarilhos para bebé (aranhas), atrasa o gatinhar e andar .



1 - 2 Anos

12 Meses - 18 Meses

Agora que a criança sabe gatinhar/andar, pode dar uma bola para jogar de forma a estimular os movimentos. Ofereça-lhe vários brinquedos, deixe que decida com qual brincar. Brinquedos para montar ou argolas de encaixe são importantes para aprender a manobrar peças por ordem.



Ensine a desenhar no papel ou na areia. Utilize lápis de tamanho adequado ou canetas laváveis e não tóxicas.

Incentive a construção de torres com cubos. Mantenha brincadeiras com muitas cores e música. Ensine o nome das zonas do corpo enquanto brinca.



Apêndice XX – Dinamização do Gabinete de Enfermagem



ANEXOS

ANEXO I – Menção Honrosa



II^{as} Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Certificado

António Pereira

Foi-lhe atribuída a PRIMEIRA MENÇÃO HONROSA com a apresentação da seguinte COMUNICAÇÃO LIVRE: "Estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e adolescente uma scoping review" em co-autoria com Margarida Lourenço, nas II^{as} Jornadas de Enfermagem - Cuidado Centrado na Pessoa, que decorreram nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

C. da Silva Costa

Presidente da Comissão Científica

A. da Silva

Presidente da Comissão Organizadora

Com o apoio de:

