



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

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

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
EM PEDIATRIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA**

Por

Inês Russo Lopes

Lisboa - 2021



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

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

**HUMANIZATION OF NURSING CARE IN THE  
PEDIATRICS: PERFORMANCE OF THE SPECIALIST  
NURSE**

Por

Inês Russo Lopes

Sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Elisabete Nunes

Lisboa - 2021



“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas mas, ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana” (Carla Jung, s.d)



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Elisabete Nunes por me ter acompanhado e guiado ao longo de todo este meu percurso.

Às enfermeiras orientadoras, pelo conhecimento e disponibilidade constante para a concretização dos objetivos propostos para este projeto.

Às minhas amigas, pelo incentivo e motivação dada em momentos de maior *stress* e compressão pelos encontros adiados.

Um obrigada do tamanho do mundo aos meus pais, pois foram eles que me deram tudo para que pudesse chegar até aqui.

Ao João Pedro, pela paciência e apoio que se relevaram essenciais para a conclusão deste projeto.

A todas as crianças, pelo amor e alegria que transmitem, este projeto também é delas.



## RESUMO

A humanização dos cuidados é um conceito central para a prática de enfermagem de excelência. Neste sentido, falar de humanização em enfermagem é falar do cuidado ao outro, sendo ele um ser humano com várias dimensões. Com o avanço da tecnologia o cuidado tem-se focado muito na realização de procedimentos técnicos, levando à desumanização dos mesmos, evidenciando assim a importância desta temática. A humanização dos cuidados em pediatria ganha especial relevância pois as crianças encontram-se em pleno desenvolvimento e a sua imaturidade leva a que sintam dificuldade em compreender/lidar com os cuidados de enfermagem que lhe são prestados, especialmente os dolorosos. A família é um recurso essencial para a criança e para o enfermeiro, uma vez que a prestação de cuidados em pediatria é caracterizada por cuidados centrados à família e em parceria com a mesma, sendo também ela alvo de cuidados.

O objetivo geral foi desenvolver competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica à luz da teoria humanística de Paterson e Zderad, em diversos contextos, de forma a contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem em pediatria. Com recurso à metodologia de projeto, foram traçados objetivos específicos e atividades personalizadas a cada contexto, com enfoque na criança/família e profissionais de saúde, tendo em conta a evidência científica. Assim, foram elaborados cartazes informativos, documentos orientadores, sessões de formação assim como aplicadas estratégias facilitadoras e promotoras do diálogo entre enfermeiro-cliente como realização de video-chamadas e utilização do brinquedo terapêutico.

O presente relatório permite uma análise reflexiva e crítica sobre as atividades desenvolvidas e de que forma estas contribuíram para a aquisição de

competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, tendo como resultado a humanização dos cuidados em pediatria.

**Palavras-chave:** humanização dos cuidados; enfermagem pediátrica

## **ABSTRACT**

The humanization of care is a central concept for excellent nursing practice. In this sense, talking about humanization in nursing is talking about caring for the other, being a human being with several dimensions. With the advancement of technology, care has been very focused on carrying out technical procedures, leading to their dehumanization, thus highlighting the importance of this theme. The humanization of pediatric care gains special relevance as children are in full development and their immaturity leads them to experience difficulty in understanding / dealing with the nursing care provided to them, especially painful ones. The family is an essential resource for the child and the nurse, since the provision of care in pediatrics is characterized by care centered on the family and in partnership with the family, being also the target of care.

The general objective was to develop skills as a specialist child and pediatric health nurse in the light of the humanistic theory of Paterson and Zderad, in different contexts, in order to contribute to the humanization of pediatric nursing care. Using the project methodology, specific objectives and activities tailored to each context were outlined, focusing on the child / family and health professionals, taking into account the scientific evidence. Thus, informative posters, guiding documents, training sessions were developed, as well as strategies to facilitate and promote dialogue between nurse-clients, such as making video calls and using the therapeutic toy.

This report allows for a reflective and critical analysis of the activities developed and how they contributed to the acquisition of skills as a specialist child and pediatric health nurse, resulting in the humanization of pediatric care.

**Keywords:** Humanization of care; Pediatric nursing



## **LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**EESIP** – Enfermeira Especialista Em Saúde Infantil E Pediátrica

**EPI** – Equipamentos De Proteção Individual

**JBI** – Joanna Briggs Institute

**JCI** – Joint Commision International

**IAC** – Instituto de Apoio à Criança

**OE**- Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada Na Evidência

**PNH** – Política de Humanização dos Cuidados

**RN** – Recém-Nascido

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPN** – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

**SPP** – Sociedade Portuguesa de Pediatria

**TIP** – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

**UCIPED** – Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa



# ÍNDICE

	Página
<b>0.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	23
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	27
1.3 HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ATÉ IDADE PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA: SCOPING REVIEW .....	32
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
2.1 CONTEXTO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA .....	36
2.2 CONTEXTO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS PEDIÁTRICOS.....	42
2.3 CONTEXTO III: UNIDADE DE NEONATOLOGIA.....	53
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE I: Humanização Dos Cuidados De Enfermagem À Criança Até Idade Pré-Escolar E Família: Scoping Review .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE II: Apêndice Ii: Reflexão Crítica: Brinquedo Terapêutico .....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE III: Cartaz História Ilustrada .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE IV: Guia De Acolhimento Recém-Nascido De Mãe Com Infecção Por Covid-19 .....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE V: Reflexão Crítica: Video-Chamada .....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE VI: Plano De Atuação Em Contexto De Pandemia Covid-19 Ao Neonato.....</b>	<b>145</b>

<b>APÊNDICE VII: Pin's.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICE VIII: Avaliação Do Ruído Na Unidade Neonatal .....</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE IX: Ação De Formação “O Impacto Do Ruído No Recém-Nascido Numa Unidade Neonatal” .....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>189</b>
<b>ANEXO I: Certificado De Participação Iii Seminário Internacional Do Mestrado Em Enfermagem .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO II: Certificado Curso De Triagem De Manchester .....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO III: Instrumento De Avaliação Da Sessão De Formação.....</b>	<b>199</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
<b>FIGURA 1</b> – Diagrama da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad.....	31





## 0.INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório está inserida na unidade curricular “Estágio e Relatório Final” do 3º semestre do 13º curso de mestrado em enfermagem e especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019). Assim, ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) acrescentam competências específicas e dirigidas ao seu grupo-alvo – crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade (com exceção de casos de doença crónica, incapacidade ou deficiência, podendo ir até aos 25 anos de idade) e sua família – onde a prestação de cuidados, segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é caracterizada pela “(...) segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente.” (OE, 2018).

Assim, o presente relatório de estágio tem como objetivo analisar e refletir, com base na evidência científica, as atividades realizadas durante o estágio e de que forma estas conduziram à aquisição de competências de EESIP. O estágio foi realizado em diversos contextos, onde a temática de interesse desenvolvida foi a humanização dos cuidados de enfermagem em pediatria. A escolha da temática prende-se pelo meu interesse pessoal e pela sua aplicabilidade na prática, em todos os contextos de prestação de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Como referencial teórico foi utilizada a teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, uma vez que esta permite implementar e avaliar ações, com foco na comunicação e respeito entre enfermeiro e cliente.

Tendo em consideração a temática de interesse e, articulando-a com o referencial teórico, foi definido como **objetivo geral** para o estágio, em todos os seus contextos, o seguinte: desenvolver competências de ESSIP no âmbito da humanização dos cuidados de enfermagem à luz da teoria Humanística.

Assim, foi utilizada a metodologia de projeto onde foram definidos objetivos específicos e respectivas atividades para cada contexto de estágio, através do diagnóstico de situação realizado, tendo por base a evidência científica.

Quanto à estrutura do presente relatório, no primeiro capítulo - fundamentação teórica - será realizado o enquadramento conceptual sobre a pertinência da temática, contextualizando-a, bem como a definição de diversos conceitos centrais sobre a mesma. De seguida, será apresentado o enquadramento teórico com a teoria Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad. Ainda neste capítulo, irá ser apresentada a *scoping review* realizada sobre “Humanização dos cuidados de enfermagem à criança até idade pré-escolar e família” segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Briggs, J., 2015) e apresentados os resultados obtidos.

No segundo capítulo, será realizada uma breve descrição dos contextos de estágio, apresentados os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas, fundamentando-as através das necessidades identificadas no diagnóstico de situação e evidência científica, assim como, as competências de ESSIP desenvolvidas com a realização das mesmas.

Por último, serão realizadas as considerações finais sobre todo o percurso desenvolvido realçando as competências desenvolvidas para aquisição do título de mestre em enfermagem e EESIP, quais as dificuldades sentidas, de que forma foram ultrapassadas e principais conclusões.

Os documentos elaborados durante todo este percurso académico

encontram-se em apêndice, demonstrando todo o trabalho desenvolvido, sustentando algumas das competências adquiridas.

As referências bibliográficas foram realizadas segundo a Norma APA, 6<sup>a</sup> edição e de acordo com o novo acordo ortográfico.



# 1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA

Neste capítulo será abordado o conceito “humanização dos cuidados em enfermagem” de um modo global e, posteriormente, será desenvolvido e aprofundado em contexto de enfermagem pediátrica. Será também apresentada a Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad, sendo o alicerce para a prática e, por fim, a revisão da literatura (*scoping review*) realizada sobre esta mesma temática.

## 1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1.1 Humanização dos Cuidados em Enfermagem

A humanização dos cuidados é um conceito central e essencial para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e excelência, onde o enfermeiro possui um papel de destaque, pelo que, segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), no artigo 89.º Da humanização dos cuidados, o enfermeiro assume “(...) o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. (p.143)

O rápido avanço da tecnologia e a sua aplicabilidade no campo da saúde, principalmente a partir da segunda metade do século XX, conduziram a inúmeros ganhos em saúde, no entanto levou a que os cuidados de saúde prestados se resumissem a procedimento técnicos, com objetivo de cumprir algo mecânico, com por exemplo puncionar uma veia periférica ou administrar terapêutica (Barbosa & Silva, 2007). A essência dos cuidados de enfermagem - o cuidado ao outro - é caracterizada pela relação de ajuda, com base numa atitude humanizada através de uma relação inter-humana que tem ficado esquecida (Freitas, 2017). Logo, é

necessário encontrar proporcionalidade entre o cuidado ao outro e toda a tecnologia disponível. Este equilíbrio passa pela fusão das competências do saber técnico-científico e o domínio das tecnologias com a humanização do cuidado, tendo como resultado cuidados de enfermagem de qualidade (Luiz, Caregnato & Costa, 2017). Segundo Waldow & Borges (2011), humanizar os cuidados significa cuidar do outro, sendo algo inerente à essência do ser humano, no entanto, de forma consciente, reunindo assim a componente racional e sensitiva. Já Boto (2014) defende que o conceito de humanização passa pela criação de uma relação efetiva entre enfermeiro-cliente, pelo acolhimento, sensibilidade, respeito e compreensão, não se resumindo apenas à aplicação de intervenções de enfermagem.

Sendo a prestação de cuidados de enfermagem dirigida à pessoa torna-se crucial entender o ser humano como alguém que não apresenta exclusivamente necessidades biológicas (Barbosa & Silva, 2007). O conceito de pessoa é definido por Paterson e Zderad (1979) como um ser humano holístico, composto por diversas dimensões, dinâmico, criativo e com a capacidade de assumir responsabilidades sobre ele mesmo. Segundo a OE (2005) a pessoa é definida como um “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (p.145) reforçando a importância do cuidado de enfermagem holístico.

A humanização dos cuidados de enfermagem tem sido reconhecida, a nível mundial, como um dos pilares necessário desenvolver para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Assim, em 2003, no Brasil foi criada uma Política Nacional de Humanização (PNH) onde define humanizar como o ato de oferecer aos indivíduos um atendimento de qualidade através da articulação entre a tecnologia existente e o acolhimento, a melhoria do ambiente onde é realizada a prestação de cuidados bem como das condições de trabalho dos profissionais (Carvalho, et al., 2015). Em Portugal esta temática teve especial destaque em 2019, através da realização do encontro “Compromisso para a Humanização Hospitalar

– Por um SNS mais Humanizado”, onde vários hospitais de diversos pontos do país se comprometeram, através da assinatura de um documento, em avaliar e consolidar práticas e relações interpessoais humanizadas em ambiente hospitalar.

A pandemia mundial que estamos a enfrentar provocada pelo vírus SARS-CoV-2 obrigou a alterações e reestruturações a nível mundial em todos os setores, principalmente os que, direta ou indiretamente, estão relacionados com a prestação de cuidados de saúde. O nível das necessidades de saúde da população aumentou exponencialmente, onde, muitas das vezes, não é possível dar resposta mantendo a mesma excelência e qualidade dos cuidados anteriormente prestados, quer pela falta de recursos humanos quer materiais. Com toda esta situação, a humanização dos cuidados tem sido deixada para atrás, pelo que se torna uma temática de especial importância, sendo necessário relembrar que o cuidado humanizado ao outro é um dos deveres do enfermeiro. É importante adaptarmos a esta nova realidade tirando proveito de toda a tecnologia em prol da melhoria dos cuidados de saúde prestados à população de forma a promover a sua humanização, principalmente durante a pandemia mundial que estamos a viver.

A humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico tem especial importância, isto pela imaturidade da criança em compreender tudo o que lhe está a acontecer, desde a própria situação clínica, à realização de procedimentos a que irá estar sujeita (Esteves, Antunes & Caires, 2014), pelo que se torna evidente a sua aplicação em todos os contextos de prestação de cuidados à população pediátrica. Assim, é papel do EESIP possuir conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil de forma a adequar a sua intervenção ao estadió de desenvolvimento de cada criança, compreendendo a sua forma de ver o mundo e de interpretá-lo, minimizando o sofrimento da mesma ao máximo, utilizando na sua comunicação com a criança e a família técnicas apropriadas. (Regulamento nº 123/2011, 2018). A hospitalização de uma criança, por exemplo, é uma das situações que, na grande maioria das vezes é encarada de forma negativa

e, segundo Serra (2019), confere vulnerabilidade quer à criança doente quer à família. As crianças ao serem colocadas, de forma inesperada num contexto de prestação de cuidados desconhecido, pode levar ao aumento do sentimento de medo e insegurança da criança, criando ansiedade na família, influenciando-se mutuamente (Serra, 2019). Relativamente ao contexto de cuidados de saúde primário, Cardoso, et. al (2018) dá destaque a importância da humanização dos cuidados através do acolhimento para a preparação da criança e família para a administração de vacinas.

Assim, o “cuidar” de forma humanizada em pediatria significa incluir a própria criança no cuidado de enfermagem, tendo em conta a sua capacidade de compreensão sobre tudo o que a rodeia/experiencia, mas também envolver a família considerando a criança e a família como um só cliente (Boto, 2014). O regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (2018) descreve que o enfermeiro especialista trabalha

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

Assim, uma prestação de cuidados humanizada acontece quando os profissionais de saúde encaram os pais como parceiros de cuidados. (Boto, 2014)

Em 1988, foi criada a Carta da Criança Hospitalizada por diversas associações europeias, onde foram definidos os 10 direitos que a criança hospitalizada possui, incluindo o direito à comunicação adequada com a criança e família sobre o processo de saúde-doença (IAC, 1988) e à presença dos seus pais, devendo mesmo estes serem encorajados a ficar junto do seu filho sem qualquer encargo financeiro ou perda de salário (IAC, 1988), reforçando assim algumas estratégias referidas anteriormente para humanização dos cuidados em contexto pediátrico.

É notório que a humanização dos cuidados de enfermagem, especialmente tendo em consideração o contexto pediátrico, é um conceito extremamente complexo, influenciado por diversos fatores, onde o enfermeiro necessita de competências e conhecimentos específicos sobre a sua população-alvo de forma a prestar cuidados de enfermagem humanizados e de qualidade, tornando-se evidente a pertinência da temática, permitindo contribuir para a concretização do **objetivo geral** de estágio – desenvolver competências de EESIP no âmbito da humanização dos cuidados à luz da teoria Humanística.

## 1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.2.1 Teoria Humanística em Enfermagem de Paterson e Zderad

A Teoria Humanística de Enfermagem (Figura 1) foi criada por Josephine Paterson e Loretta Zderad em 1976 tendo como principal objetivo “compreender os fundamentos e significados humanos da enfermagem, através da exploração da sua relação com o seu contexto humano” (Ordahi, 2006, p.34) pelo que, as perguntas centrais para o desenvolvimento desta teoria são as seguintes: “como as enfermeiras e os pacientes interagem? E como podem as enfermeiras desenvolver a base de conhecimento para as situações de enfermagem?” (Pagliuca & Campos, 2003, p.654). Assim, a teoria humanística de enfermagem é composta por três conceitos principais - diálogo, comunhão e enfermagem fenomenológica - que irão ser abordados ao longo do enquadramento teórico.

Tendo em consideração as perguntas orientadoras e o conceito diálogo torna-se evidente a preocupação no estudo da interação entre enfermeiro-cliente, pelo que esta teoria se enquadra no paradigma da Escola da Interação, procurando dar importância à integridade humana em oposição à mecanização e desumanização (Pagliuca & Campos, 2003). Assim, o diálogo é o veículo que a enfermeira e o cliente utilizam para comunicar e conseqüentemente relacionar-se, compartilhando diversas mensagens verbais e não verbais (Silveira & Fernandes,

2007), tornando o diálogo um processo dinâmico (diálogo vivido) que inclui o encontro, relacionamento, presença, chamado e resposta. O encontro entre enfermeira-cliente é caracterizado por Silveira & Fernandes (2007) como algo aberto e profundo, com algum grau de intimidade que influencia ambos os elementos do encontro. O relacionamento está diretamente ligado ao conceito de enfermagem humanística, pelo que existem dois tipos de relacionamento sendo eles: sujeito-sujeito (EU-TU) e sujeito-objeto (EU-ISSO), que serão apresentados mais à frente. Segundo Pagliuca & Campos (2007), a presença é a capacidade do ser humano em estar receptivo e disponível para a outra pessoa de forma recíproca. Por fim, o chamado e a resposta representa uma necessidade sentida pelo cliente à qual a enfermeira dá resposta com intenção de ajudar e compreender o outro (Silveira & Fernandes, 2007).

No final de todo este processo, a enfermeira-cliente chegam à comunhão, isto é, em conjunto são definidos objetivos para obtenção de mais saúde, como que um plano de cuidados de enfermagem personalizado e adequado a cada ser humano e às suas necessidades. Assim, segundo Paterson e Zerad (1979) a meta da teoria humanística “é um maior bem-estar e estar-melhor para Enfermeiro e cliente, enquanto experienciam o processo de fazer uma escolha responsável.” (2003, p.35). Aplicando os metaparadigmas de enfermagem, a teoria humanística de enfermagem traduz-se da seguinte forma: “são os seres humanos reunidos em uma transação intersubjetiva (a relação, o diálogo) com um fim determinado (a saúde) que se dá no tempo e no espaço (ambiente), em um universo de homens e coisas” (Silveira & Fernandes, 2007, p.82)

Sendo o ser humano o agente principal no cuidado de enfermagem, podendo ser quem recebe ou presta os cuidados e um dos metaparadigmas de enfermagem, as teóricas sentiram necessidade de se apoiar na corrente filosófica do existencialismo, sendo esta definida como “uma abordagem filosófica, segundo a qual os indivíduos têm a possibilidade de livre escolha e, a partir dessa escolha, determinam a direção e o significado de sua existência” (Pagliuca & Campos,

2003, p.654). O existencialismo contribui para o desenvolvimento de uma enfermagem humanística, sendo esta constituída por três dimensões distintas: EU-TU; EU-ISSO, e NÓS. O EU-TU acontece quando a enfermeira conhece o outro intuitivamente, pelo que se caracteriza como uma relação sujeito-sujeito, isto é, ambos vêm-se como dois seres humanos que se relacionam através do diálogo de forma a responder aos chamados e respostas (Silveira & Fernandes, 2007). A dimensão EU-ISSO já compreende uma relação do tipo sujeito-objeto, sendo o objeto a pessoa alvo de cuidados de enfermagem e, simultaneamente, objeto de estudo do enfermeiro. Aqui a relação entre enfermeiro e cliente apresenta semelhanças na forma como as pessoas interagem com os objetos, sendo estes abertos à investigação, no entanto, o ser humano como objeto de estudo pode, ou não, dar-se a conhecer (Pagliuca & Campos, 2003). Por fim, o NÓS é o ponto de equilíbrio encontrado pelo enfermeiro e cliente na busca de um maior bem-estar, estando diretamente relacionado ao conceito comunhão descrito anteriormente, ou seja, é neste momento que ambas as pessoas se unem de forma a atingir um objetivo comum (Pagliuca & Campos, 2003).

No entanto, para a prática de uma enfermagem humanística é necessário um processo metodológico, o que permite aplicar a teoria humanística na prática de enfermagem assim como no processo de investigação e produção de conhecimento de enfermagem, sendo este designado por enfermagem fenomenológica. Esta é baseada na fenomenologia que é definida, segundo Paula, et. al. (2004), como o estudo dos aspetos de um fenómeno na totalidade das suas dimensões. Assim, a enfermagem fenomenológica tem como objetivo estudar a interação entre enfermeira-cliente e é composta por cinco fases, sendo elas: preparação da enfermeira em vir-a-conhecer, enfermeira conhece intuitivamente o outro, enfermeira conhece cientificamente o outro, enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas e, por fim, sequência no íntimo da enfermeira dos vários ao único paradoxal.

A primeira etapa ocorre antes da interação enfermeira-cliente, isto porque é necessário a enfermeira realizar uma auto-reflexão sobre o seu próprio eu, uma vez que não deixa de ser um ser humano e, por isso, está munida de opiniões e é necessário preparar-se para o desconhecido – “é o momento em que o ser que cuida em enfermagem volta-se para si mesmo, em um processo de questionamento” (Paula, et al., 2004, p.430).

A segunda etapa tem início com a interação entre enfermeira-cliente, onde a enfermeira procura conhecer o outro intuitivamente e de forma empática o que, segundo Padoin, citado por Paula, et al. (2004) é o momento de ver o mundo através dos olhos do outro, isto é, colocar-se no lugar do outro, tornando-se uma relação do tipo sujeito-sujeito (EU-TU).

Na terceira etapa a relação transforma-se em sujeito-objeto (EU-ISSO), pois a enfermeira procura analisar a experiência de forma crítica. A fenomenologia propõe que após ter conhecido o outro de forma intuitiva, a experiência vivida deve ser conceituada e expressa de acordo com o potencial do ser (Paula, et. al, 2004), de forma a atingir um maior bem-estar.

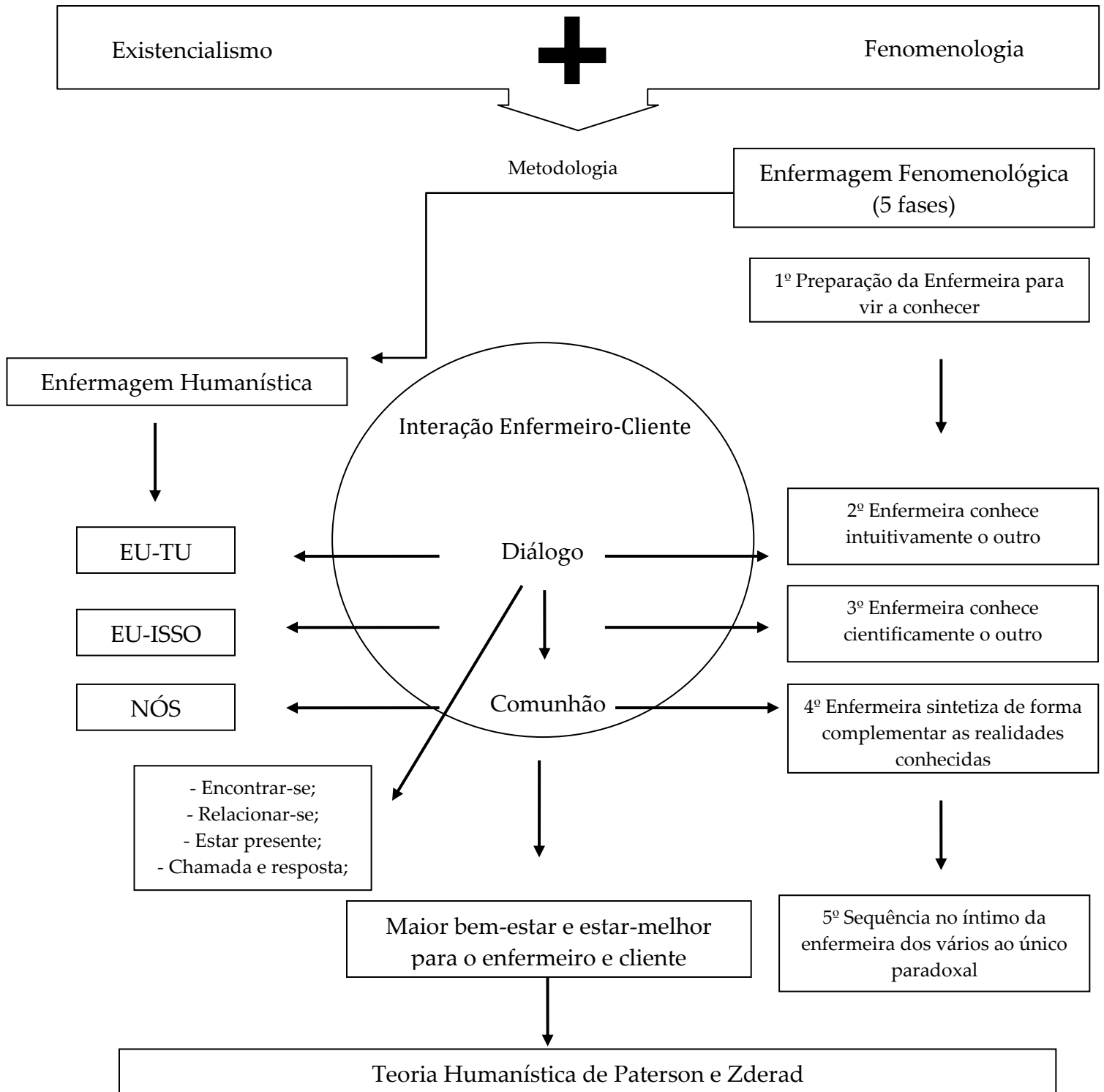
A quarta etapa trata-se do final da interação entre a enfermeira e o cliente onde se retiram conclusões sobre a experiência vivida comparando-a com outras já conhecidas atingindo a uma visão mais abrangente ao incluir o seu ponto de vista e do outro (Paula, et. al, 2004) que, segundo a enfermagem humanística trata-se da dimensão NÓS.

A última etapa da metodologia da enfermagem fenomenológica é considerada uma reflexão crítica do enfermeiro sobre o que experienciou, de forma de identificar lacunas e oportunidades de melhoria na sua prática – “é um crescimento de ideias estudadas, o qual impulsiona o saber e o fazer da enfermagem como um todo” (Paula, et. al, p.430), contribuindo para o estudo e desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem.

Assim, a comunicação é algo inerente ao ser humano, pelo que, é através do diálogo que a enfermeira consegue contribuir, em parceria, para um maior bem-

estar do cliente. Para além disso, o aprofundamento da teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad torna-se fundamental para atingir o **objetivo geral** de estágio mas também contribui para o desenvolvimento a nível pessoal e profissional de cada enfermeiro.

Figura 1 – Diagrama da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad



### 1.3 HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ATÉ IDADE PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA: SCOPING REVIEW

Para melhor aprofundamento do tema e utilizando a melhor evidência científica foi realizada, sob a forma de artigo, uma revisão da literatura científica – *scoping review*, segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Briggs, J., 2015) sobre a humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família (apêndice I). A mesma teve como objetivo mapear o conhecimento descrito na literatura sobre a humanização dos cuidados de enfermagem em crianças até a idade pré-escolar e família, tendo como questão orientadora da revisão: “quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados em crianças com idade até ao pré-escolar e família?”. A pesquisa foi efetuada tendo em conta o acrónimo PCC, onde:

- População: crianças até idade pré-escolar (0 aos 5 anos inclusive) e família. Os artigos selecionados resultantes da pesquisa realizada que não tinham definida a idade da população foram considerados pertencente à população definida por apresentarem intervenções de enfermagem adequadas à idade e desenvolvimento da população em estudo.
- Conceito: humanização dos cuidados sendo definida como uma resposta de uma pessoa para a outra que apresente uma necessidade, com o objetivo de atingir um maior bem-estar (George & colaboradores, 2000), através da interação enfermeiro-cliente.
- Contexto: todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e/ou família.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO e PubMed através da equação de pesquisa construída com descritores MeSh/CINHAL Headings e operadores booleanos AND e OR - ((Humanization) OR (Humanization of assistance) OR (Humanism) OR (humanized health care)) AND ((preschool, child) OR (family) OR (infant) OR (newborn, infant) OR

(premature, infant)) AND (nurs\*). Nas bases de dados Scielo Portugal e Scielo Brasil foram utilizadas equações de pesquisa com apenas três descritores, onde foram realizadas diversas combinações de forma a obter o maior número de artigos possível - (Humanização da Assistência) AND (Enfermagem) AND (Recém-nascido)/(Lactente)/(Pré-escolar)/(família). A pesquisa de literatura não publicada foi realizada através do Google Scholar e Relatório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

O processo de seleção de artigos é apresentado no fluxograma PRISMA, onde de uma amostra inicial de 143 artigos e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 17 artigos foram incluídos no estudo.

Dos resultados obtidos, estes foram agrupados em três categorias, sendo elas: intervenções de enfermagem promotoras da humanização relacionadas com prestação direta de cuidados de enfermagem à criança e família, distinguindo quais são dirigidas à criança até idade pré-escolar e quais são dirigidas à família; intervenções de enfermagem promotoras da humanização relacionadas com o ambiente; e intervenções promotoras da humanização relacionadas com a interação cliente-enfermeira.

Dos resultados obtidos destacam-se intervenções de enfermagem como o uso do brinquedo terapêutico, sucção não nutritiva, método canguru, controlo da dor e manipulação mínima para as crianças até idade pré-escolar; a inclusão dos pais na prestação de cuidados à criança é uma intervenção de enfermagem promotora da humanização de destaque na prestação direta de cuidados à família. Sobre o ambiente, conclui-se que este pode contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem através da redução do ruído e da luminosidade. E, por fim, a empatia e escuta ativa são as intervenções de enfermagem promotoras da humanização consideradas mais relevantes sobre a interação enfermeira-cliente.

Através da realização desta *scoping review* foi possível identificar diversas intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças até idade pré-escolar e família, sendo necessário divulgar as mesmas junto dos enfermeiros, assim como desenvolver mais conhecimento científico sobre esta temática em contexto de urgência pediátrica e consulta de enfermagem.

Também foi elaborado um póster científico sobre a investigação realizada, apresentando os seus objetivos, metodologia e principais resultados, tendo sido exposto no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa com o tema “Enfermagem Especializada: Protagonista no presente Inovadora no Futuro” a 28 de Novembro de 2020 (anexo I).

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer deste meu percurso acadêmico, para a obtenção do grau de mestre em enfermagem e enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, realizei um estágio em diversos contextos, tais como: serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intermédios pediátricos e serviço de neonatologia, de 07 de Setembro a 18 de Dezembro de 2020, num total de 360 horas de contato, complementadas com 20 horas de orientação tutorial, 20 horas em seminário e 350 horas de trabalho autónomo.

Em todos os contextos procurei aplicar e aprofundar a temática de interesse que tenho vindo a desenvolver – a humanização dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico -, articulando-a com a aquisição de competências de EESIP. Assim, defini como **objetivo geral e transversal** a todos os contextos o seguinte: desenvolver competências de EESIP no âmbito da humanização dos cuidados à luz da teoria humanística.

Para além disso, para cada contexto de estágio realizei um diagnóstico de situação onde foram identificadas necessidades e/ou oportunidades de melhoria, criando um **projeto de estágio** personalizado. Todos os projetos de estágio foram elaborados de forma metódica e estruturada, apresentando os **objetivos específicos** delineados tendo em conta o diagnóstico de situação anteriormente realizado, bem como as atividades desenvolvidas de forma a atingir os mesmos. Foram também definidos os recursos humanos e materiais necessários, assim como os indicadores de avaliação para cada atividade realizada. Todo este processo foi elaborado tendo sempre como fundamento a evidência científica mais recente, assim como os resultados obtidos na *scoping review* realizada, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica (PBE), sendo uma das competências de enfermeira especialista

(Regulamento nº 140/2019). No final de cada contexto de estágio realizei um portfólio reflexivo de forma a avaliar se os objetivos específicos definidos foram atingidos através das atividades desenvolvidas, de que forma contribuíram para a aquisição de competências de EESIP e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados através da humanização dos mesmos.

## **2.1 Contexto I: Serviço de Urgência Pediátrica**

### Descrição do contexto de estágio

O estágio respeitante ao serviço de urgência pediátrica foi realizado, em contexto de trabalho, entre 07 de Setembro e 07 de Outubro de 2020, num hospital da periferia da região de Lisboa, com um total de 119 horas de contacto. Em 2020, este hospital foi reacreditado pela 3ª vez pela Joint Commission International (JCI), uma das mais prestigiadas entidades acreditadoras independentes na área da saúde a nível mundial.

O serviço de urgência pediátrica, situado no piso 1, presta cuidados a todas as crianças até aos 18 anos, exclusive, com qualquer tipo de sintomatologia/patologia. No entanto, o funcionamento do serviço de urgência pediátrica sofreu diversas alterações devido ao vírus SARS-CoV-2, especialmente durante o decorrer do estágio onde, pela primeira vez, houve necessidade de criar circuitos distintos e reorganizar toda a dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar. Todas estas medidas efetuadas foram tomadas em conjunto com a comissão de controlo de infeção do hospital e equipa de saúde de forma a dar resposta às necessidades da população mantendo a segurança durante a prestação de cuidados. Assim, foram criados dois circuitos: o circuito COVID-19 e o circuito não COVID-19.

A triagem é realizada segundo o sistema de triagem de prioridades de Manchester, por um enfermeiro habilitado. Esta metodologia permite ao enfermeiro, através de uma análise rápida e em segurança, atribuir uma prioridade clínica de forma a guiar a tomada de decisão. Assim, é colocada uma

pulseira identificativa da criança com uma determinada cor, definindo a prioridade da mesma no serviço de urgência pediátrica.

A prestação de cuidados incide no método de parceria de cuidados de Anne Casey. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, assistentes operacionais, técnicos de exames complementares de diagnóstico e assistente social.

### Processo de desenvolvimento de competências

A humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência pediátrica está relacionada, segundo Neves et. al (2016), com a comunicação entre enfermeiro-criança de forma carinhosa, promovendo a expressão de sentimentos da criança, aumentando o sentimento de conforto e segurança da mesma. Segundo o mesmo autor, a ausência da humanização pode ter consequências negativas na recuperação clínica da criança, aumentando o tempo de permanência e comprometendo também os cuidados prestados.

Assim, é notória a importância da comunicação entre enfermeiro-cliente nos serviços de urgência pediátrica de forma a humanizar os cuidados de saúde prestados, pelo que, como **objetivo específico**, foi definido o seguinte: contribuir para uma comunicação eficaz entre enfermeiro-criança-pais através da humanização dos cuidados de enfermagem. Para tal, foram realizadas as seguintes atividades:

- Utilização do brinquedo terapêutico durante a prestação de cuidados à criança;
- Realização de uma reflexão crítica sobre a experiência de estágio sobre a utilização do brinquedo terapêutico;
- Elaboração de um cartaz informativo com história infantil sobre a importância da utilização de máscara e lavagem das mãos

A primeira atividade - utilização do brinquedo terapêutico durante a prestação de cuidados à criança – é selecionada, uma vez que, o brinquedo

terapêutico é identificado pela evidência científica como um instrumento facilitador da comunicação entre enfermeiro-criança, que permite ao enfermeiro conhecer os medos e sentimentos da criança, ajudando na diminuição da ansiedade da mesma e na sua preparação para a realização de procedimentos (Caleffi et al. 2016). Segundo Frota et. al (2007), o brinquedo terapêutico é descrito como uma ferramenta importante para a humanização dos cuidados.

Apesar de ser uma estratégia humanizadora dos cuidados já bastante estudada, não é muito utilizada pelos enfermeiros que, segundo Santos et. al (2017), está relacionado com a falta de tempo que os profissionais têm em aplicá-lo e com a escassez de recursos, tendo sido uma das dificuldades sentidas durante este contexto de estágio. Rolim, et. al (2017) também refere que a sobrecarga de trabalho nos contextos de prestação de cuidados é um dos fatores que dificultam a aplicação do brinquedo terapêutico. No entanto, quando tive oportunidade de o aplicar, obtive feedback positivo dos pais e maior colaboração da criança durante os procedimentos, mesmo os dolorosos. Com a realização desta atividade desenvolvi competências de EESIP como a necessidade de adaptar a comunicação ao desenvolvimento da criança tendo em conta as suas necessidades específicas. (Regulamento nº 123/2011, 2018)

Na segunda atividade, realizei uma reflexão crítica (apêndice II) segundo o ciclo de Gibbs sobre uma situação vivida neste contexto onde utilizei o brinquedo terapêutico, permitindo-me avaliar a minha prática e a melhorá-la, sendo uma competência de enfermeira especialista – “otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar”. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

A terceira atividade surgiu pelo uso obrigatório de máscara cirúrgica em meio hospitalar, para segurança de todos, pela situação atual de pandemia. É difícil explicar a uma criança a necessidade do uso de máscara pela existência de

um vírus que ela não consegue ver, isto pela sua imaturidade em compreender tal facto. (Esteves, Antunes & Caires, 2014) Assim, de forma a ajudar as crianças a compreenderem a importância do uso da máscara, a forma de comunicação escolhida foi a realização de um cartaz (apêndice III) com uma história ilustrada, com linguagem simples e clara, sobre o COVID-19 e de que forma nos podemos proteger do mesmo, utilizando a imaginação da criança como recurso. A escolha e utilização de uma história ilustrada é fundamentada pela literatura científica como sendo um instrumento facilitador da aprendizagem das crianças, levando à sua inclusão no cuidado de enfermagem prestado mas também possibilita a promoção da saúde (Rolim, et. al, 2017). Para além disso, se toda a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família for realizada por meio da criatividade e da arte, esta promove a relação e interação entre criança/família e os profissionais de saúde, assim como, uma comunicação mais eficaz entre ambos, levando à humanização dos cuidados. (Rolim, et. al, 2017). Este cartaz foi colocado nas salas de espera de ambos os circuitos, após aprovação da enfermeira chefe, de forma a abranger o maior número de crianças possível, obtendo um feedback positivo da equipa de enfermagem, dos pais e crianças, compreendendo e tolerando melhor o uso de máscara. Esta atividade possibilitou-me adquirir a seguinte competência de EESIP - “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.” (Regulamento nº 123/2011, 2018).

Analisando este **objetivo específico** à luz da teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad, o diálogo com as crianças foi um dos aspetos desenvolvidos, onde foi tida em consideração o seu ponto de vista/realidade, pelo que a forma de comunicação com as mesmas foi individualizada tendo em conta o seu desenvolvimento (uso do brinquedo terapêutico e criação da história infantil). Para além disso, a realização de uma reflexão crítica sobre a minha prática relativamente ao uso do brinquedo terapêutico reflete a metodologia (enfermagem fenomenológica) da enfermagem humanística.

Assim, após a realização das atividades descritas anteriormente, considero que este **objetivo específico** definido foi atingido com sucesso, contribuindo para a humanização dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto de estágio.

Como segundo **objetivo específico** defini: desenvolver competências de EESIP na área da gestão e melhoria contínua da qualidade no serviço de urgência pediátrica, através das seguintes atividades:

- Participação na realização de auditorias internas às passagens de turno;
- Colaboração na criação de circuitos COVID-19 e não COVID-19 no serviço de urgência pediátrica.

A primeira atividade permitiu-me participar e realizar auditorias às passagens de turno no serviço de urgência pediátrica, sendo esta realizada sob a metodologia ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações). Foi utilizado o modelo de avaliação da instituição com critérios de avaliação previamente definidos e estive sempre acompanhada pela enfermeira responsável pelas auditorias, permitindo-me evoluir positivamente na realização das mesmas de forma rigorosa, assim como adquirir competência de EESIP relacionada com a participação em auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

A realização da segunda atividade resultou da necessidade de criação de dois circuitos distintos no serviço de urgência pediátrica pelo contexto de pandemia por COVID-19, onde participei de forma ativa no planeamento dos mesmos, com a enfermeira chefe do serviço de pediatria e enfermeira responsável pelo serviço de urgência pediátrica. Assim, cada circuito possui um posto de triagem, sala de tratamentos e gabinetes de observação médica distintos. Foram também definidos sinais e sintomas de forma a alocar cada criança a um circuito específico, ou seja, quando uma criança realiza a inscrição no serviço de urgência pediátrica é realizada uma “pré-triagem” pelo administrativo de forma a saber se a criança apresenta sintomas como febre, tosse, rinorreia e/ou dificuldade

respiratória. Se apresentar algum destes sintomas a criança é sempre encaminhada para o circuito COVID-19, caso contrário fica alocada ao circuito não COVID-19. Como salas de apoio a ambos os circuitos existem o armazém, onde está todo o material necessário para a prestação de cuidados, sala dos limpos, sala de sujos e sala de reanimação. A sala de reanimação não está alocada a nenhum circuito de forma a prestar cuidados de saúde em situações mais emergentes, independentemente da sintomatologia apresentada pela criança, sendo desinfetada entre utilizações. O circuito não COVID-19 possui a particularidade de realizar a triagem de mulheres que recorram ao serviço de urgência ginecológica e obstétrica, sendo encaminhada posteriormente para o respetivo serviço.

Com a concretização desta atividade desenvolvi competências de enfermeira especialista referentes à elaboração de planos de implementação e de manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Ainda tive a oportunidade de realizar o curso de Sistema de triagem de Prioridades de Manchester (anexo II), ajudando-me a desenvolver competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica como “reconhece situações de instabilidade das funções vitais/risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” assim como “mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Regulamento nº 123/2011, 2018), uma vez que o momento da triagem permite ao enfermeiro estabelecer um nível de prioridade clínica baseada na identificação de problemas de forma rápida e segura para a criança. Durante o período de estágio, obtive uma taxa de conformidade de 100% em todas as triagens que realizei.

## 2.2 Contexto II: Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

### Descrição do contexto de estágio

A realização deste estágio decorreu numa unidade de cuidados intermédios pediátricos (UCIPED) ao longo de quatro semanas, num total de 126 horas, entre 12 de Outubro a 06 de Novembro de 2020, num hospital da periferia da região de Lisboa. Este estágio foi realizado em contexto de trabalho.

A unidade de cuidados intermédios pediátricos localiza-se no piso 3 do hospital e admite crianças até aos 18 anos, exclusivo, que necessitem de internamento com vigilância mais acentuada por possível instabilidade hemodinâmica. Por se tratar de um hospital da periferia, tem indicação para que quando for necessária ventilação mecânica invasiva ou a criança apresentar grande instabilidade hemodinâmica, esta deve ser transferida para um hospital de referência.

Relativamente à sua estrutura física trata-se de um *open space* com 5 boxes individuais separadas por cortinas, garantindo a privacidade do cliente, podendo conter cama, berço ou incubadora, consoante a idade e situação clínica da criança internada. Possui ainda um quarto de isolamento por pressão negativa com casa de banho privativa e com acesso direto a uma sala destinada à colocação e remoção de EPI.

É na sala de trabalho de enfermagem que é preparada toda a terapêutica, onde se encontram materiais e dispositivos médicos, os processos das crianças internadas e toda a documentação de apoio como normas, protocolos e diretrizes relativas à unidade. Existe ainda uma sala de preparação de leites, papas e/ou refeições para as crianças internadas.

A prestação de cuidados incide no método de parceria de cuidados de Anne Casey. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, psicólogas, assistente social, assistentes operacionais, secretária de unidade e técnicos de exames complementares de diagnóstico.

O funcionamento da unidade de cuidados intermédios pediátricos tem sofrido diversas alterações nos últimos meses devido ao vírus SARS-CoV-2, pelo que se tornou num serviço adaptável às necessidades do hospital e da população pediátrica, isto é, sempre que existir necessidade, a UCIPED está capacitada para receber recém-nascidos de mães COVID-19 positivo/suspeita/ausência de resultado, ficando internado no quarto de pressão negativa, isolado do restante serviço.

### Processo de desenvolvimento de competências

No decorrer do estágio, o internamento de recém-nascidos de mãe com infeção por SARS-CoV-2 confirmada foi a situação mais frequente, pela necessidade crescente de internamento destes mesmos recém-nascidos. Nestas situações, a puérpera fica internada no serviço de infecciologia enquanto apresentar sintomas ou testar positivo para COVID-19. O recém-nascido fica internado em isolamento de gotículas e de contacto no quarto de pressão negativa na UCIPED até ter dois testes negativos, sendo o primeiro realizado ao nascimento, se a condição de saúde do recém-nascido o permitir, e o segundo teste, passado 48 horas, estando de acordo com a orientação 026/2020 fornecida pela Direção Geral de Saúde (2020).

A mãe não tem possibilidade de visitar o seu filho pelos reduzidos recursos humanos e físicos existentes no hospital, no entanto, segundo a orientação 026/2020 da DGS (2020), quando possível,

“(…) pode ser considerado o alojamento conjunto do RN e da mãe em quarto individual com garantia de que a mãe cumprirá medidas de controlo da infeção (máscara e higiene das mãos e mamas). Nesta situação, o berço deve ser colocado a uma distância da cama da mãe de pelo menos 2 metros. A utilização de incubadora pode ser considerada.”.

Quanto ao pai, este para visitar o seu filho tem de ter um teste à COVID-19 negativo, mas só pode ter contacto direto com o recém-nascido (toque) depois de

dois testes negativos do recém-nascido, isto é, o contacto do pai com o recém-nascido nunca é feito antes das primeiras 48 horas de vida do bebé.

Em suma, a separação do recém-nascido dos pais logo após o nascimento é resultado das diretrizes elaboradas pelo hospital, tendo em conta os seus recursos, normas da DGS e o contexto de pandemia por COVID-19.

No entanto, esta divisão tem consequências nefastas para a promoção do vínculo afetivo da tríade e naturalmente da parentalidade, colocando em causa a humanização dos cuidados de enfermagem. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas – adaptação da parentalidade durante a hospitalização, o processo de transição para a parentalidade é descrito como assumir das responsabilidades de ser mãe ou pai através de comportamentos destinados a incluírem o recém-nascido na unidade familiar (OE, 2015) e, tendo por base a evidência científica, as intervenções e atividades de enfermagem que contribuem para a promoção da parentalidade e conseqüentemente para o vínculo entre recém-nascido e pais são: “(...) promover o contacto visual, examinar o recém nascido junto dos pais, permitir aos pais a participação nos cuidados ao recém-nascido, proporcionar alojamento conjunto da tríade, criar a privacidade e a individualização dos cuidados.” (Carvalhido, 2018, p.62).

Uma vez não serem possíveis realizar este tipo de intervenções, é necessário desenvolver estratégias promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem através de um conjunto de iniciativas com o objetivo de prestar cuidados de saúde utilizando a tecnologia disponível em articulação com a promoção do acolhimento e respeito ético e cultural do paciente. (Chagas, 2015)

Assim, através da minha observação informal e a necessidade sentida pela equipa de enfermagem em promover a humanização dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a situação atípica de pandemia nunca antes vivida, defini como **objetivo específico** contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família, em contexto de pandemia por COVID-19. De forma a atingir este objetivo defini as seguintes atividades:

- Utilização da tecnologia existente para a realização de videochamadas entre o recém-nascido e mãe;

- Elaboração de um guia de acolhimento dirigido às mães com infeção confirmada por COVID-19,

- Elaboração de um plano de atuação ao recém-nascido de mãe com infeção confirmada por SARS-CoV-2.

Para a primeira atividade - utilização da tecnologia existente para a realização de videochamadas entre o recém-nascido e mãe - foi realizada uma reunião informal com enfermeira responsável pela UCIPED expondo a necessidade e importância da realização de videochamadas com estas mães, pois verbalizaram dúvidas e inseguranças sobre temas como a alimentação do RN, cuidados de higiene e o momento da alta, para além da angústia e tristeza sentidas pela separação entre RN e mãe. Segundo a literatura científica, a realização de videochamadas permite facilitar a comunicação entre cliente e familiares, promovendo um acolhimento humanizado (Martins, et. al, 2020), o contacto visual entre mãe-RN e ainda, permite à equipa de enfermagem realizar ensinamentos sobre os cuidados a ter com o recém-nascido, capacitando os pais que se encontram numa situação de vulnerabilidade acrescida – “esta vulnerabilidade resulta do facto das pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação” (OE, 2015). Para além disto, ações que ajudem na diminuição do distanciamento social, neste caso, as vídeo chamadas, tornam-se cruciais para a preservação da saúde emocional dos clientes. (Martins, et. al, 2020). Segundo o mesmo autor, quando os familiares visualizam os cuidados prestados aos clientes, através de videochamada, estes sentem-se mais confortáveis.

A proposta foi aceite tendo sido concedido um *tablet* à equipa de enfermagem da UCIPED. Também criei um endereço electrónico onde toda a equipa de enfermagem tem acesso, sendo através desta plataforma realizadas as

videochamadas. Com a realização das vídeo chamadas, a equipa de enfermagem conseguiu responder prontamente às necessidades sentidas pelos seus clientes, o que permitiu aumentar a segurança dos pais sobre os cuidados ao recém-nascido, através da realização de ensinamentos e da sua inclusão nos cuidados, assim como potenciar o processo de vinculação entre mãe e recém-nascido, sendo uma das unidades de competências no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (2018) – promove a vinculação especialmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Regulamento nº 123/2011). Tanto a equipa de enfermagem como as mães consideraram a realização de videochamadas importante, referindo-o diversas vezes ao longo do internamento do RN, contribuindo assim para a humanização dos cuidados de enfermagem prestados.

Também elaborei uma reflexão crítica (apêndice V) sobre uma situação vivida durante o estágio com uma criança com 6 meses de idade acompanhada pela sua mãe, onde foi evidenciada a importância da comunicação verbal e não verbal, assim como o impacto positivo que a realização de uma videochamada teve, quer nos pais, quer na criança. Apesar desta atividade não estar presente no planeamento inicial, considerei-a pertinente uma vez que, com esta situação foi-me possível desenvolver uma relação de empatia e disponibilidade para ouvir os receios e medos da mãe, tendo, em parceria, sugerido atividades para melhorar e ultrapassar os seus receios, tendo a realização da videochamada sido uma estratégia proposta que se revelou eficaz, promovendo assim a humanização dos cuidados. Segundo o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (2018), o enfermeiro especialista “constrói estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente [demonstrando] tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (Regulamento nº 123/2011), pelo que considero ser uma competência alcançada no decorrer deste estágio.

A escolha da segunda atividade – elaboração de um guia de acolhimento dirigido às mães com infecção confirmada por COVID-19 - advém da possibilidade de melhoria relativamente ao acolhimento realizado aos pais destes recém-nascidos, uma vez ser uma das estratégias promotoras da humanização dos cuidados, assim como incentivar a participação da família ao cuidado do RN (Roseiro & Paula, 2015). Assim, o guia de acolhimento elaborado (apêndice IV) tem como objetivo fornecer informações sobre o internamento do RN tais como: o serviço em que o recém-nascido se encontra internado, motivo de internamento, testes realizados ao recém-nascido relativos à COVID-19, informações médicas diárias sobre o RN fornecidas via telefónica à mãe e/ou pai, informação sobre aleitamento materno, visitas e da possibilidade de realizar vídeo chamadas com a equipa de enfermagem onde o RN está internado e, por fim, sobre processo de preparação para a alta. Desta forma, é também possível promover a vinculação entre mãe e RN, uma vez que durante o internamento deve ser fornecida informação completa e de forma regular sobre o recém-nascido aos pais, promovendo assim a partilha de decisões. (DGS, 2020) Esta partilha de informação sobre o recém-nascido com os pais permite, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (2011), o estabelecimento de uma parceria de cuidados entre enfermeira-pais com o objetivo de incentivar e envolver os pais na participação, capacitação e negociação no processo de saúde do RN, mesmo que distantes fisicamente. Por isto, esta atividade permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) como “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.” (Regulamento nº 123/2011, 2018).

De destacar que neste mesmo guia é realizada a promoção do aleitamento materno, uma vez que é identificado pela literatura científica como uma das intervenções promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem – “a

humanização inclui diversas ações, entre elas promover o contacto imediato entre mãe e filho, favorecendo o vínculo e estimulando a amamentação” (Bastos, 2017, p.15). Para além disso, o aleitamento materno trás inúmeras vantagens, quer para o recém-nascido quer para a mãe – “ (...) reduz o sangramento materno e diminui a congestão mamilar (...) o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo.” (Bastos, 2017, p11-12). Em casos mãe COVID-19 positivo, a DGS (2020) refere ainda que deve ser mantida a amamentação ou o aleitamento materno nos casos de mães positivas, mantendo medidas de controlo de infeção. Assim, o aleitamento materno é promovido através da informação disponível no guia de acolhimento sobre a importância do mesmo, isenta de riscos, quer para mãe quer para o RN, assim como da existência de equipamento adequado para realizarem extração mecânica de leite materno, uma vez que não têm possibilidade de se deslocar para junto do recém-nascido e amamentar. O leite extraído é enviado para a UCIPED conforme a norma existente no hospital. Com a realização desta atividade desenvolvi competências de EESIP no âmbito da promoção do aleitamento materno (Regulamento nº 123/2011, 2018).

Após a aprovação da equipa de enfermagem e da enfermeira chefe, o guia de acolhimento elaborado passou a estar disponível na plataforma digital de documentação do hospital, de forma a que toda a equipa tenha acesso ao mesmo para serem entregues às mães com teste positivo à COVID-19, o que me permitiu desenvolver a competência de enfermeira especialista descrita no Regulamento de Competências Comuns de Enfermeira Especialista (2019) descrita como “usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.” (OE, 2019)

Com a realização desta atividade obtive *feedback* positivo por parte das puérperas, onde destacaram a informação pertinente que guia de acolhimento contém, mostrando-se informadas sobre o plano de cuidados delineado para o seu filho, contribuindo para a diminuição da sua ansiedade. A equipa de enfermagem

da UCIPED também considerou o guia de acolhimento elaborado um instrumento facilitador para a comunicação entre enfermeiro-cliente, promovendo também a humanização dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à última atividade desenvolvida, esta surgiu da necessidade de uniformização de cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido com mãe positiva à COVID-19 através da elaboração de um plano de atuação ao recém-nascido de mãe com infecção por SARS-CoV-2 (apêndice VI) uma vez não existir nenhum documento que compile todas as normas e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e DGS, sendo as instituições que contêm a evidência científica mais atual e fidedigna sobre esta nova temática, adaptando-as à realidade e necessidades do hospital e unidade de cuidados intermédios pediátricos. Assim, este documento abrange assuntos como notas introdutórias, abordagem clínica na sala de partos, cuidados imediatos ao RN, testes laboratoriais, recém-nascido com infecção confirmada por SARS-CoV-2, visitas e acompanhantes, informações clínicas sobre o RN, amamentação e aleitamento materno, preparação para a alta, transporte Inter-Hospitalar e informações e recomendações gerais. Para a elaboração deste documento necessitei de consultar normas e orientações da DGS sobre os seguintes temas: prevenção e controlo de infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): equipamentos de proteção individual; cuidados ao recém-nascido na maternidade COVID-19 e gravidez e parto COVID-19. Para além disto, realizei a compilação de toda a informação e indicações fornecidas pelo hospital referentes às grávidas com infecção por COVID-19 e seus filhos, de forma a adequar e personalizar às necessidades e recursos disponíveis. Foi-me também preciso articular informações com equipas de vários serviços – bloco de partos e serviço de infeciologia – de forma aos cuidados de enfermagem prestados serem contínuos, adequados e seguros. Com esta atividade tive oportunidade de desenvolver competências de enfermeira especialista tais como liderança de programas de melhoria contínua através da normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes através da incorporação de

conhecimento avançado sobre diretrizes na área da qualidade e melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019). Uma vez que se trata de um plano de atuação em contexto de pandemia por SARS-CoV-2 com necessidade de articulação entre equipas permitiu-me participar na implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção a nível institucional, tendo em conta os recursos humanos e matérias disponíveis, otimizando o trabalho de equipa às necessidades sentidas, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto EESIP. (Regulamento nº 140/2019)

Esta atividade foi realizada com sucesso, tendo o documento realizado sido aprovado pela direção clínica hospitalar, tornando-se um documento útil para os cuidados de enfermagem prestados a esta população, bem como uniformizou e articulou os cuidados de enfermagem entre serviços.

Assim, após a realização destas atividades com sucesso, o **objetivo específico** referente às mesmas foi, também ele, atingido na sua plenitude.

A humanização dos cuidados de enfermagem, segundo a evidência científica, está diretamente correlacionada com a capacidade de comunicação (Silva, 2019). Assim, a comunicação é o caminho que possibilita ao enfermeiro estabelecer uma relação de empatia e de confiança com a criança e a sua família, permitindo identificar as necessidades sentidas por ambos de modo a atuar no sentido de as minimizar ou colmatar. (Silva, 2019) Assim, como segundo **objetivo específico** foi definido o seguinte: prestar cuidados especializados à criança/pais, no serviço de cuidados intermédios pediátricos, à luz da Teoria Humanística, tendo como enfoque a comunicação enfermeiro/cliente pediátrico, através das seguintes atividades:

- Elaboração de pin's identificativos da equipa multidisciplinar;
- Realização de contacto telefónico às mães COVID-19 positivo para fornecer informações sobre o recém-nascido.

A primeira atividade desenvolvida foi a elaboração de pin's (apêndice VII), uma vez que a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) dificulta o relacionamento entre os enfermeiros e os pais, pois a imagem do enfermeiro está coberta, impedindo a identificação do mesmo tornando a relação mais impessoal, mais distante. Segundo Brandi (2020), o cuidado humanizado teve de ser adaptado e aplicado a esta nova realidade marcada pela presença de EPI's, que possuem um impacto negativo na comunicação e, por sua vez, na humanização dos cuidados de enfermagem. Segundo Maio (2020), a utilização de crachás com a fotografia, identificação do profissional e uma frase de afeto tem como objetivo facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e os seus clientes. Posto isto, foram criados pin's com um boneco representativo de cada profissional de saúde com a seguinte mensagem "Chamo-me Enf<sup>a</sup>/Assistente Operacional/Secretária de Unidade/Doutor X; Por detrás da máscara está um sorriso!", de forma a criar uma relação de empatia e disponibilidade por parte da equipa de enfermagem. Obtive o *feedback* positivo pelos pais, pois conseguiam identificar qual o profissional de saúde com quem estavam, assim como da equipa de enfermagem, tendo esta estratégia sido alargada a todo o serviço de pediatria deste hospital. Assim, desenvolvi competências de EESIP como promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. (Regulamento nº 123/2011, 2018)

Outra atividade desenvolvida foi a articulação entre a equipa médica e equipas de saúde dos serviços envolvidos (infeciologia e bloco de partos) de forma a prestar informações às mães com teste positivo à COVID sobre o recém-nascido, sendo a comunicação o fator chave. O contacto telefónico, segundo Maio (2020), estimula a comunicação mais próxima entre equipa de saúde e os familiares do cliente. Assim, foi definido que seriam realizadas chamadas telefónicas pelas enfermeiras da UCIPED, pelo menos uma vez dia, para o serviço de infeciologia/bloco de partos de forma a promover a extração de leite, dando *feedback* sobre o estado de saúde do recém-nascido e informações sobre o planeamento

da alta do recém-nascido, incluindo os pais no plano de cuidados do RN, humanizando os cuidados, tal como descrito anteriormente. Assim, demonstrei competências de EESIP no âmbito da implementação e gestão de um plano de saúde, em parceria com os pais, promovendo a parentalidade. (Regulamento nº 123/2011, 2018)

Esta atividade foi avaliada através do feedback da equipa de enfermagem e pais, tendo este sido positivo. Para além disso, a aprovação e implementação da atividade é uma forma de avaliação da mesma. Assim, o segundo **objetivo específico** foi atingido com sucesso.

Em suma, e tendo em consideração o **objetivo geral** de estágio, a interação e comunicação entre enfermeiro-cliente foi o sustento de todos os objetivos específicos e atividades desenvolvidas, indo de encontro com a teoria Humanística de Paterson e Zderad. Foi no diálogo entre a equipa de enfermagem e os pais que foram identificadas oportunidades de melhoria, isto é, um chamado em que todos os objetivos e atividades desenvolvidas fazem parte da resposta, de forma a contribuir para um maior bem-estar dos pais assim como da equipa de enfermagem, traduzindo-se assim na humanização dos cuidados de enfermagem. Assim, todos os **objetivos específicos** que me propôs realizar foram atingidos de forma eficaz e pertinente para a UCIPED contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem bem como da sua humanização. Para além disso, desenvolvi diversas competências de EESIP, descritas anteriormente, enriquecendo a minha formação académica, profissional e pessoal.

## 2.3 Contexto III: Unidade de Neonatologia

### Descrição do contexto de estágio

Este estágio decorreu ao longo quatro semanas, entre 16 de Novembro e 18 de Dezembro de 2020, com 120 horas de contacto, num hospital central e universitário da região de Lisboa. Esta unidade de neonatologia é uma unidade de referência e, por isso, recebe recém-nascidos (RN) a partir das 23 semanas de gestação (limiar da viabilidade) com qualquer tipo de patologia, especialmente RN com diagnóstico de hérnia diafragmática ou encefalopatia hipóxico-isquémica, tendo sido a primeira unidade neonatal a realizar o tratamento de hipotermia induzida em Portugal, em 2010.

Quanto à estrutura física, a unidade é composta por duas salas: sala de internamento e sala de pre-saída.

A sala de internamento está dividida em duas alas: cuidados intensivos (8 vagas) e cuidados intermédios (8 vagas), ambas com ligação direta à sala de trabalho de enfermagem, tornando-se um *open space*.

Nos cuidados intensivos fica internado, em incubadora, qualquer recém-nascido que necessite de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, apresente instabilidade hemodinâmica ou necessidade de cuidados pós cirúrgicos. Para os RN ficarem internados nos cuidados intermédios necessitam de ter os seguintes critérios: apresentar estabilidade hemodinâmica mesmo que ainda necessitem de oxigenioterapia (inclui alto-fluxo/blend), não podem possuir cateteres centrais, e consoante a necessidade dos RN, estes podem ficar em incubadora ou berço. Na sala de trabalho é preparada toda a terapêutica e é onde se encontram os processos de saúde de todos os recém-nascidos. Os registos, quer médicos, quer de enfermagem são realizados em formato de papel.

A sala de pre-saída recebe recém-nascidos de mães com teste positivo à COVID-19 a necessitar de cuidados de saúde, tendo 8 vagas.

Quanto à zona de apoio à unidade existe uma copa de leites, uma sala de limpos, outra de sujos, vestiários para os profissionais de saúde, armazém com equipamentos e material clínico, e ainda outro espaço destinados ao pessoal do serviço (copa).

A prestação de cuidados incide no método Enfermeiro de Referência. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, psicólogas, assistentes operacionais, fisioterapeutas, assistente social e técnicos de exames complementares de diagnóstico.

### Processo de desenvolvimento de competências

Decorrente da minha observação informal, ao longo da primeira semana de estágio, e de uma conversa informal com a enfermeira orientadora, onde apresentei a minha temática de interesse e o **objetivo geral** a desenvolver, considerou-se que abordar o tema do ruído em unidades neonatais seria benéfico para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que, segundo a literatura científica, o ruído excessivo neste contexto de cuidados de enfermagem é prejudicial para o sistema auditivo do recém-nascido, especialmente dos prematuros, (Rocha, et al., 2020) já tendo sido comparado aos aminoglicosídeos em detrimento do desenvolvimento da cóclea (Rodarte, et al., 2019). O ambiente das unidades neonatais tem sido descrito como uma fonte de *stress* pelo excesso de estímulos, que, na sua grande maioria, são resultantes das novas tecnologias, como as incubadoras, respiradores mecânicos e alarmes sonoros, indispensáveis para o suporte à vida do recém-nascido (Negretto, Fonseca & Silva, 2018). Segundo Rocha & Martins (2017), a preocupação com o nível de ruído nas unidades neonatais e a aplicação de estratégias redutoras do mesmo contribuem para uma assistência mais humanizada. Assim, as unidades de cuidados intensivos neonatais devem simular ao máximo o meio intrauterino de forma a criar condições para um crescimento e desenvolvimento favorável do neonato

(Negretto, Fonseca, & Silva, 2018). Segundo Cardoso et al., 2015, no livro Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro, no artigo VIII, destaca-se o direito inalienável ao silêncio que permita o recém-nascido sentir-se o mais próximo possível do ambiente sonoro intrauterino. Para além disso, o sistema auditivo do feto inicia o seu desenvolvimento às 22 semanas de gestação e entre 28-30 semanas torna-se funcionalmente maduro (SPN, 2018), pelo que o tema do ruído toma especial importância nesta unidade, uma vez que, recebe recém-nascidos a partir das 23 semanas de gestação. Os recém-nascidos expostos ao ruído excessivo apresentam diversas respostas fisiológicas como apneia, hipoxemia, aumento da frequência cardíaca e respiratória e, conseqüentemente, aumento do consumo de oxigénio (Rodarte, et al., 2019), o que pode levar ao aumento de consumo de energia tendo impacto no aumento de peso do recém-nascido (SPP, 2018) e, conseqüentemente, pode resultar no aumento do tempo de internamento. Assim, segundo a SPP (2018), o nível de ruído adequado em unidades neonatais não deve exceder os 45 dB.

Tendo em conta o **objetivo geral** definido para o estágio – desenvolver competências do cuidado de Enfermagem à luz da teoria Humanística enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – e a teoria humanística de Paterson e Zderad, o metaparadigma ambiente é definido como o espaço físico onde é realizado o encontro entre enfermeira-cliente (Silveira & Fernandes, 2007). Assim, é no ambiente das unidade de neonatologia que é realizado o encontro que promove um relacionamento terapêutico de forma a compreender o recém-nascido e sua família como um ser individual (Silveira & Fernandes, 2007) e que, com a existência de ruído excessivo, a comunicação entre profissionais e entre enfermeiro-pais dos recém-nascidos pode estar comprometida, demonstrando a importância do estudo do ruído de forma a humanizar os cuidados de enfermagem. (SPN, 2018). Para além disso, o ruído também é identificado como um fator que conduz ao aumento do incidentes nos profissionais de saúde, assim como ao seu desgaste físico e mental, podendo

mesmo levar ao “burnout” profissional (SPN, 2018). Segundo Negretto, Fonseca & Silva (2018), a diminuição de ruído nas unidades neonatais está relacionada com a humanização dos cuidados de enfermagem e com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Posto isto, como primeiro **objetivo específico** defini contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, através da diminuição do ruído na unidade neonatal, tendo definido como atividades as seguintes:

- Avaliação do nível de ruído existente na unidade de neonatologia;
- Realização de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído no recém-nascido;

Para a primeira atividade foi utilizada a aplicação “Sound Meter”, que permite avaliar o nível de ruído por tempo indeterminado, em decibéis (dB), mostrando a média, o valor mínimo e máximo de ruído avaliado. Foi solicitada a autorização para realização da avaliação do ruído na unidade à enfermeira chefe, evidenciando a pertinência da atividade, tendo sido aceite (apêndice VIII). Assim, foram realizados 5 momentos de avaliação do nível de ruído na unidade neonatal durante o turno da manhã pois é o período em que, segundo Negretto, Fonseca, & Silva (2018) são registados níveis de ruídos mais elevados, consequência da maior afluência de pessoas, assim como da maior quantidade de atividades executadas, como a realização de exames e troca de equipamentos. Cada momento de avaliação teve a duração de 1 hora, alternando entre períodos de prestação de cuidados e períodos de maior repouso, em três locais distintos: sala de cuidados intensivos, sala de cuidados intermédios e sala de trabalho de enfermagem.

Dos resultados obtidos (apêndice VIII) conclui-se que o nível médio de ruído na sala de cuidados intensivos foi de 51,27 dB, estando acima do recomendado, e que, 80% das avaliações realizadas, o nível médio de ruído esteve acima do recomendado. De destacar o momento de avaliação com maior nível de ruído, 61 dB, uma vez ter sido coincidente com a intubação de um recém-nascido,

podendo assim correlacionar-se situações de maior *stress*, necessidade de mais equipamento, material e recursos humanos a um maior nível de ruído na unidade neonatal. Relativamente aos cuidados intermédios, a média do nível de ruído foi de 42,67 dB, e cerca de 80% das avaliações realizadas, o nível de ruído esteve adequado, isto é, abaixo dos 45 dB. Na sala de trabalho de enfermagem, o nível médio de ruído foi de 48,4 dB. De destacar que o nível médio de ruído, em todas as avaliações foi superior a 45 dB, salientando a importância de sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre a necessidade de alteração de comportamentos de forma a reduzir o ruído na unidade neonatal.

O estudo Rocha et. al (2020) sobre o nível de ruído numa unidade de terapia intensiva neonatal obteve como resultado um nível médio de ruído de 62,71 dB, que comparando com os resultados obtidos na sala de cuidados intensivos, estes encontram-se 11,44 dB abaixo, apesar de, mesmo assim, não ser um nível de ruído adequado.

Assim, esta atividade permitiu quantificar o nível de ruído existente em diversas áreas desta unidade de neonatologia, permitindo-me, através de dados concretos, contribuir para a redução do ruído com estratégias adequadas a este contexto, desenvolvendo também competências de enfermeira especialista - avalia a qualidade das práticas clínicas. (Regulamento nº 140/2019)

A segunda atividade desenvolvida tem como objetivos sensibilizar toda a equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído na saúde do recém-nascido, assim como apresentar intervenções promotoras da redução do ruído aplicáveis a este contexto, permitindo tornar a equipa multidisciplinar um agente ativo na transformação/alteração de comportamentos de forma a promover a saúde auditiva dos recém-nascidos (Rodarte, et. al, 2019) e a humanização dos cuidados.

Assim, elaborei um plano de sessão de formação (apêndice IX) onde são apresentados e descritos os objetivos a serem atingidos com a mesma, as temáticas a serem abordadas, recomendações sobre o nível de ruído adequado às unidades neonatais, intervenções e comportamentos redutores do nível de ruído adaptadas

ao contexto, recursos necessários, tempo de duração e método de avaliação da sessão de formação. Para além disso, os resultados obtidos na avaliação do nível de ruído da atividade anteriormente descrita, foram também incluídos na sessão de formação, por se considerar uma forma eficaz de dar a conhece-los a toda a equipa, sensibilizando-a para o nível de ruído existente na unidade, uma vez que é difícil quantifica-lo e tomar consciência do mesmo. Na sessão de formação foi também apresentada a sugestão de implementação da “hora da sesta” na unidade, uma vez que, esta atividade permite reduzir os níveis de ruído durante a mesma assim como nos 30 minutos subsequentes, mantendo o nível de ruído adequado, com diferença estatisticamente significativa quando comparada ao período anterior a esta intervenção. (Rocha et al., 2020)

Para anunciar e divulgar a realização da sessão de formação foi criado um póster informativo e colocado na sala de trabalho de enfermagem. Também foi enviado, via eletrónica, para toda a equipa multidisciplinar através do Boletim de Informação da unidade. Pela elevada adesão e interesse da equipa de enfermagem, foi-me solicitada a realização da sessão de formação on-line, através da aplicação Zoom, permitindo a mais profissionais de saúde assistirem à formação sem se deslocarem ao hospital.

Assim, a sessão de formação realizou-se dia 10 de Dezembro de 2020 pelas 14 horas, na sala de trabalho de enfermagem com transmissão on-line via Zoom. Treze pessoas assistiram à sessão de formação sendo todas elas da categoria profissional de enfermagem, das quais quatro de forma presencial e as restantes via Zoom. Foi solicitada a gravação da sessão de formação a todos os participantes, tendo sido aceite, pelo que a gravação vai ficar disponível na pasta partilhada da equipa multidisciplinar, para que mais elementos possam assistir posteriormente. Da discussão e reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem promotores da redução do nível de ruído surgiram diversas sugestões de atividades a implementar na unidade, tais como: realizar a formação a toda a equipa multidisciplinar, tornando-a de carácter obrigatório,

implementação da hora da sesta e criação do embaixador do silêncio, bem como, modificação dos caixotes do lixo de forma a serem mais silenciosos (tampas mais silenciosas).

A avaliação da sessão é uma etapa importante pois permite compreender de que forma a atividade, neste caso, a sessão de formação realizada, atingiu os objetivos propostos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo uma das competências de enfermeira especialista (Regulamento nº 140/2019). Ainda permite ao formador identificar possíveis oportunidades de melhoria, por exemplo, relativamente à comunicação. Foi utilizado o instrumento de avaliação de sessão de formação pré-existente da unidade neonatal (anexo III). Assim, a sessão de formação foi avaliada numa escala de 1 a 5, sendo 1 muito baixo e 5 muito elevado. De um modo geral esta foi classificada, em média, em 4,75, o conteúdo da sessão de formação em 4,75, a organização e logística em 4,88 e o formador em 4,88. Assim, considero que a sessão de formação foi de encontro às expectativas e necessidades da equipa, demonstrando-se útil para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e humanização dos mesmos. A minha prestação enquanto formadora foi avaliada em elevada, confirmando a minha aquisição de competências enquanto enfermeira especialista no âmbito da formação em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019). Como pontos fortes foram destacados a pertinência do tema, demonstração dos resultados da avaliação do nível de ruído na unidade neonatal, articulação da teoria com a prática e ainda a possibilidade de continuidade da temática pela equipa de enfermagem. Como pontos a melhorar, abranger toda a equipa multidisciplinar – a sessão estava destinada a toda a equipa multidisciplinar, no entanto, a adesão ocorreu apenas por parte da equipa de enfermagem.

Assim, é possível aferir que o **objetivo específico** contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, através da

diminuição do ruído na unidade neonatal foi concretizado com sucesso e de forma dinamizadora.

Para além disto, foi também criada uma pasta com todos os artigos científicos utilizados para fundamentar toda a sessão de formação, o plano e a sessão de formação, ficando disponíveis na unidade, em formato de papel, permitindo também o desenvolvimento e continuidade deste projeto na unidade, especialmente porque esta tem intenção de adquirir um orelhão (aparelho de avaliação do ruído para unidades neonatais). Esta atividade permite-me, enquanto futura enfermeira especialista, mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados da unidade neonatal.

Como segundo **objetivo específico** defini prestar cuidados especializados ao recém-nascido na unidade neonatal, à luz da Teoria Humanística, com as seguintes atividades:

- Aplicação do conceito de manipulação mínima na prestação de cuidados ao recém-nascido;
- Aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascidos;

Assim, a gestão dos cuidados de enfermagem de forma a agrupá-los, promovendo o conceito de manipulação mínima, segundo a literatura científica, é extremamente importante, uma vez que promovem a redução do stresse e beneficiam a adaptação à vida extra-uterina, (Polsaque et al, 2019) assim como um crescimento e desenvolvimento adequados do recém-nascido. (Scochi et al., 2006) Para tal, foi necessário identificar as necessidades do recém-nascido de forma a planear e estruturar os cuidados que lhe eram necessários prestar, tendo em consideração também a manipulação médica e a realização de meios complementares de diagnóstico. Para garantir esta manipulação mínima, foi também necessário esclarecer os pais sobre a sua importância para que, em

conjunto, fosse promovida a interação entre recém-nascido e pais nas horas das manipulações, sendo uma das competências da enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria – “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar [assim como] demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo” (Regulamento nº 123/2011, 2018). Assim, a capacitação dos pais através da realização de ensinamentos e promoção dos treinos sobre a mudança da fralda, alimentação e cuidados de higiene em momentos apropriados, isto é, coincidentes com as horas de manipulação, ajuda a promover a parentalidade e vinculação entre recém-nascido e pais, com benefícios para ambas as partes, levando à construção de uma parceria de cuidados entre os pais e o enfermeiro, sendo uma das competências de EESIP, e que, segundo Fernandes & Silva (2015), ajuda os pais a sentirem-se aptos a prestarem cuidados ao filho.

A utilização de estratégias não farmacológicas para controle da dor é necessária, uma vez que, a dor é considerada o 5º sinal vital. (Scochi, et al., 2016) A contenção, sucção não nutritiva e utilização de sacarose foram as medidas não farmacológicas utilizadas por mim para controle da dor no recém-nascido, produzindo um efeito sinérgico protetor no recém-nascido. (Maciel, et al., 2019), especialmente durante os procedimentos mais invasivos, como por exemplo, colheita de sangue e colocação de cateter epicutâneo. A aplicação destas intervenções de enfermagem na minha prática de cuidados permitiu fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do recém-nascido, otimizando as suas respostas, através dos conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor, demonstrando competências enquanto enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria.

Apesar de ter experiência profissional em contexto neonatal, com este estágio foi-me possível reforçar e melhorar os cuidados de enfermagem prestados especialmente a recém-nascido com situações de saúde com níveis de complexidade mais elevados assim como de prematuridade extrema, atendendo

às suas necessidades. Através do feedback positivo da enfermeira orientadora, que supervisionava a minha prestação de cuidados, considero que este **objetivo específico** foi atingido na sua plenitude.

Tendo em consideração o **objetivo geral** - desenvolver competências do cuidado de Enfermagem à luz da teoria Humanística enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – considero que consegui desenvolver de comunicação com equipa multidisciplinar, tendo sido essencial para a realização da ação de formação atendendo às necessidades sentidas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. É importante salientar que a temática abordada – o impacto do ruído no recém-nascido numa unidade neonatal – é referente ao ambiente, local onde ocorre a interação entre enfermeira-pais devendo este ser adequado de forma a não influenciar a comunicação de forma negativa.

Em conclusão, atingi todos os objetivos a que propus de forma adequada e positiva, resultando na aquisição de novas competências de EESIP e na contribuição da humanização dos cuidados neste contexto de estágio.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos cuidados de enfermagem, especialmente em pediatria, têm-se relevado ao longo do tempo uma temática com cada vez maior importância na qualidade dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro possui um papel fundamental para a humanização dos cuidados, sendo que é através da sua prática, experiência e conhecimento especializado que este consegue desenvolver estratégias e realizar intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados, quer à criança quer à família.

Com a realização da *scoping review* foi-me possível identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados em pediatria, com base na evidência científica, em diversos contextos de prestação de cuidados, tendo aplicado algumas delas no estágio realizado, tais como o brinquedo terapêutico, elaboração de uma história infantil como estratégia de educação para a saúde, sucção não nutritiva, manipulação mínima, redução do ruído, inclusão da família na prestação de cuidados, partilha de informação sobre situação de saúde da criança com a família e relação de empatia entre enfermeiro-cliente, contribuindo para a concretização do **objetivo geral** definido: desenvolver competências do cuidado de Enfermagem à luz da teoria Humanística enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Assim, articulei a literatura científica com as necessidades/oportunidades de melhoria existente em cada contexto clínico e desenvolvi objetivos e atividades de forma a adquirir e desenvolver competências de EESIP ao longo de todos os domínios existentes. Para além disso, todos os objetivos propostos para este projeto foram atingidos com sucesso.

A interação enfermeiro-cliente foi o veículo condutor de todo este relatório, pelo que o referencial teórico aplicado – Teoria Humanística de Enfermagem de

Paterson e Zderad – se relevou adequado assim como enriqueceu todo este percurso, permitindo-me refletir de forma reflexiva não só sobre os cuidados de enfermagem humanizados mas também sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional, incluindo as diversas experiências vividas e seus significados.

Deste percurso destaco como dificuldades sentidas a gestão do tempo durante a realização do estágio, quer pela exigência profissional quer pela vontade em aproveitar ao máximo as diversas oportunidades de aprendizagem, a limitação de realização de atividades pela pandemia, mas também a escassez de artigos científicos sobre a humanização dos cuidados em contexto de urgência pediátrica. Todas estas dificuldades foram ultrapassadas pela resiliência, empenho, organização e ambição em terminar este projeto tão desejado.

No final, sinto que o meu conhecimento sobre a disciplina de enfermagem tornou-se mais enriquecido, detendo agora as ferramentas necessárias para a procura de conhecimento científico de forma a fundamentar a minha prática, permitindo-me procurar novos projetos relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e da sua humanização, assim como conhecimento especializado à criança e sua família.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, I. A., & M. J. P. Silva. (2007). Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito num hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem* - *REBEn* 60(5), 546-551. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>

Bastos, R. P (2017). Amamentação na primeira hora de vida e humanização dos cuidados neonatais. Obtenção do título de grau de bacharel em enfermagem - Faculdade de Macapá. <http://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/16138/1/ROBERTA%20PONTES%20BASTOS.pdf>

Brandi, B. F. (2021). Os Sentidos do Trabalho Humanizado: cuidado e trabalho emocional na enfermagem. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Universidade Estadual de Campinas.

Briggs, J. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 edition / Supplement. 1–24.

Boto, M. C. A. D. (2014). Humanização dos Cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria: Percepção dos Pais e dos Enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B., & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e58131. Epub May 31, 2016. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>"

Cardoso, A. C. G., Florêncio, L. B. F. O., Marques, R. R., Pereira, L. P. S. & Silva, J. L (2018). Acolhimento na sala de vacinação: a chave para o êxito da

vacinação. GEP NEWS, Maceió, v. 1 n.1 105-109.  
<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4693/3298>

Carvalhido, L. P. (2018). *Promoção da vinculação pai – recém-nascido nas primeiras horas de vida*. Relatório de Estágio de Natureza Profissional, Instituto Politécnico de Bragança – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Viana do Castelo, Portugal.  
[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2146/1/Leonor\\_Carvalhido.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2146/1/Leonor_Carvalhido.pdf)

Carvalho, D. O., Santos, N. N. R. C., Silva, A. R. V. & Carvalho, G. C. L (2015) “Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado em ambiente hospitalar.” *Revista Interdisciplinar* (Centro Universitário Uninovafapi) 8(3), 61-74.

Chagas, L. P. (2015). *Humanização em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa*. Trabalho para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais –Brasil.  
[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A86L3V/1/lidiane\\_pereira\\_chagas.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A86L3V/1/lidiane_pereira_chagas.pdf)

Cotta, R. M. M., Costa, G. D., & Mendonça, É. T.. (2013). Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1847-1856. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600035>"

Direção-Geral de Saúde (2020). *COVID-19 Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade*. Orientação 026/2020. Lisboa: DGS

Esteves, C. H., Antunes, C. & Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface* (Botucatu), 18(51), 697-708.  
[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140536.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140536.pdf)

Freitas, C. M. C (2017). *A Humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem*. (Master's thesis dissertation, Instituto Ciências

da Saúde - Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>

Frota, A. M., Gurgel, A. A., Pinheiro, M. C. D., Martins, M. C., Tavares, T. A. N. R. (2007). O lúdico como instrument facilitador na humanização do cuidado a crianças hospitalizadas. *Cogitare Enfermagem*, vol. 12, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 69-75. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648982009>

George, J. B e colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem - dos fundamentos à prática profissional*. Porto alegre 4ª edição

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da criança Hospitalizada*. (4ªed). Lisboa. Disponível em [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf)

Maciel, H. I. A., Costa, M. F., Costa, A. C. L., Marcatto, J. O., Manzo, B. F., & Bueno, M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 21-26. Epub March 21, 2019. DOI: 10.5935/0103-507x.20190007

Maia, E. B. S., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. (2011). Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. *Rev. esc. enferm.* DOI: 10.1590/S0080-62342011000400007 .

Maio, A. M. D. (2020). Abraços digitais, cartas e crachás humanizados: interfaces entre midiatização e comunicação face a face em tempos de pandemia. *Anais de Resumo Expandidos. IV Seminário Internacional de Pesquisas em Midiatização e Processos Sociais*, 1(4).

Martins, A. B., Schimdt, L. C., Lima, M. J. M. S., Santos, L. D. & Júnior, O. C. R. (2020). A assistência multiprofissional a pacientes em tratamento de COVID-19 e minimização do distanciamento familiar em um serviço de pronto atendimento em Manaus, Amazonas.

Negretto, T. C., Fonseca, P. M. M. & Silva, S. R. R. (2018). Unidade de tratamento intensivo neonatal: principais fontes geradoras de ruídos sonoros. *Mogi das cruces*, 3(1).

Neves, F. G., Moraes, J. R. M. M., Morais, R. C. M., Souza, T. V., Ciuffo, L. L. & Oliveira, I. C. S. (2016). O trabalho de enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Esc Anna Nery* 2016;20(3):e20160063.

Nunes, L., Amaral, M. & Goonçalves, R. (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Cadernos OE, I Série (8). Lisboa: OE.

Lelis, B. D. B., Sousa, M. I., Mello, D. F., Werner, M., Velozo, A. B. F. & Leite, A. M. (2018). Acolhimento materno no contexto de prematuridade. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12, 6, 1563-1569. Retirado de HYPERLINK "<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763/29182>" <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763/29182>

Lima, P. S. S., Freitas, M. B., Bono, E. L. & Moraes, R. C. P. (2018). Acolhimento e humanização: relato de experiência na maternidade de um hospital municipal. *Psicologia – Saberes & Práticas*, 1, 2, 117-124. Retirado de HYPERLINK "<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/psicologiasaberes&praticas/sumario/64/16012019155049.pdf>" <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/psicologiasaberes&praticas/sumario/64/16012019155049.pdf>

Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A. & Costa, M. R. (2017). Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *REBEn*, 70(5), 1095-1103. Received from [https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt\\_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf)

Pagliuca, L. M. F. & Campos, A. C. S. C. (2003). Teoria Humanística: análise semântica do conceito community. *Rev. Bras. Enferm.*, 56, 6, 655-660. Retirado de HYPERLINK "<https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a13v56n6.pdf>"

Paterson J, Zderad L. Enfermería humanística. Tradução de Geraldina Ramos Herrera Cidade do México (ME): Limusa; 1979

Paula, C. C., Schaurich, D., Padoin, S. M. M. & Crossetti, M. G. O. (2004). O cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.17, n.4, p. 425-31.

Polsaque, J. F., Ichisato, S. M. T., Tomanini, S. M. N., Pezenti, V. B., Vilar, A. L. S. & Takemoto, A. Y. (2019). Manipulações mínimas em recém-nascidos pré-termos na unidade de terapia intensiva neonatal. PIBEX/FA-UEM. Disponível em: HYPERLINK "<http://www.eaex.uem.br/eaex2019/anais/artigos/23.pdf>" <http://www.eaex.uem.br/eaex2019/anais/artigos/23.pdf>

Ribeiro, P. J., Sabatés, A. L., Ribeiro, C. A. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2001 Dec [cited 2020 Sep 22] ; 35( 4 ): 420-428. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000400016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400016&lng=en). HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400016>" <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400016> .

Regulamento nº 123/2011 de 12 de Julho. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. *Diário da República II Série*, Nº 35 (12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 26 (06-02-2019). 4744-4750.

Rocha, L. A. & Martins, C. D. (2017). Ruídos ambientais na UTI neonatal: considerações da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, v.

5, n4. RUÍDOS AMBIENTAIS NA UTI NEONATAL | Revista Brasileira de Ciências da Vida (faculdadecienciasdavidacom.br)

Rocha, A. D., Sá, P. M., Reis, D. B. C. & Costa, A. C. C. (2020). "Horário do soninho": uma estratégia para reduzir os níveis de pressão sonora em uma unidade e terapia intensiva neonatal. *Enferm. Foco* 11(1), 114-117

Rodarte, M. D. O., Fujinaga, C. I., Leite, A. M., Salla, C. M., Silva, C. G. & Scochi, C. G. S. (2019). Exposição e reatividade do prematuro ao ruído em incubadora. *CoDAS* 31(5). DOI: 10.1590/2317-1782/20192017233

Rolim, K. M. C., Pinheiro, C. W., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Mendonça, F. A. C. & Fernandes, H. I. V. M. (2017). História em quadradinhos: tecnologia em saúde para a humanização da assistência à criança hospitalizada. *Ver. Enfer. Referência, série IV*, 14-Jul/Ago/Set. ISSN: 2182.2883

Roseiro, C. P. & Paula, K. M. P. (2015). Concepções de humanização dos profissionais em Unidades de terapia intensiva neonatal. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 109-119. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000100010>

Scochi, C. G. S., Carletti, M., Nunes, R., Furtado, M. C. C., & Leite, A. M. (2006). A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 188-194. HYPERLINK "<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200013>" <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200013>

Serra, F. A. N. (2019). *Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria*. Universidade de Évora: Instituto Politécnico de Beja – Lisboa

Silva, G. S. C. (2019). *Humanização dos cuidados em Pediatria: atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Universidade de Évora: Instituto Politécnico de Beja -. Lisboa. [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4902/1/Relat%c3%b3rio%20final\\_Gertrudes\\_Silva.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4902/1/Relat%c3%b3rio%20final_Gertrudes_Silva.pdf)

Silveira, I. P. & Fernandes, A. F. C (2007). *Conceitos da teoria humanística no cuidado obstétrico*. Rev. RENE, 8, 78-84.

[https://www.researchgate.net/publication/279464533\\_Conceitos\\_da\\_Teoria\\_Humanistica\\_no\\_cuidar\\_obstetrico](https://www.researchgate.net/publication/279464533_Conceitos_da_Teoria_Humanistica_no_cuidar_obstetrico)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018) Consenso Clínico - “O Som na Unidade de Neonatologia”.

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014). *Guia de Estágio Final e Relatório - Curso de Mestrado em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Waldow, V. R. & Borges, R. F. (2011). Cuidar e Humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm 2011;24(3):414-8

<https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>



## APÊNDICES



**APÊNDICE I: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM A CRIANÇAS ATÉ IDADE PRÉ-ESCOLAR E  
FAMÍLIA: *SCOPING REVIEW***



# **HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA ATÉ IDADE PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA: UMA REVISÃO ESCOPO**

*Humanization of nursing care to children up to pre-school age and family: scoping review*  
*Humanización de la atención de enfermería para niños hasta la edad preescolares y su familia: una revisión scoping.*

**Inês Russo Lopes<sup>1</sup>**

**Alexandra Brás<sup>2</sup>**

**Margarida Lourenço<sup>3</sup>**

**Zaida Charepe<sup>4</sup>**

**Sílvia Caldeira<sup>5</sup>**

**Elisabete Nunes<sup>6</sup>**

1. Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. [irussolopes@gmail.com](mailto:irussolopes@gmail.com).
2. Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira no Hospital de Vila Franca de Xira. [alexandra.bras@hotmail.com](mailto:alexandra.bras@hotmail.com)
3. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. [margaridalourenco@ucp.pt](mailto:margaridalourenco@ucp.pt)
4. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. [zaidacharepe@iucp.pt](mailto:zaidacharepe@iucp.pt)
5. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. [scaldeira@ucp.pt](mailto:scaldeira@ucp.pt)
6. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. [elisabetenunes@ucp.pt](mailto:elisabetenunes@ucp.pt)

## RESUMO

**Objetivo:** mapear as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças até idade pré-escolar e família. **Método:** revisão escopo, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com pesquisa nas bases de dados MEDLINE, PudMed, CINHALL complete, SciELO Portugal e Brasil, e literatura cinzenta no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Google Scholar, nos idiomas português e inglês, entre 2015 e 2020. **Resultados:** Obtiveram-se 143 artigos, selecionando-se para análise 17. Os resultados obtidos foram agrupados em três categorias: intervenções na prestação direta de cuidados à criança e família, intervenções relacionadas com o ambiente e intervenções relacionadas com a interação enfermeira-cliente. **Considerações Finais:** Identificaram-se diversas intervenções de enfermagem promotoras da humanização, destacando a utilização do brinquedo terapêutico, cuidados atraumáticos e relação de empatia entre enfermeiro-cliente. Também é evidente a importância de fornecer às equipas de enfermagem conhecimento sobre as mesmas assim como da importância da inclusão da família.

**Descritores:** Humanização da Assistência; Enfermagem; Pré-escolar; Recém-nascido; Família

**Keywords:** Humanization; Nursing; Preschool age; Newborn; Family

**Palabras clave:** Humanización; Enfermería; Edad preescolar; Recién nacido; Familia

## INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados constitui um conceito central e essencial para a prática de enfermagem. Neste sentido, falar de humanização dos cuidados é falar do seu instrumento de trabalho - o cuidado, sendo caracterizado como uma relação de ajuda entre dois seres humanos, o que se define como uma atitude humanizada na sua natureza<sup>(1)</sup>. No entanto, com o avanço acentuado da tecnologia a partir da segunda metade do século XX e com a priorização dos aspetos mais tecnicistas associados aos cuidados de saúde, o cuidado entendido nesta base de relação e humanização viu-se, por vezes resumido à aplicação de procedimentos, como puncionar um acesso venoso ou administrar terapêutica<sup>(2)</sup>. Esta situação apelou, simultaneamente, a uma atenção integral e necessária ao ser humano, composto por diversas dimensões que se influenciam mutuamente, não apresentando apenas necessidades físicas/biológicas<sup>(3)</sup>. Assim, é visível a necessidade

existente de encontrar a harmonia entre estas duas dimensões - a natureza humana e a tecnológica existente<sup>(4)</sup>, pelo que, em 1988, Paterson e Zderad desenvolveram a teoria Humanística de enfermagem que procura estudar a interação entre enfermeiro-cliente, tendo em conta a integridade humana em oposição à desumanização<sup>(5)</sup>, através dos conceitos de diálogo, comunhão e enfermagem fenomenológica. É através do diálogo que o enfermeiro consegue conhecer o outro de forma a identificar as suas necessidades específicas, tornando os cuidados de enfermagem humanizados<sup>(6)</sup>, respondendo a um chamado (necessidade) e oferecendo resposta (intervenção) ao mesmo, a fim de obter um maior bem-estar, indo de encontro ao descrito anteriormente como conceito de humanização.

A humanização dos cuidados em pediatria tem especial relevância uma vez que “cuidar” em pediatria significa incluir não só a criança no cuidado de enfermagem mas também a sua família, sendo visto como um só<sup>(7)</sup>.

A humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até a idade pré-escolar é fundamental, uma vez que estas se encontram em pleno desenvolvimento físico e cognitivo<sup>(8)</sup>, ainda não possuem maturidade suficiente para compreender a sua situação de saúde/doença, internamento hospitalar ou qualquer tipo de tratamento que lhes seja realizado<sup>(9)</sup>, especialmente os que lhes possam causar dor. Ainda, a condição de vulnerabilidade acrescida que as crianças possuem com a alteração das suas rotinas e afastamento do seu meio familiar<sup>(9)</sup>, apelam à necessidade de humanizar os cuidados de enfermagem específicos desta população.

Dos 0 aos 2 anos de idade, a aprendizagem mais importante depreende-se com a interação humana, tem maior impacto no desenvolvimento cognitivo da criança do que a utilização de objetos/brinquedos<sup>(10)</sup>. Assim, o desenvolvimento infantil nos dois primeiros anos de vida está dependente das relações afetivas que a criança tem com a sua família ou com os mais próximos. A relação emocional dos pais com o bebé será o primeiro passo para atingir essas vertentes de desenvolvimento. Necessitam desde cedo de um processo de vinculação, pelo que, é através da interação humana que a criança irá compreender a realidade que a rodeia desenvolvendo capacidades como a confiança, empatia, solidariedade e noção do “eu”<sup>(10)</sup>. Assim, é na parceria de cuidados enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança mas também para o

desenvolvimento do próprio cuidado, estando associada a um sistema dinâmico que envolve ambas as partes de forma ativa na busca de objetivos comuns, através da partilha de conhecimentos.<sup>(8)</sup>

A idade pré-escolar é um período de desenvolvimento infantil que se estende dos três anos até o final do quinto ano de vida. É uma idade de descoberta através da curiosidade em compreender o mundo utilizando a imaginação. A criança em idade pré-escolar apresenta disponibilidade e interesse na aprendizagem de novas competências com entusiasmo, procurando, ao mesmo tempo, o apoio dos pais. É também nesta faixa etária realçada, mais uma vez, a importância da família para a criança, pelo que, a humanização dos cuidados passa pelo acolhimento dos pais no processo de saúde do seu filho, isto é, é necessária uma parceria de cuidados entre a família e o enfermeiro. A criança em idade pré-escolar adquire competências através da interação com outras crianças e adultos, assim como quais os comportamentos socialmente aceites, o certo e o errado e quais as suas consequências, tais como o castigo ou recompensa. As intervenções de enfermagem, especialmente as dolorosas, na perspectiva da criança em idade pré-escolar, são encaradas como um castigo pois consideram que estas colocam em risco a sua integridade física, ganhando uma conotação negativa<sup>(8)</sup>.

É por todas estas características, que a prestação de cuidados humanizada a estas crianças deve ser adequada à sua etapa de desenvolvimento, compreendendo a sua forma de ver o mundo e de interpretá-lo, minimizando o seu sofrimento, envolvendo a família ao longo de todo o processo.

Posto isto, é fulcral para a enfermagem em saúde infantil e pediátrica identificar as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família, sendo elas caracterizadas pela interação entre enfermeiro-criança/família, de forma a dar resposta às necessidades sentidas, com o objetivo de melhorar o bem-estar deste binómio, pelo que se torna necessário a sua sistematização.

Após uma pesquisa preliminar na Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Cochrane Data Base of Systematic Reviews, PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)

via EBSCO e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) não foram encontradas quaisquer revisões sistemáticas sobre esta temática.

## **OBJETIVO**

Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças até a idade pré-escolar e família, tendo como questão orientadora da revisão: “quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até à idade até ao pré-escolar e sua família?”.

## **MÉTODO**

### **Referencial teórico-metodológico**

O referencial metodológico foi *Joanna Briggs Institute for Scoping Review*<sup>(11)</sup>. Relativamente ao referencial teórico foi utilizada a teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad<sup>(12)</sup>.

### **Tipo de estudo**

O estudo é uma scoping review, uma revisão sistemática exploratória, com o objetivo de identificar produção científica existente relevante na área de Enfermagem sobre a humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família.

### **Procedimento metodológico**

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas distintas.

Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL e MEDLINE via EBSCO para obter artigos relevantes para o tema. Foram analisadas as palavras contidas no título, resumo, palavras-chave e termos indexados utilizados para descrever os artigos. Após esta análise foi possível identificar as palavras-chave que representam a temática a estudar e, a partir delas, identificar os descritores e termos de pesquisa a utilizar, adequando a cada base de dados e relatório de pesquisa.

Na segunda etapa realizou-se outra pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos selecionados, em todas as bases de dados incluídas.

Na terceira e última etapa, foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados de forma a obter o máximo de resultados possíveis para a scoping review.

### **Fonte de dados**

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO e PubMed com a seguinte equação de pesquisa: ((Humanization) OR (Humanization of assistance) OR (Humanism) OR (humanized health care)) AND ((preschool, child) OR (family) OR (infant) OR (newborn, infant) OR (premature, infant)) AND (nurs\*). Nas bases de dados Scielo Brasil e Portugal foram utilizadas equações de pesquisa com três descritores, sendo realizadas diversas combinações de forma a obter o maior número de artigos possível - (Humanização da Assistência) AND (Enfermagem) AND (Recém-nascido)/(Lactente)/(Pré-escolar)/(Família). A pesquisa de literatura não publicada foi realizada através do Google Scholar e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A pesquisa foi realizada no dia 30 de abril de 2020.

### **Coleta e organização de dados**

Assim, os critérios de inclusão foram definidos segundo a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC):

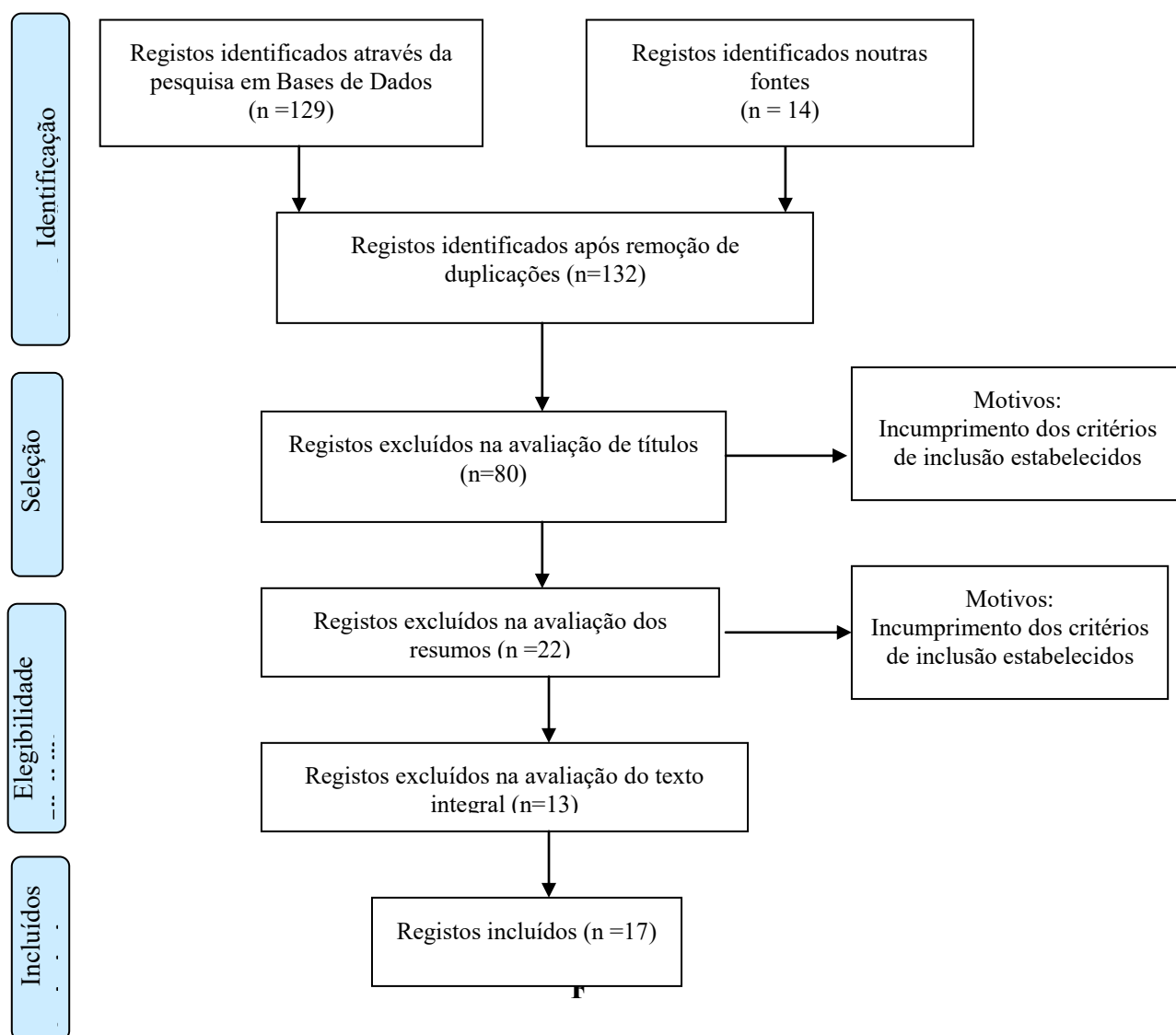
População: foram considerados todos os estudos com crianças até idade pré-escolar (0 aos 5 anos inclusive) e família. Foram incluídos estudos em que a idade da população estava omissa, mas as intervenções de enfermagem foram consideradas adequadas até à idade pré-escolar. Considera-se família um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro de um determinado contexto com afeição recíproca e responsabilidade mútua.<sup>(13)</sup>

Conceito: foram considerados todos os estudos em que o conceito estudado fosse a humanização dos cuidados de enfermagem, sendo este definido como uma resposta confortadora de uma pessoa para outra perante uma necessidade, com o objetivo de atingir o bem-estar e o vir-a-ser<sup>(14)</sup>, através da interação enfermeiro-criança/família.

Contexto: foram considerados os estudos em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e/ou família, independentemente da situação da criança ser doente ou saudável.

Quanto ao tipo de estudos foram incluídos estudos de natureza quantitativa e qualitativa publicados em bases de dados e literatura não publicada, em inglês e português

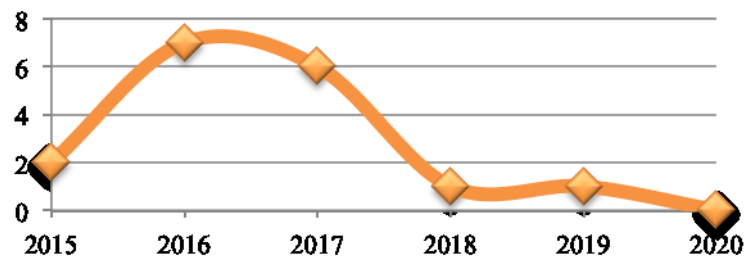
na janela temporal entre 2015 e 2020, por se considerar que são os que detêm evidência científica mais recente. Assim, foram incluídos estudos que abordam o papel e/ou intervenções do enfermeiro de forma a humanizar os cuidados a crianças até idade pré-escolar e família. De forma a sistematizar todo o processo de inclusão dos estudos optou-se pela metodologia PRISMA-ScR<sup>(11)</sup>. A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes, não tendo sido necessário recorrer a um terceiro revisor. O processo de seleção dos artigos é apresentada num diagrama de fluxo (Figura 1)



**Figura 1** - Processo de identificação e inclusão dos estudos - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow

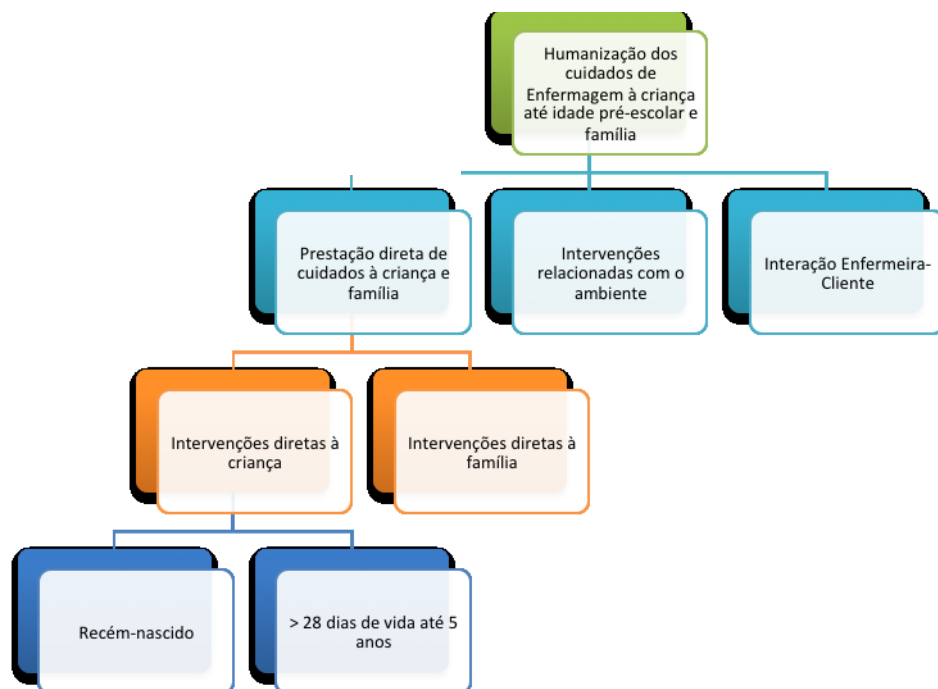
## RESULTADOS

Após o processo de avaliação e seleção dos artigos foram incluídos na scoping review 17 artigos. Dos artigos incluídos, quatro são de língua inglesa, sendo os restantes em língua portuguesa. Treze artigos têm uma abordagem qualitativa, um abordagem quantitativa, dois artigos utilizam a metodologia descritiva e um artigo é uma revisão sistemática da literatura. Quanto aos anos de publicação dos artigos incluídos estes são apresentados através de um gráfico (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Número de artigos publicados por ano

Após análise dos artigos incluídos, foram definidas três categorias de resultados: intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a prestação direta de cuidados à criança e família, intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com o ambiente e intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a interação enfermeira-cliente.



**Figura 2** – Categorização das intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças até idade pré-escolar e família

Os resultados obtidos apresentam-se em formato de tabela (Tabela 1), de acordo com as categorias definidas, de forma a responder à pergunta orientadora desta revisão.

**Tabela 1** - Intervenções de Enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças até idade pré-escolar e família

Categorias	Sub-Categorias		Intervenções promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família
Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionados com a prestação direta de cuidados de enfermagem à criança e família	Criança	Recém-nascidos até 28 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulação mínima (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup>; (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Alternância de decúbitos (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup></li> <li>• Posicionamento terapêutico (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup></li> <li>• Contenção facilitada (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Sena et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup></li> <li>• Promoção do toque precoce (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Método canguru (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup> (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Sena et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Promoção do aleitamento materno (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Promoção da vinculação (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup> (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ribeiro, et. al, 2017)<sup>(30)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Cuidados em bloco (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup></li> <li>• Sucção não nutritiva (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Cuidados à pele (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banho (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup></li> <li>• Termorregulação (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2016)<sup>(25)</sup></li> </ul>
Crianças com > 28 dias de vida até 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinquedo terapêutico (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup> (Azevêdo, et. al, 2017)<sup>(22)</sup> (Pizzoli, et. al, 2016)<sup>(24)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Nascimento, et. al, 2016)<sup>(26)</sup> (Santos, et. al, 2017)<sup>(29)</sup></li> <li>• Teatro de fantoches (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup> (Santos, et. al, 2017)<sup>(29)</sup></li> <li>• Histórias infantis (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup> (Pizzoli, et. al, 2016)<sup>(24)</sup></li> <li>• Pinturas (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup>;</li> <li>• Promoção da saúde (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup> (Santos, et. al, 2017)<sup>(29)</sup></li> <li>• Limite de tentativas de procedimentos (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup></li> </ul>
Comuns a crianças até idade pré-escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Musicoterapia (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Rolim, et. al, 2017)<sup>(21)</sup> (Santos, et. al, 2017)<sup>(29)</sup></li> <li>• Estratégias de controlo da dor (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> </ul>
Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de apoio aos pais (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup></li> <li>• Empowerment/capacitação dos pais (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup></li> <li>• Inclusão dos pais/família na prestação de cuidados à criança (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Lopes, et. al, 2017)<sup>(18)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup> (Reichert, et al., 2016)<sup>(23)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Santos, et. al, 2017)<sup>(29)</sup> (Ribeiro, et. al, 2017)<sup>(30)</sup></li> <li>• Permanência durante o internamento da</li> </ul>

	<p>criança (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup>(Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup> (Reichert, et. al, 2016)<sup>(23)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ribeiro, et. al, 2017)<sup>(30)</sup></li> </ul>
<p>Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com o ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do Ruído (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Fialho et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Sena, et. al, 2015)<sup>(20)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Redução da luminosidade (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Roseiro &amp; Paula, 2015)<sup>(25)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016)<sup>(28)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> <li>• Espaço físico colorido (Nascimento, et. al, 2016)<sup>(26)</sup>;</li> </ul>
<p>Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a interação enfermeira-cliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de empatia (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(15)</sup> (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Fialho, et. al, 2016)<sup>(19)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup> (Reichert, et. al, 2016)<sup>(23)</sup> (Neves, et. al, 2016)<sup>(27)</sup> (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, et. al, 2016)<sup>(28)</sup></li> <li>• Disponibilidade da equipa de enfermagem (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup></li> <li>• Escuta ativa (Bosco, et. al, 2019)<sup>(16)</sup> (Lelis, et. al, 2018)<sup>(17)</sup> (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017)<sup>(22)</sup> (Nascimento, et. al, 2016)<sup>(26)</sup> (Neves, et. al, 2016)<sup>(27)</sup> (Ribeiro, et. al, 2017)<sup>(30)</sup> (Ferreira, 2016)<sup>(31)</sup></li> </ul>

Oito artigos seleccionados são referentes ao contexto neonatal <sup>(15,17,18,19,20,25,28,31)</sup>, seis alusivos ao serviço de internamento pediátrico <sup>(16,21,22,24,26,29,30)</sup>; um artigo desenvolvido em contexto de consulta de enfermagem<sup>(23)</sup> e um em contexto de urgência pediátrica.<sup>(27)</sup>

## DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será realizada através das diferentes categorias identificadas anteriormente.

### **Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a prestação direta de cuidados de enfermagem à criança e família**

As intervenções promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem dirigidas à criança encontradas na literatura são referentes a dois grupos etários distintos: recém-nascido e criança com mais de 28 dias até idade pré-escolar. Assim, as intervenções promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem dirigidas ao recém-nascido identificadas são a manipulação mínima<sup>(15,28)</sup>, alternância de decúbitos<sup>(20,25)</sup>, contenção facilitada<sup>(15,20,25)</sup>, posicionamento terapêutico<sup>(28)</sup>, promoção do toque precoce<sup>(25,31)</sup>, método canguru<sup>(15,17,18,19,20,25,28,31)</sup>, promoção do aleitamento materno<sup>(18,20,25,28,31)</sup>, promoção da vinculação<sup>(17,18,28,30,31)</sup>, cuidados em bloco<sup>(15, 25)</sup>, sucção não nutritiva<sup>(20,25,31)</sup>, cuidados à pele<sup>(20)</sup>, banho<sup>(18,20,28)</sup> e termorregulação<sup>(20,25)</sup>. As intervenções referidas na literatura relativamente a crianças em idade pré-escolar têm por base o brincar (brinquedo terapêutico<sup>(21,22,24,26,29)</sup> e o uso da imaginação através de atividades lúdicas como teatro de fantoches<sup>(16,21,29)</sup>, histórias infantis<sup>(16,21,24)</sup> e pinturas<sup>(16,21)</sup>, adaptando estas atividades de forma a tornarem-se ações educativas para a promoção da saúde<sup>(16,21,29)</sup> e ainda limite de tentativas de procedimentos<sup>(25)</sup>

Ainda foram encontradas intervenções de enfermagem com aplicabilidade em ambos os grupos como musicoterapia<sup>(16,19,21,29)</sup> e existência de protocolos de controlo da dor<sup>(19,31)</sup>.

Sendo a família parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem à criança é também ela alvo de atenção por parte do enfermeiro. Assim, como intervenções humanizadoras de enfermagem dirigidas à família a literatura descreve as seguintes: grupos de apoio aos pais<sup>(17,25)</sup>, empowerment/capacitação dos pais<sup>(18,22)</sup>, inclusão dos pais/família na prestação de cuidados à criança<sup>(16,18,22,23,25,,28,29,30)</sup>, permanência durante o internamento da criança<sup>(19,22,25,28)</sup> e acolhimento<sup>(15,16, 17, 19, 22,23, 25, 28, 30)</sup>.

Todas as intervenções de enfermagem identificadas anteriormente são resultantes das necessidades sentidas quer pelas crianças, quer pela família (chamado e resposta), pelo que evidência diversas etapas da enfermagem fenomenológica, pois é necessário o enfermeiro conhecer o outro de forma intuitiva, científica e sintetizar de forma complementar as

informações obtidas com realidades anteriormente conhecidas, isto é, as intervenções de enfermagem descritas anteriormente resultam de um processo/método científico de produção de conhecimento descrito pela teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad.

### **Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com o ambiente**

O ambiente é um dos fatores que influenciam a humanização dos cuidados. É caracterizado por dois aspetos: infraestruturas e ambiente envolvente. Relativamente às infraestruturas a falta de espaço impede uma abordagem individualizada de forma a garantir a privacidade do cliente, o que afeta negativamente a humanização do cuidado<sup>(16)</sup>, assim como as paredes deveriam ser coloridas<sup>(26)</sup> contribuindo para a diminuição do *stress* da criança, induzido pelo contexto em que se encontra inserida, principalmente quando se trata de internamento hospitalar. No entanto, para o enfermeiro estes são fatores difíceis de alterar de forma a adaptar às necessidades da população pediátrica, mas o ambiente envolvente é algo que pode depender diretamente da prestação de cuidados do enfermeiro. Assim, a redução do ruído<sup>(15,19,20,25,28,31)</sup> no contexto de prestação de cuidados é identificado como uma intervenção humanizadora dos cuidados através das seguintes atividades: desligar os alarmes prontamente, promover horários de silêncio e conservar baixo. No caso do recém-nascido com necessidade de internamento acresce o cuidado em abrir e fechar as portas da incubadora e a utilização de protetor auricular em ocasiões de ruído extremo. A redução da luminosidade<sup>(15,19,25,28,31)</sup> pode ser feita através da regulação da intensidade da luz sobre a criança (se possível, iluminação individualizada) e apagar as luzes quando os cuidados são finalizados. No cuidado ao recém-nascido está descrito que a colocação de um lençol sobre a incubadora, a utilização de óculos durante tratamento de fototerapia, cobrir os olhos e lateralizar o rosto do bebé durante a prestação de cuidados são formas de reduzir a luminosidade.

A teoria humanística de enfermagem exprime-se da seguinte forma: são os seres humanos reunidos em uma transação intersubjetiva (a relação, o diálogo) com um fim determinado (a saúde) que se dá no tempo e no espaço (ambiente), em um universo de homens e coisas<sup>(32)</sup>. Assim, é importante que o ambiente seja tranquilo e promotor da interação e diálogo entre enfermeira-cliente e, tendo em conta a população estuda, este passa pelo controlo do ruído e luminosidade.

## **Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a interação enfermeira-cliente**

A relação entre enfermeiro-cliente é um dos instrumentos de trabalho mais importante de todo o cuidado de enfermagem, sendo o diálogo o seu conceito central. As intervenções de enfermagem relacionadas com a interação enfermeira-cliente que promovem a humanização dos cuidados segundo a literatura são a relação de empatia<sup>(15,16,19,22,23,27,28)</sup>, disponibilidade da equipa de enfermagem<sup>(17)</sup> e escuta ativa<sup>(16,17,22,26,27,30,31)</sup>.

Interpretando os resultados obtidos à luz da teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad torna-se evidente a importância da relação enfermeira-cliente de forma empática, correspondendo à dimensão EU-TU da enfermagem humanística, sendo um momento de aproximação entre ambos, de ouvir de estabelecer o diálogo, e de atender aos chamados e as respostas<sup>(31)</sup>, com o objetivo de obtenção de um maior bem-estar de ambos.

### **Limitações do estudo**

As limitações da revisão consideram-se o fato de só terem sido incluídos artigos em português e inglês numa janela temporal de 5 anos, o que pode ter excluído outros estudos com resultados pertinentes para esta revisão. Os artigos incluídos abordam, na sua maioria, os cuidados ao recém-nascido, havendo pouca informação sobre os cuidados de enfermagem a crianças com mais de 28 dias de vida até idade pré-escolar, assim como artigos sobre a humanização dos cuidados em contexto de urgência pediátrica.

### **Contribuições para a área de Enfermagem**

A realização desta scoping review permitiu identificar objetivamente de que forma o enfermeiro consegue promover a humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família, demonstrando intervenções com aplicabilidade na sua prática. Para além disso, permite sensibilizar sobre a importância e necessidade existente na humanização dos cuidados, relembrando conceitos essenciais como cuidado ao outro. Por fim, deixa um caminho aberto para a investigação sobre as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados a crianças com mais de 28 dias até >aos 5 anos, inclusive, uma vez ser uma população ainda pouco estudada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados de enfermagem a crianças até idade pré-escolar e família são uma temática atual, aplicada em diversos contextos de cuidados de saúde, no entanto, é necessário sensibilizar as equipas de enfermagem sobre a sua importância oferecendo-lhes as ferramentas necessárias à sua aplicação, isto é, dar a conhecer as intervenções de enfermagem humanizadoras propriamente ditas. Assim, os resultados obtidos tornam-se uma mais-valia para a enfermagem e para a qualidade dos cuidados à população pediátrica, especificamente a crianças até idade pré-escolar, não descorando a família, sendo ela também parte integrante do cuidado pediátrico, tornando-se evidente através da identificação de intervenções de enfermagem promotoras da humanização digeridas exclusivamente a ela. Foi possível responder à questão de revisão definida inicialmente, o que demonstra uma metodologia rigorosa bem como a escolha do referencial teórico mostrou-se adequada à temática de estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corbani Nilza Maria de Souza, Brêtas Ana Cristina Passarela, Matheus Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 June [cited 2020 Apr 05] ; 62( 3 ): 349-354. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>.
2. Freitas, CMS. *A Humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem*. [Internet] Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem do Porto; 2017. Disponível: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relatório%20Final.pdf>
3. Barbosa Ingrid de Almeida, Silva Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 Apr 04] ; 60( 5 ): 546-551. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>.
4. Lúcio Ingrid Martins Leite, Pagliuca Lorita Marlena Freitag, Cardoso Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém nascido. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 Mar

- [cited 2020 Apr 05] ; 42( 1 ): 173-180. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100023&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100023>.
5. Pagliuca, Lorita Marlena Freitag & Campos, Antônia Carmo Soares Campos (2003). *Teoria Humanística: análise semântica do conceito community*. Rev. Bras. Enferm., 56, 6, 655-660. Retirado de [HYPERLINK "https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a13v56n6.pdf"](https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a13v56n6.pdf)
6. Lélis Ana Luiza Paula de Aguiar, Pagliuca Lorita Marlena Freitag, Cardoso Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Phases of humanistic theory: analysis of applicability in research. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Apr 05] ; 23( 4 ): 1113-1122. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000401113&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401113&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002140013>.
7. Boto, Maria do Carmo Alves Donas. *Humanização dos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos de pediatria: percepção dos pais e dos enfermeiros*. [Internet]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2014; Disponível: [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20\\_%20Humanização%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20_%20Humanização%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf)
8. Moita, Helena Catarina Antunes Nascimento. *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar – Uma perspetiva da interação do enfermeiro*. [Internet]. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém; 2015. Disponível: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%200mestrado.pdf>
9. Esteves CH, Antunes C, Caires S. Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):697-708.
10. OE. Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica-volume III [internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2011. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf)
11. Institute JB. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2020 edition. Joanna Briggs Institute; 2020 Disponível: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>

12. Paterson JG, Zderad LT. Humanistic nursing. New York: National League for Nursing, 1988.
13. Pedro, J. J. B. Parceiros no Cuidar. A Preceptiva do Enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica (2009). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
14. George, J. B e colaboradores. Teorias de Enfermagem - dos fundamentos à prática profissional. (2000) Porto alegre 4ª edição
15. Costa, J. V. S., Sanfelice, C. F. O & Carmona, E. V.. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. 2019. *Journal of Nursing UFPE on line*, 13, 1-9. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242642/33479>
16. Bosco, E. B. D., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M. & Shimdt, C. L. Humanização hospitalar na pediatria: projeto “enfermeiros da alegria”. 2019. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13, 4, 1173-1178. doi:10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018
17. Lelis, B. D. B., Sousa, M. I., Mello, D. F., Werner, M., Velozo, A. B. F. & Leite, A. M. Acolhimento materno no contexto de prematuridade. 2019. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12, 6, 1563-1569. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763/29182>
18. Lopes, T. R. G., Oliveira, S. S., Pereira, I. R. B. O., Romeiro, I. M. M. & Carvalho, J. B. L. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. 2017. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11, 11, 4492-4497. doi: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201727
19. Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Santos, R. S., Silva, L. R. & Salvador, M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10, 7, 2412-2419. doi: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201615
20. Sena, E. M. A. B., Lúcio, I. M. L., Costa, L. C., Mascarenhas, M. L. V. C., Souza, M. G. & Moreira, R. T. F. Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: manejo do procedimento e segurança do paciente. 2015. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12, 1, 1-10. doi:10.5205/1981-8963-v12i01a25229p1-10-2018
21. Rolim, K. M. C., Pinheiro, C. W., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Mendonça, F. A. C. & Fernandes, H. I. V. M. História em quadradinhos: tecnologia em saúde para a

- humanização da assistência à criança hospitalizada. 2017. *Revista de Enfermagem Referência, Série I*, nº14, 66-78. doi:10.12707/RIV17028
22. Azevêdo, A. V. S., Júnior, A. C. L. & Crepaldi, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. 2017. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22, 11, 3653-3666. doi:10.1590/1413-812320172211.26362015
23. Reichert, A. P. S., Rodrigues, A. F., Albuquerque, T. M., Collet, M. & Minayo, M. C. S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção dos enfermeiros. 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 8, 2375-2382. doi:10.1590/1413-81232015218.07662016
24. Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M. L., Amorim, A. R. P., Pinheiros, F. T., Romanini, C., Silva, J. G., Joaneite, S. & Alves, S. S. M. Using therapeutic toys to facilitate venipuncture procedure in preschool children. 2016. *Pediatric Nursing*, 42, 2, 61-68. Retirado de <https://www.pediatricnursing.net/ce/2018/article42026168.pdf>
25. Roseiro, C. P. & Paula, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal. 2015. *Estudos de Psicologia*, 32, 1, 109-119. doi:10.1590/0103-166X2015000100010
26. Nascimento, W. G., Silva, G., Oliveira, J. M. S., Moura, M. G. M. & Santos, R. V. O. Humanização da equipe de enfermagem no contato com a criança e família através do lúdico: um relato de experiência. 2016. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, três corações*, 14, 1, 113-121. doi:10.5892/ruvrd.v14i1.2438
27. Neves, F. G., Moraes, J. R. M. M., Morais, R. C. M., Souza, T. V., Ciuffo, L. L. & Oliveira, I. C. S. O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. 2016 *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20, 3. doi:10.5935/1414-8145.20160063
28. Ferreira, J. H. P., Amaral, J. J. F. & Lopes, M. M. C. O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. 2016. *Revista Rene*, 17, 6, 741-749. DOI:10.15253/2175-6783.2016000600003
29. Santos, S. S., Alves, A. B. S., Oliveira, J. C., Gomes, A. & Maia, L. F. S.. A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. 2017. *Revista Recien*, 7, 21, 30-40. DOI:10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.30-40

30. Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Thofehn, M. B., Mota, M. S., Cardoso, L. S. & Cecagno, S.. Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. 2017. *Revista Enfermagem UFSM*, 7, 3, 350-362. DOI: 10.5902/2179769226333
31. Ferreira, J. H. P. Percepção da equipa de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia neonatal. 2016. Universidade federal do ceará – curso de mestrado académico em saúde pública. [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016\\_dis\\_jhpferreira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016_dis_jhpferreira.pdf)
32. Silveira, I. P. & Fernandes, A. F. C. *Conceitos da teoria humanística no cuidado obstétrico*. 2007. Rev. RENE, 8, 78-84. [https://www.researchgate.net/publication/279464533\\_Conceitos\\_da\\_Teoria\\_Humanistica\\_no\\_cuidar\\_obstetrico](https://www.researchgate.net/publication/279464533_Conceitos_da_Teoria_Humanistica_no_cuidar_obstetrico)



## APÊNDICE

## APÊNDICE I– Tabela de extração de dados

Categorias	Sub-categorias	Unidades de texto	Intervenções de enfermagem promotoras da humanização
<p>Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a prestação direta de cuidados de enfermagem à criança e família</p>	<p>Criança</p> <p>Recém-nascido até 28 dias de vida</p>	<p>“(…)tries to leave him with minimal care: once per shift. So every time we work, we work as a block. Do it all together.” (Costa, Sanfelice &amp; Carmona, 2017)<sup>(1)</sup></p> <p>“Evito muito o manuseio, principalmente quando ele é prematuro.” (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016, p.744)<sup>(14)</sup></p> <p>“Quanto aos cuidados promotores de segurança [e humanização dos cuidados], elencam-se: termorregulação, cuidados com a pele do recém-nascido, (...) higienização e banho, mudança de decúbitos (...)”(Sena et. al, 2015, p.9435)<sup>(6)</sup></p> <p>“Algumas medidas como amamentação ou sucção não nutritiva (...) fazer o enrolamento antes do procedimento doloroso (...)” (Ferreira, Amaral &amp; Lopes, 2016, p.9433)<sup>(6)</sup></p> <p>“(…) também foram referidas pelos profissionais (...) respeitar o mínimo manuseio; e realizar os procedimentos em bloco (agrupar cuidados) (...) e a mudança de decúbito” (Roseiro &amp; Paula, 2015, p.116)<sup>(11)</sup></p> <p>“It is worth mentioning that mother-child dyad approach not only contributes to he exercise of motherhood but, also, facilitates breastfeeding and</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manipulação mínima<sup>(1,14,17)</sup></li> <li>• alternância de decúbitos<sup>(6, 11)</sup>,</li> <li>• posicionamento terapêutico <sup>(14)</sup></li> <li>• contenção facilitada<sup>(1,6,11)</sup></li> <li>• promoção do toque precoce<sup>(11,17)</sup></li> <li>• método canguru<sup>(1,3,4, 5,6, 11, 14,17)</sup></li> <li>• promoção do aleitamento materno<sup>(4,6,11,14,17)</sup></li> <li>• promoção da vinculação<sup>(3,4,14, 31)</sup></li> <li>• cuidados em bloco<sup>(1, 11)</sup></li> <li>• sucção não nutritiva<sup>(6,11,31)</sup></li> <li>• cuidados à pele<sup>(6)</sup></li> <li>• banho<sup>(4,6, 14)</sup></li> <li>• termorregulação<sup>(6,11)</sup></li> </ul>

strengthens feelings of love and affection (...)" (Lopes, et. al, 2017, p.4495)<sup>(4)</sup>

"(...) percebe-se que a prestação da assistência neonatal prioriza intervenções que consistem (...) posicionamento terapêutico (...)" (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.747)<sup>(14)</sup>

"Trata-se de rotinas e técnicas, direcionadas principalmente a: (...) manutenção da temperatura (...)" (Roseiro & Paula, 2015, p.112)<sup>(11)</sup>

"(...) we puncture the baby, we try to calm him down, restrain him, [...] wrap him to make him feel safer." (Costa, Sanfelice & Camona, 2017)<sup>(1)</sup>

"A respeito dos procedimentos para amenizar a dor dos bebês (...) sucção não nutritiva e outras técnicas como: contenção (...)" (Roseiro & Paula, 2015, p.115)<sup>(11)</sup>

"(...) the child likes [humanised care], because it is a cozier way to take care of them (...) method is the kangaroo, right?!" (Costa, Sanfelice & Carmona, 2017)<sup>(1)</sup>

"Mothers who have experienced the Kangaroo method report learning about the child, especially the contact intimacy that the method provides" (Lelis, et. al, 2018, p.1566)<sup>(3)</sup>

"(...) the kangaroo method collaborates to cope with the adversities that may compromise the neonate and his mother in the hospital environment. Thus, it is

possible to promote integral and humanized health care” (Lopes, et. al, 2017, p.4495)<sup>(4)</sup>

“(…) it was exposed on the humanized bath as a relaxing moment (…)”(Lopes, et. al, 2017, p.4495)<sup>(4)</sup>

“Entre as estratégias, destaca-se: (….) implantar o método mãe canguru (….)” (Fialho, et. al, 2016, p.2415)<sup>(5)</sup>

“O método canguru, por exemplo, deixa o recém-nascido todo envolto (….)”(Sena et. al, 2015, p.9435)<sup>(6)</sup>

“(…) as práticas mais relatadas foram (….) incentivar o contato pelo toque o mais precoce possível (….) incentivo à posição canguru, ao aleitamento materno (….)” (Roseiro & Paula, 2015, p.114) <sup>(11)</sup>

“As estratégias humanização abordadas na literatura brasileira têm destacado (….) o toque afetivo, (….) posição canguru, (….) incentivo ao aleitamento materno (….)”(Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.746)<sup>(14)</sup>

“A equipe de enfermagem destacou a importância da presença dos pais na unidade neonatal, uma vez que valoriza o estabelecimento do apego e vínculo entre pais e filho (….)”(Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.744)<sup>(14)</sup>

“Tais ações referem-se ao cuidado diário como (….) banho (….)” (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.746)<sup>(14)</sup>

“This aspect [kangaroo method] promotes the child’s

	<p>sense of belonging and a sense of being (she, the child, the family)” (Lelis, et. al, 2018, p.1566)<sup>(3)</sup></p> <p>“(…) identificou também que os profissionais ressaltam a importância do manuseio mínimo, bem como se estimula a realização do toque carinho.” (Ferreira, 2016, p.46)<sup>(17)</sup></p> <p>“Destaca-se um dos pilares do método canguru é o estímulo ao aleitamento materno (…)” (Ferreira, 2016, p.26)<sup>(17)</sup></p> <p>“(…) fica evidente a importância do cuidado de enfermagem e a aproximação com os recém-nascidos internados, bem como os pais, favorecendo o processo de vinculação (…)” (Ferreira, 2016, p.55)<sup>(17)</sup></p> <p>“(…) a norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso método canguru, que assegura o binómio mãe-filho aproximação precoce, estímulo do reflexo de sucção (…)”(Ferreira, 2016, p.25)<sup>(17)</sup></p>	
<p>&gt;28 dias de vida até 5 anos</p>	<p>“Evidenciou-se, também, no estudo, melhoria significativa pela utilização do brinquedo terapêutico como intervenção favorável para a melhoria da assistência e do cuidado humanizado de enfermagem” Rolim, et. al, 2017, p.75)<sup>(7)</sup></p> <p>“Outro tipo de cuidado se refere à utilização de recursos alternativos na enfermeira hospitalar, quando o enfermeiro o brinquedo para facilitar a adesão da criança a algum procedimento técnico a ser realizado” (Azevêdo, Júnior &amp; Crepaldi, 2017, p.3661)<sup>(8)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinquedo terapêutico<sup>(7,8,10,11,12,15)</sup></li> <li>• Teatro de fantoches<sup>(2,7,15)</sup>;</li> <li>• Histórias infantis<sup>(2,7,10)</sup>;</li> <li>• Pinturas<sup>(2,7)</sup>;</li> <li>• Promoção da saúde<sup>(2,7,15)</sup></li> <li>• Limite de tentativas de procedimentos<sup>(11)</sup></li> </ul>

“The therapeutic toy can be a valuable instrument to help children prepare for events and/or procedure because it not only allows them to release their feelings and better understand the situation (...)” (Silva, et. al, p.63)<sup>(10)</sup>

“Diante da situação de hospitalização, certas iniciativas de humanização da assistência auxiliam a criança a vivenciar esse processo, entre elas está o uso do brinquedo terapêutico.” (Nascimento, et. al, 2016, p.115)<sup>(12)</sup>

“(…) as well as the scripts developed (...) to construct conversations with the children (...)” (Silva et. al, p.64)<sup>(10)</sup>

“São realizadas atividades lúdicas, voltada para a educação para a saúde, entre elas: arte com balões e com pinturas, contar histórias, desenhos, magia (...) teatro, (...)” (Rolim, et. al, 2017, p.75)<sup>(7)</sup>

“Efetua-se, além da exploração de atividades lúdicas utilizando recursos como bonecos (fantoques), jogos didáticos, brinquedos, livros e revistas infantis, uso de fantasias de contos de fada para a realização (...) de orientações básicas (...) tais como: higiene corporal, alimentação saudável, qualidade de vida, vacinação e outros percebidos como necessidades do público-alvo. (...) jogos educativos (...) pinturas (...)” (Bosco, et. al, 2019, p.1175)<sup>(2)</sup>

“(…) o enfermeiro pode desenvolver brincadeiras,

	<p>teatro (...)” (Santos, et. al, 2017, p.36) <sup>(15)</sup></p> <p>“O uso dessa técnica por profissionais deixa a criança mais calma diminui de forma significativa os seus medos (...) portanto, o brinquedo terapêutico foi sugerido (...) como parte da sistematização da assistência de enfermagem (...)” (Santos, et. al, 2017, p.37)<sup>(15)</sup></p> <p>“O lúdico proporciona às crianças uma maneira mais prazerosa de entender a educação em saúde facilitando a forma de entendimento sem causar expectativa negativa.” (Santos, et. al, 2017, p.33)<sup>(15)</sup></p> <p>“(…) outras técnicas como (...) limite de tentativas nos procedimentos (como punção venosa).” (Roseiro &amp; Paula, 2015, p.115)<sup>(11)</sup></p>	
<p>Comuns a crianças até idade pré-escolar</p>	<p>“Utilizaram-se, além destes, jogos de cadeiras, com músicas infantis (...)” (Bosco, et. al, 2019, p.1175)<sup>(2)</sup></p> <p>“Entre as estratégias, destaca-se (...) implantar musicoterapia (...) protocolos de controlo de dor (...)” (Fialho, et. al, 2016, p.2415) <sup>(5)</sup></p> <p>“São realizadas atividades lúdicas (...) musicoterapia (...)” (Rolim, et. al, 2017, p.71)<sup>(7)</sup></p> <p>“(…) o enfermeiro pode desenvolver brincadeiras, (...) música (...)” (Santos, et. al, 2017, p.36) <sup>(15)</sup></p> <p>“(…) as medidas não farmacológicas, devem fazer parte das rotinas das unidade de terapia intensiva neonatal (...)” (Ferreira, 2016, p.30) <sup>(17)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• musicoterapia<sup>(2,5,7,15)</sup></li> <li>• estratégias de controlo da dor<sup>(5,17)</sup>.</li> </ul>

Família

“The need and importance of the creation of spaces where mothers can express the demands related to themselves and the moment they are lived, spaces that favor the decrease of the psychological stress during hospitalization (...)” (Lelis, et. al, 2018, p.1566)<sup>(3)</sup>

“(…) importância da promoção de (...)espaços onde eles possam expressar suas vivências das situações cotidianas (...)” (Roseiro & Paula, 2015, p.117)<sup>(11)</sup>

“(…) it was exposed on the humanized bath as a relaxing moment and, in order to propitiate it to the babies, instructions were given to the parents so that it was offered in the best way” (Lopes, et. al, 2017, p.4495)<sup>(4)</sup>

“O cuidado da equipe de enfermagem destinado ao familiar/acompanhante relaciona-se à transmissão de orientações educativas para que os pais possam observar as mudanças físicas que ocorrem na criança (...)”(Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3661)<sup>(8)</sup>

“Tem-se como imprescindível a aproximação do familiar, que tem papel importante nos cuidados da criança e na condução das dificuldades vivenciadas durante o processo de internamento (...)”(Bosco, et. at, 2019, p.1176)<sup>(2)</sup>

“Enfermeiros e médicos destacam a importância da linguagem e do envolvimento com os acompanhantes na tomada de decisões no tratamento da criança (...)”(Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3659)<sup>(8)</sup>

- grupos de apoio aos pais<sup>(3,11)</sup>
- empowerment/capacitação dos pais<sup>(4,8)</sup>
- inclusão dos pais/família na prestação de cuidados à criança<sup>(2,4,8,9,11,14,15,16)</sup>
- permanência durante o internamento da criança<sup>(5,8,11,14,17)</sup>
- acolhimento<sup>(1,2, 3, 5, 8,9, 11, 14, 16)</sup>

“A opinião da mãe é de fundamental importância para que a enfermeira obtenha informações relevantes sobre a saúde da criança, pois ela é a pessoa que mais conhece a realidade do seu filho (...)” (Reichert, et. al, 2016, p.2378) <sup>(9)</sup>

“(…) os profissionais entendem a importância do contato e participação dos pais junto do bebê(…)” (Roseiro & Paula, 2015, p.113) <sup>(11)</sup>

“A equipa de enfermagem destacou a importância da presença dos pais na unidade neonatal, (...) bem como a participação no processo terapêutico e cuidados assistências” (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016) <sup>(28, p.744)</sup>

“Entre as estratégias, destacam-se: manter os pais mais tempo junto do recém-nascido (...)” (Fialho, et. al, 2016, p.2415) <sup>(5)</sup>

“Enfermeiros valorizam a presença do acompanhante no momento da admissão da criança no hospital (...)” (Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3657) <sup>(8)</sup>

“A presença da família foi um dos aspetos apontados pelos participantes como muito importante para a oferta de assistência integral na unidade neonatal (...)” (Roseiro & Paula, 2015, p.113) <sup>(11)</sup>

“(…) also recognizing that it is up to the team to offer special attention, being welcoming and identifying needs that must be met.” (Costa, Sanfelice & Carmona, 2017) <sup>(1)</sup>

“Consiste-se o humanizar como um processo de

colaboração interdisciplinar entre usuário, profissional e familiar capaz de produzir qualidade de serviço como foco principal no acolhimento e bem-estar do paciente” (Bosco, et. al, 2019, p.1174)<sup>(2)</sup>

“The words of these mothers demonstrate how the conversation and the welcome that the team gave them helped them to better face the situation” (Lelis, et. al, 2018, p.1565)<sup>(3)</sup>

“Humanizar na unidade neonatal é acolher o recém-nascido e seus pais da melhor forma possível.” (Fialho, et. al, 2016, p.2415)<sup>(5)</sup>

“A família deve ser acolhida de maneira personalizada (...)” (Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3654)<sup>(8)</sup>

“(...) atenção humanizada, com vínculo, acolhimento e responsabilização, focada nas diversas necessidades específicas das famílias (...)” (Reichert, et. al, 2016, p.2376)<sup>(9)</sup>

“Entre as menções , encontram-se questões referentes ao acolhimento à família (...)” (Roseiro & Paula, 2015, p.113)<sup>(11)</sup>

“(...) a equipe de profissionais deve oferecer apoio e acolhimento aos pais para amenizar os conflitos e os momentos estressantes.”(Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.742)<sup>(14)</sup>

“(...) a presença dos pais acalma as crianças e diminui o estresse e ansiedade dos acompanhantes tornando o procedimento menos traumático.” (Santos, et. al,

2017, p.33)<sup>(15)</sup>

“ (...) cuidado compartilhado implica no desenvolvimento de um projeto terapêutico que integre a família e a enfermagem, suscitando habilidades e capacidades de comunicação, diálogo, acolhimento de diversas demandas (...)” (Ribeiro, et. al, 2017, p.352)<sup>(16)</sup>

“Os profissionais advertem que informar sobre o tratamento, realização de procedimentos e exames, bem como esclarecer as dúvidas que emergem diante dos mesmos, além de transmitir maior segurança e tranquilidade aos familiares, caracteriza-se como uma atitude de respeito e valorização da participação do familiar no tratamento da criança.” (Ribeiro, et. al, 2017, p.358)<sup>(16)</sup>

“(…) incentivando a presença constante da mãe junto do neonato” (Ferreira, 2016, p.26)<sup>(17)</sup>

Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com o ambiente

“(…) try to make less noise, to leave the light off.” (Costa, Sanfelice & Carmona, 2017)<sup>(1)</sup>

“Entre as estratégias, destaca-se: (...) diminuir a iluminação e ruído no sector (...)” (Fialho, et. al, 2016, p.2415)<sup>(5)</sup>

“Quanto aos cuidados promotores de segurança [e humanização dos cuidados], elencam-se: silêncio e ambiente tranquilo” (Sena et. al, 2015, p.9435)<sup>(6)</sup>

“Trata-se de rotinas e técnicas, direcionadas principalmente a: adequação da luminosidade e ruído do ambiente (...)” (Roseiro & Paula, 2015, p.112)<sup>(11)</sup>

“(…) as paredes das enfermarias deveriam ser coloridas, com pinturas de desenhos animados e outros enfeites, pois sabemos que o ambiente colorido contribui para a diminuição da ansiedade (...) das crianças (...)” (Nascimento, et. al, 2016, p.119)<sup>(12)</sup>

“Procuro reduzir ruídos e claridade, peço para a equipe se atentar aos alarmes (...)” (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.745)<sup>(14)</sup>

“Destaca-se que os estímulos ambientais prejudiciais da unidade neonatal, como ruídos, iluminação (...)” (Ferreira, 2016, p.26)<sup>(17)</sup>

- Redução do Ruído <sup>(1,5,6,11,14,17)</sup>;
- Redução da luminosidade <sup>(1,5,11,14,17)</sup>;
- Espaço físico colorido <sup>(12)</sup>;

Intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados relacionadas com a interação enfermeira-cliente

“(…) humanized care as “caring as if it were your family”.(…) putting oneself in the other’s shoes and thinking that care should be directed from the perspective of “how i would like to be treated”” (Costa, Sanfelice & Carmona, 2017)<sup>(1)</sup>

“Proporcionaram-se, pelo brincar, a distração das crianças e maior interação entre elas, favorecendo, também, a interação entre os acadêmicos e as crianças, como também entre estes e os acompanhantes, promovendo, assim, uma relação de empatia (...)” (Bosco, et. at, 2019, p.1176)<sup>(2)</sup>

“Atender o indivíduo de forma individualizada e integral em um exercício de empatia foi também o entendimento de humanização (...)” (Fialho, et. al, 2016, p.2415)<sup>(5)</sup>

“(…) enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar queixas e estabelecer vínculos” (Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3654)<sup>(8)</sup>

“O sentimento de empatia precisa ser cultivado desde a gestação, no domicílio por ocasião da primeira semana de vida da criança (...)”(Reichert, et. al, 2016, p.2378)<sup>(9)</sup>

“At such a delicate time, the reception and availability of someone from the health team proved to be an importante comfort” (Lelis, et. al, 2018, p.1565)<sup>(3)</sup>

“Tem-se como imprescindível a aproximação do

- relação de empatia<sup>(1,2,5,8,9,13,14)</sup>
- disponibilidade da equipa de enfermagem<sup>(3)</sup>
- escuta ativa<sup>(2,3,8,12,13,16,17)</sup>

familiar, (...) e isso inclui ouvi-lo e possibilitar que suas opiniões sejam levadas em consideração” ((Bosco, et. at, 2019, p.1176)<sup>(2)</sup>

“A família deve ser acolhida (...) por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas visando humanizar o cuidado” (Azevêdo, Júnior & Crepaldi, 2017, p.3654)<sup>(8)</sup>

“(…) na capacidade dos enfermeiros em prestar o cuidado humanizado, (...). Basta, portanto, saber dirigir palavras de conforto e segurança (...)”(Neves, et. al, 2016, p.??)<sup>(13)</sup>

“Procuro dar força à mãe, quando ela se encontra angustiada, apresentando choro fácil (...)” (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016, p.745)<sup>(14)</sup>

“(…) bem como na conversa, escuta e atenção ao acompanhantes.” (Nascimento, et. al, 2016, p. 114)<sup>(12)</sup>

“A humanização (...) também se manifesta através de uma comunicação efetiva (...) desenvolvendo uma escuta ativa.” (Neves, et. al, 2016, p.??)<sup>(13)</sup>

“(…) os familiares também reivindicam atenção dos profissionais de saúde por meio da escuta (...)”(Ribeiro, et. al, 2017, p.357)<sup>(16)</sup>

“Neste processo de internação, a enfermagem deve utilizar a comunicação efetiva para que a aproximação dos pais se torne mais próxima e confiante, procurando perguntar, escutar e ouvir” (Ferreira, 2016)<sup>(17)</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa, J. V. S., Sanfelice, C. F. O & Carmona, E. V.. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. 2019. *Journal of Nursing UFPE on line*, 13, 1-9. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242642/33479>
2. Bosco, E. B. D., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M. & Shimdt, C. L. Humanização hospitalar na pediatria: projeto “enfermeiros da alegria”. 2019. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13, 4, 1173-1178. doi:10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018
3. Lelis, B. D. B., Sousa, M. I., Mello, D. F., Werner, M., Velozo, A. B. F. & Leite, A. M. Acolhimento materno no contexto de prematuridade. 2019. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12, 6, 1563-1569. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230763/29182>
4. Lopes, T. R. G., Oliveira, S. S., Pereira, I. R. B. O., Romeiro, I. M. M. & Carvalho, J. B. L. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. 2017. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11, 11, 4492-4497. doi: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201727
5. Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Santos, R. S., Silva, L. R. & Salvador, M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10, 7, 2412-2419. doi: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201615
6. Sena, E. M. A. B., Lúcio, I. M. L., Costa, L. C., Mascarenhas, M. L. V. C., Souza, M. G. & Moreira, R. T. F. Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: manejo do procedimento e segurança do paciente. 2015. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12, 1, 1-10. doi:10.5205/1981-8963-v12i01a25229p1-10-2018
7. Rolim, K. M. C., Pinheiro, C. W., Magalhães, F. J., Frota, M. A., Mendonça, F. A. C. & Fernandes, H. I. V. M. História em quadradinhos: tecnologia em saúde para a humanização da assistência à criança hospitalizada. 2017. *Revista de Enfermagem Referência, Série I*, nº14, 66-78. doi:10.12707/RIV17028

8. Azevêdo, A. V. S., Júnior, A. C. L. & Crepaldi, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. 2017. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22, 11, 3653-3666. doi:10.1590/1413-812320172211.26362015
9. Reichert, A. P. S., Rodrigues, A. F., Albuquerque, T. M., Collet, M. & Minayo, M. C. S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção dos enfermeiros. 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 8, 2375-2382. doi:10.1590/1413-81232015218.07662016
10. Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M. L., Amorim, A. R. P., Pinheiros, F. T., Romanini, C., Silva, J. G., Joanete, S. & Alves, S. S. M. Using therapeutic toys to facilitate venipuncture procedure in preschool children. 2016. *Pediatric Nursing*, 42, 2, 61-68. Retirado de <https://www.pediatricnursing.net/ce/2018/article42026168.pdf>
11. Roseiro, C. P. & Paula, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal. 2015. *Estudos de Psicologia*, 32, 1, 109-119. doi:10.1590/0103-166X2015000100010
12. Nascimento, W. G., Silva, G., Oliveira, J. M. S., Moura, M. G. M. & Santos, R. V. O. Humanização da equipe de enfermagem no contato com a criança e família através do lúdico: um relato de experiência. 2016. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, três corações*, 14, 1, 113-121. doi:10.5892/ruvrd.v14i1.2438
13. Neves, F. G., Moraes, J. R. M. M., Morais, R. C. M., Souza, T. V., Ciuffo, L. L. & Oliveira, I. C. S. O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. 2016 *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20, 3. doi:10.5935/1414-8145.20160063
14. Ferreira, J. H. P., Amaral, J. J. F. & Lopes, M. M. C. O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. 2016. *Revista Rene*, 17, 6, 741-749. DOI:10.15253/2175-6783.2016000600003
15. Santos, S. S., Alves, A. B. S., Oliveira, J. C., Gomes, A. & Maia, L. F. S.. A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. 2017. *Revista Recien*, 7, 21, 30-40. DOI:10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.30-40

16. Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Thofehn, M. B., Mota, M. S., Cardoso, L. S. & Cecagno, S.. Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. 2017. *Revista Enfermagem UFSM*, 7, 3, 350-362. DOI: 10.5902/2179769226333
17. Ferreira, J. H. P. Percepção da equipa de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia neonatal. 2016. Universidade federal do ceará – curso de mestrado académico em saúde pública.  
[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016\\_dis\\_jhpferreira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016_dis_jhpferreira.pdf)



**APÊNDICE II: REFLEXÃO CRÍTICA – USO DO BRINQUEDO  
TERAPÊUTICO**





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

## **Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório**

Ensino Clínico no serviço de Urgência Pediátrica

Reflexão Crítica – uso do brinquedo terapêutico

Inês Russo Lopes

Lisboa

2020

## **INTRODUÇÃO**

A realização desta reflexão crítica está enquadrada no projeto de estágio referente ao estágio da unidade curricular Estágio Final e Relatório do curso de mestrado em enfermagem e especialidade em saúde infantil e pediátrica da universidade católica portuguesa de Lisboa.

Assim, o brinquedo terapêutico foi a temática escolhida por ser um tema transversal a toda a prática do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, incluindo o serviço de urgência pediátrica, estando descrito na literatura como uma das intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados. Tem como objetivo fazer uma análise sobre uma situação vivenciada por mim no serviço de urgência pediátrica onde o brinquedo terapêutico foi utilizado durante a prestação de cuidados.

O Ciclo reflexivo de Gibbs será o instrumento utilizado, sendo composto pelas seguintes etapas: descrição da situação, sentimentos e emoções, avaliação dos pontos positivos e negativos, análise e, por fim, a conclusão e planeamento da ação para o futuro.

As referências bibliográficas foram elaboradas segundo as normas de APA.

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

### 1. DESCRIÇÃO

A J. é uma *toddler* de 3 anos, que veio acompanhada pela mãe ao serviço de urgência pediátrica, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal ligeira localizada na fossa ilíaca direita desde há 3 dias, com agravamento progressivo da dor. Micções e dejeções mantidas, sem alterações. Após observação médica, a J. tinha como diagnóstico suspeita de apendicite aguda – confirmado através do exame complementar de diagnóstico ecografia abdominal - pelo que tinha indicação para realizar colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação e colocação de cateter venoso periférico.

Depois de preparado todo o material necessário, a J. foi chamada à sala de tratamentos. O procedimento foi explicado à mãe que concordou e disse “atenção que esta menina não é nada colaborante com as picas, tornando-se bastante difícil” (*sic*). Após esta afirmação abordei a J. identificando-me e coloquei-me à mesma altura que ela sentada na maca, tentando explicar o procedimento com linguagem adequada - o cateter é uma torneira especial para por os remédios para parar a dor de barriga; o garrote é uma pulseira que aperta um bocadinho o braço; o desinfetante é uma poção mágica que limpa o braço dos bichinhos que não conseguimos ver. Depois desta explicação J. olhou para a mãe e questionou se seria como das idas anteriores ao hospital, tendo a mãe respondido “mais ou menos” (*sic*). Como J. manteve-se renitente em colaborar foi utilizado o brinquedo que a acompanhava, um peluche chamado Fofinho. Assim, foi realizado um role play com a participação da J. sobre a punção venosa no Fofinho, sendo que ela escolheu o local onde foi colocada a “torneira mágica” e foi a J. que deu o “remédio para a barriguinha” com uma seringa. No final foi colocado um penso com bonecos no braço do Fofinho. Depois do role play J. encontrava-se mais faladora e mais descontrainda. Assim, com a ajuda da mãe, abraçando a J., distraíndo-a com o Fofinho e falando sobre o role play, J. foi bastante colaborante durante todo o procedimento tendo sido possível realizar a colheita de sangue e colocação de cateter venoso periférico sem dificuldade. No final J. referiu “vês mãe, agora tenho uma torneira que podes sempre dar os remédios, mesmo

aqueles que sabem mal”. Ainda foi oferecido um autocolante de bom comportamento a J. e ao Fofinho, ficando muito feliz, agradecendo. A mãe ainda verbalizou “nunca tinha corrido tão bem, muito obrigada, acho que vou passar a trazer sempre o Fofinho” (*sic*).

## **2. SENTIMENTOS E EMOÇÕES**

A realização de uma punção venosa é algo que me deixa particularmente nervosa por diversas razões: pela dor causada na criança e pela falta de experiência em puncionar crianças com mais de um mês de idade – considero que as veias são mais difíceis de ver e/ou sentir. Para além disso, por vezes, a não colaboração é maior pelo medo, têm mais força, podendo dificultar mais a punção venosa e conseguem verbalizar que está a doer, gritando e chorando muitas das vezes, algo que me deixa insegura. Para além disso, quando a mãe de J. refere que as experiências anteriores não foram positivas fiquei bastante apreensiva.

No entanto, depois do diálogo e da utilização do brinquedo terapêutico a J. ficou mais calma e faladora, colaborando na intervenção de enfermagem, o que me deixou mais tranquila, apercebendo-me que é uma estratégia importante e humanizadora dos cuidados de enfermagem. Fiquei mais segura e confiante nas minhas capacidades enquanto enfermeira, tendo desenvolvido competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

## **3. PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS**

Como pontos negativos destaco o ambiente físico da sala de tratamentos, uma vez ter pouco espaço para que o acompanhante esteja junto da criança, sendo um fator de maior *stress* e pouca luz. As experiências anteriores de J. relativamente às punções venosas eram negativas, dificultando a minha intervenção. O tempo necessário para a realização do role play pode ser elevado tendo em conta a afluência do serviço de urgência.

No entanto, como pontos positivos destaco a colaboração e apoio da mãe de J., mostrando-se sempre calma e compreensiva. Para além disso, a J. mostrou disponibilidade para me ouvir e para brincar comigo através do Fofinho, tendo sido um fator crucial para o sucesso da intervenção.

## **4. ANÁLISE**

O brinquedo terapêutico tem sido descrito pela evidência científica há vários anos como um instrumento importante para humanização cuidados de

enfermagem pois “(...) auxilia a criança na diminuição da sua ansiedade decorrente de situações ameaçadoras e atípicas, devendo ser implementado sempre que ela tenha necessidade de entender e lidar com experiências novas”. (Caleffi *et al.* 2016) Isto aplica-se a todas as faixas etárias incluídas no grupo pediátrico, tendo especial importância na idade pré-escolar pelo seu desenvolvimento cognitivo se encontrar na fase do mundo da fantasia, fazendo com que a sua “(...) permanência no hospital, em especial na unidade de emergência, seja vista como um mundo de mistério e terror, devido à incapacidade da criança em lidar com o abstrato, com a temporalidade dos fatos e com as relações de causa e efeito.” (Berté *et al.* 2017).

O brincar é algo inerente à criança e que promove o seu desenvolvimento psico-motor. Quando a criança recorre ao serviço de urgência muitas das vezes é-lhe retirada a oportunidade de brincar, restringindo-se apenas a “(...) procedimentos rápidos e pouca interação com o receptor desse cuidado, seja devido a um atendimento pontual, seja pela curta permanência do cliente nesse cenário, seja pela rapidez exigida em diversas situações” (Berté *et al.* 2017). Assim, “(...) o direito da criança brincar deve ser protegido, preservado e promovido por todos os profissionais envolvidos em seu cuidado.” (Maia, Ohara & Ribeiro 2019).

A utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro tem como objetivo “(...) estabelecer comunicação e relacionamento com a criança, conhecer seus sentimentos e preocupações, ajudar no alívio de sua tensão e ansiedade, além de prepará-la para procedimentos” (Caleffi *et al.* 2016). Assim, o enfermeiro dá oportunidade à criança de “(...) esclarecer suas dúvidas e curiosidades, diminuindo seus medos e compreendendo a necessidade de realizá-los.” (Caleffi *et al.* 2016) contribuindo para uma prestação de cuidados humanizada – “ (...) uma técnica que se torna possível dentro de um ambiente hospitalar mais humanizado é o uso do brinquedo terapêutico (...)” (Oliveira *et al.* 2020).

No entanto, o brinquedo terapêutico não é utilizado mais vezes pela falta de tempo dos enfermeiros, estando descrito em vários estudos – “ (...) dificuldades que foram impostas e que se destacaram nas literaturas é a falta de tempo dos profissionais da equipe, devido a grande demanda de serviço e a falta de estrutura física, não há um lugar específico onde se possa desenvolver tal atividade sem que haja a interferência na atividade realizada.” (Oliveira *et al.*

2020).

## **5. CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA ACÇÃO PARA O FUTURO**

Após adquirir conhecimentos sobre o brinquedo terapêutico e aplica-lo na prática posso concluir que as vantagens descritas pela literatura são evidentes na prática clínica, ou seja, é algo transferível. A satisfação da crianças e pais pelos cuidados prestados é maior, permite criar uma ligação empática num curto espaço de tempo, promove-se os cuidados atraumáticos bem como a humanização dos cuidados de enfermagem. Permite-me desenvolver competências enquanto enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrcia.

No futuro espero conseguir aplicar mais vezes o brinquedo terapêutico, gerindo melhor o meu tempo, bem como ter disponível um brinquedo que permita ser utilizado em diversas crianças, pois até agora apenas foi aplicado em crianças que traziam o seu próprio brinquedo para o serviço de urgência pediátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berté, C., Ogradowski, K., R. P., Zangonel, I. P. S., Tonin, L., Favero, L. & Junior, R. L. A (2017) Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Rev baiana enferm.* 2017;31(3):e20378.

Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B., & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e58131. Epub May 31, 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>

Maia, E. B. S., Ohara, C. V. S., & Ribeiro, C. A.. (2019). ENSINO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: AÇÕES E ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS UTILIZADAS POR PROFESSORES. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20170364. Epub February 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0364>

Oliveira D. S., Sousa T. V., Pereira M. C., Carvalho-Filha, F. S. S., Silva M. V. R. S. & Moraes-Filho I. M. (2020). Brinquedo terapêutico e a assistência de enfermagem: revisão integrativa. *REVISA*. 2020; 9(3): 563-72. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p563a572>

Veiga, M. A. B., Sousa, M. C. & Pereira, R. S. (2016). Enfermagem e o brinquedo terapêutico: Vantagens do Uso e Dificuldades. *Rev Electrónica Atualiza Saúde*. Salvador, v. 3, n. 3, p. 60-66, jan./jun. 2016



### **APÊNDICE III: CARTAZ HISTÓRIA ILUSTRADA**



HORA DA HISTÓRIA – COVID-19

Em 2020 nasceu um bichinho especial...



Chamo-me COVID e sou perigoso!

É tão pequenino que as pessoas só o conseguem ver através de uns óculos especiais



Quando faz companhia às pessoas deixa-as muito doentes!



Mas existem duas coisas que não deixam o COVID estar com as pessoas, impedindo que fiquem doentes



... A máscara e a lavagem das mãos



Proteje-te!  
Usa máscara e lava as mãos muitas vezes!

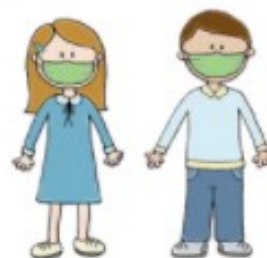


Ilustração realizada por Vanda Tomás



**APÊNDICE IV: GUIA DE ACOLHIMENTO RECÉM-NASCIDO DE  
MÃE COM INFEÇÃO POR COVID-19**



## ALTA DO RECÉM-NASCIDO

A alta do recém-nascido é independente da alta materna!

- Se o pai tiver teste COVID-19 **negativo**, o recém-nascido pode ter alta, ficando ao cuidado do pai;
- Se o pai tiver teste COVID-19 **positivo**, o recém-nascido pode ter alta ao cuidado de uma pessoa de referência, escolhida pelos pais, pelo que necessita de ser testada e estar negativa (situação discutida com de- legado de saúde).

Serão realizados todos os ensinamentos e esclarecimentos antes da alta, de forma a que se sintam confiantes e seguros a cuidarem do vosso bebé em casa!



Referências Bibliográficas:  
Direção Geral de Saúde (2020). Orientação COVID-19 Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade

## GUIA DE ACOLHIMENTO RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM INFEÇÃO CONFIRMADA POR SARS-CoV-2

## Parabéns!

Prontos para esta nova aventura?

Devido à atual situação de saúde que vivemos é necessário ter alguns cuidados para segurança de todos!

Os recém-nascidos de mãe COVID-19 positivo são internados na unidade de cuidados intensivos pediátricos,, piso 3.

O bebê ficará em isolamento de contacto e de gotículas **preventivo** dentro de uma incubadora, apresentando ou não sintomatologia.

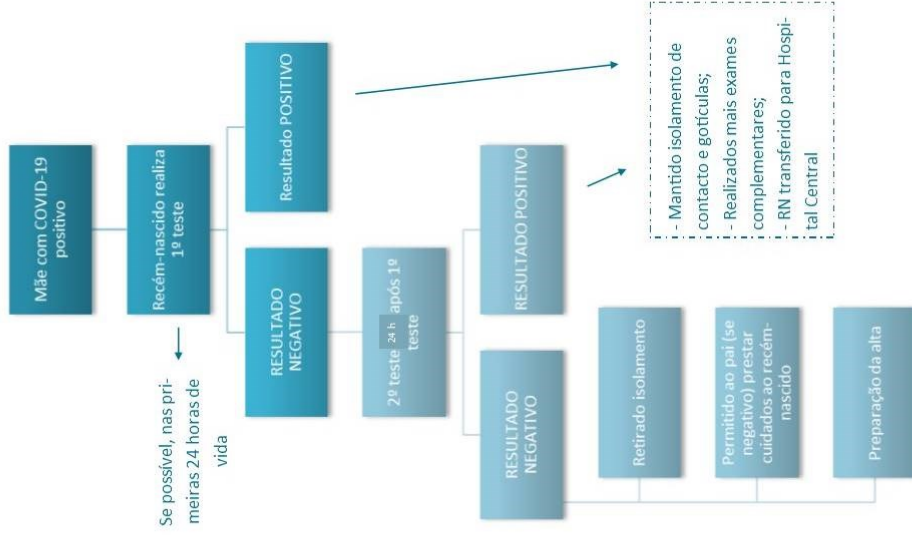
## VISITAS

Se o pai tiver teste COVID-19 negativo pode, desde o nascimento, visitar o recém-nascido, no entanto, sem contacto físico, num período entre as 09h e 20h.

- O pai estando negativo apenas pode ter contacto físico com o bebé após **dois testes negativos** do recém-nascido ao SARS-CoV-2.

A mãe COVID positivo não tem possibilidade de visitar o bebé.

## PLANO DE CUIDADOS



## INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO

Terá acesso a toda a informação sobre o estado de saúde do seu filho!

O pediatra irá ligar para si nas primeiras 24 horas após o nascimento para lhe dar informações clínicas.

A equipa de enfermagem que estará a cuidar do seu filho realizará uma chamada telefónica para si, dando informações de enfermagem, uma vez por dia.

O pai pode tirar fotografias ao bebé, sem flash, sempre que o visitar.

## AMAMENTAÇÃO

A Direção Geral de Saúde e a Organização Mundial de Saúde recomendam a manutenção da amamentação ou do aleitamento materno nos casos de mães positivas.

Em contexto hospitalar não é possível amamentar, no entanto, o seu leite (o melhor alimento de todos) pode ser dado ao bebé!

## DE QUE FORMA?

Podé fazer extração mecânica de leite.

Solicite a bomba de extração à equipa de enfermagem e ser-lhe-á explicado

todo o procedimento.

## APÊNDICE V: REFLEXÃO CRÍTICA: VIDEO-CHAMADA





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

## **Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório**

Ensino Clínico numa Unidade de Cuidados Intermédios

### **Reflexão Crítica**

Inês Russo Lopes

Lisboa

2020

## ÍNDICE

	Página
1. Introdução.....	3
2. Reflexão Crítica	
2.1 Descrição da Situação Vivida.....	4
2.2 Sentimentos e Emoções.....	5
2.3 Pontos positivos e negativos.....	5
2.4 Análise.....	6
2.5 Conclusão e Planeamento da ação para o Futuro.....	9
3. Referências Bibliográficas.....	10

## **1. INTRODUÇÃO**

A presente reflexão individual insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, estando inserida na unidade curricular Estágio Final e Relatório.

A situação que irá ser abordada correu durante o ensino clínico realizado na unidade de cuidados intermédios pediátricos. tendo sentido necessidade de refletir sobre a mesma de forma crítica uma vez estar inserida na temática humanização dos cuidados de enfermagem.

A elaboração da mesma terá como base o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) e todas as citações e referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a Norma APA, 6ª edição.

## 2. REFLEXÃO INDIVIDUAL

### 2.1 Descrição da Situação Vivida:

O D. é um toddler do sexo masculino, de 6 meses de idade e sem antecedentes pessoais relevantes, segundo a mãe. Encontrava-se internado na unidade de cuidados intermédios pediátricos com infeção confirmada por vírus sincicial respiratório (VSR).

Num turno da tarde, a mãe de D., depois de prestados os cuidados ao mesmo, ausentou-se do serviço para ir ter com o seu marido para ir buscar mais roupas e comida. Ao regressar ao serviço reparei que a mãe do D. encontrava-se chorosa, com um fáceis triste, pelo que a fui abordar, perguntando se estava tudo bem e de que forma a poderia ajudar. A mãe de D. refere que tem outro filho em casa de 5 anos que não via desde o início do internamento do D. e que hoje esteve com ele e “custou-me muito! Ele diz que sente muito a minha falta e só pergunta porque não vou para casa com o mano” (sic). A mãe de D. refere que lhe explicou que o D. ainda precisava de estar no hospital para ficar bem, pelo que o irmão de D. perguntou porque não o poderia ir visitar e ajudar. Foi-lhe dito que por causa do vírus COVID-19 ninguém pode ter visitas, tendo aceitado a resposta, no entanto, manteve-se triste. Demonstrei compreensão pela situação reforçando que não é fácil fazer a gestão de toda esta situação. A mãe referiu ter sentimento de culpa pelo fato de estar a acompanhar o D., que necessita dela, mas que está a “descorar” (sic) o seu outro filho. Referi que não deve sentir-se culpada pois está a dar apoio ao seu filho doente e que o outro se encontra na companhia do pai, no entanto, é difícil, especialmente na idade do irmão de D., compreender o internamento de D.. Como tal sugeri duas atividades que pudessem ajudar: realizar uma videochamada com o filho mais velho, mostrando o irmão e todo o contexto em que está inserido, sendo uma ótima oportunidade de o mesmo compreender melhor a situação. Para além disso, pode pedir para o irmão fazer um desenho de melhoras para o D., incluindo-o no processo de saúde-doença de D. e, mais tarde colocá-lo na unidade do D., mostrando-lhe que o desenho está ao pé do D. e que ele gostou muito, fazendo um reforço positivo e

de como ele contribui para a melhoria do irmão. A mãe mostrou-se receptiva às sugestões dadas realizando logo de seguida a videochamada.

No final da videochamada a mãe de D. abordou-me agradecendo pela sugestão pois o irmão de D. ficou muito feliz de ver o D. e mostrou-se mais compreensivo sobre a situação – “vendo o irmão de D. assim [mais compreensivo e feliz] acalmou o meu coração de mãe” (sic), melhorando o seu sentimento de culpa, tendo ainda referido que o irmão de D. disse “mãe, fica ai com o mano a tratar dele que eu fico com o pai à vossa espera, depois brincarmos todos”.

## **2.2 Sentimentos e Emoções**

Resultante da situação acima descrita, através da observação da comunicação verbal e não-verbal da mãe de D. foi-me possível identificar o seu sentimento de tristeza. Quando a questioneei se estaria tudo bem tive medo que a mãe não se sentisse confortável em expressar os seus sentimentos e preocupações, no entanto, depois de as expor senti-me feliz por confiar em mim. Para além disso, ao perceber que a mãe tinha aceite uma das minhas sugestões, a videochamada, senti que consegui contribuir de forma positiva para o problema apresentado, tendo a confirmação disso quando a mãe me veio agradecer dizendo ter sido uma solução viável.

## **2.3 Pontos positivos e negativos**

Como pontos negativos da situação descrita destaco a impossibilidade da troca de acompanhante, podendo levar ao desgaste do cuidador e dificultando a gestão familiar devido ao internamento do D..

No entanto, como pontos positivos destaco a relação empática entre mim e a mãe de D., bem como, através da videochamada, a inclusão do irmão e satisfação de ambos serem resultado de uma prática de enfermagem humanizadora.

## **2.4 Análise**

A humanização dos cuidados “está intrinsecamente relacionada com a capacidade de comunicação” (Silva, 2019), sendo o fio condutor da situação

descrita anteriormente. A comunicação é o caminho que permite ao enfermeiro estabelecer uma relação de empatia com a criança e a sua família, sendo que

“(...) assume extrema importância na prestação de cuidados humanizados, criando-se por intermédio desta, uma relação de confiança. Estes laços permitem identificar com rigor as necessidades sentidas, a nível emocional e tecnicista, e atuar no sentido de as suprir ou minimizar.” (Silva, 2019)

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica é essencial desenvolver competências comunicativas de forma a “assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018). A comunicação efetiva permite ainda ao enfermeiro utilizar “ (...) informação existente, avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar” (OE, 2018) contribuindo para cuidados de enfermagem completos, adequados e personalizados a cada criança/família.

No entanto, é necessário ter em consideração que a comunicação é feita de inúmeras formas, estando descritas como verbal e não-verbal, pelo que se complementam. Muitas das vezes o foco apenas se encontra na comunicação verbal, no entanto – “(...) é necessário estar atento para decodificar as mensagens não verbais que nos é transmitida. Pois quando isso não acontece estima-se que há uma perda de 65% do que é comunicado” (Mantovani & Ribeiro, 2018). Na situação acima descrita foi através da comunicação não verbal (choro e fáceis triste) que primeiramente tive a perceção que algo poderia não estar bem com a mãe do D.. Depois de a abordar sobre o assunto é que, através da comunicação verbal, obtive a confirmação de que a sua linguagem corporal tinha transmitido estava correto. Isto é, mais de 50% da mensagem foi transmitida através da linguagem não verbal. A teoria humanística de Zdred e Paterson dá ênfase à relação através do diálogo entre enfermeira-ser humano, descrevendo-a como uma troca de sentimentos, sensações e experiências, influenciando-se mutuamente.

O impacto do internamento de uma criança tem influência em toda a sua unidade familiar pois “a hospitalização da criança constitui uma experiência que origina grandes mudanças na vida da criança e da família” (Serra, 2019). A alteração de rotinas familiares exige uma grande capacidade de adaptação a uma nova realidade, tendo em conta que essa nova realidade é imposta por uma situação de doença que necessita de internamento hospitalar e que

“(...) conferem vulnerabilidade quer à criança/jovem doente quer à família, ao serem colocadas sem aviso prévio num contexto onde o medo e confusão deixam as pessoas ansiosas (...) Carregada de medos, inseguranças e angústias, o internamento representa uma dificuldade ao retirar a criança/família do seu quotidiano e ao colocá-la num mundo desconhecido, com novas rotinas, equipamentos, pessoas, limitações de movimento, estímulos, procedimentos e dor.” (Serra, 2019)

Os sentimentos de tristeza e culpa descritos pela mãe de D. resultam da alteração da rotina familiar (decorrente do internamento), da sua limitação em estar presente para o seu outro filho e da verbalização do mesmo em sentir a sua falta – “é vital para que os outros filhos, saudáveis ou com doenças, que estejam em casa, também recebam carinho e cuidados dos pais” (Hilkner et al., 2019). A recolha da informação foi possível pela demonstração de disponibilidade e da escuta ativa - “é necessário que os profissionais da saúde se mostrem disponíveis, executando uma escuta atenta (...)” (Costa, A. R. et al. 2019) – sendo uma competência de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica – “facilita a comunicação expressiva de emoções” (OE, 2018). Segundo a teoria humanística de Zdred e Paterson “a disponibilidade e abertura de ambos para a relação permite à enfermeira compreender o outro de forma a responder às suas necessidades para que o ser humano tenha bem-estar ou estar-melhor (potenciar o estado de saúde), num determinado contexto (ambiente).” (Lúcio et al., 2008).

Para além disso, a situação atual de pandemia por COVID-19 que vivemos aumenta o sentimento de medo e insegurança e ainda limita mais a convivência familiar, uma vez que não são permitidas visitas. A videochamada permite ao irmão de D. ter contacto com o mesmo e observar todo o ambiente envolvente, dando resposta a uma necessidade familiar expressa, quer pela mãe como pelo irmão de D., através da tecnologia disponível, contribuindo assim para a humanização dos cuidados de enfermagem.

A sugestão do desenho e posterior feedback positivo tem como objetivo incluir o irmão de D. no processo de saúde – “ a inclusão dos irmãos é uma forma de se sentirem apoiados e a par do diagnóstico e prognóstico do irmão, durante todo o percurso da doença, seja num caminho para a cura, ou para a morte” (Hilkner et al., 2019).

No final, a mãe de D. referiu ter sido uma solução viável ao problema que me foi apresentado, o que me permitiu fazer uma avaliação sobre a minha intervenção de enfermagem. Para além disso, a satisfação do irmão de D.

influência a satisfação da mãe e vice-versa, sendo crucial, ao prestar cuidados especializados à criança ter em conta toda a sua família –

“considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (OE, 2018).

Uma vez que a disponibilidade emocional da mãe tem impacto direto no D., podendo influenciar o seu bem-estar emocional.

## **2.5 Conclusão e Planeamento da ação para o futuro**

A reflexão crítica sobre esta situação vivida levou-me a compreender a importância do Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na prestação de cuidados à criança e família, entendendo-a como uma unidade composta por diversos elementos que se influenciam mutuamente. A comunicação é um dos instrumentos chave para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados e aplicando os pressupostos da teoria de Zdred e Paterson o enfermeiro consegue estabelecer relações empáticas, identificar necessidades sentidas e desenvolver estratégias adequadas e personalizadas para cada criança e família. No futuro e em especial agora que vivemos em contexto de pandemia por SARS-CoV-2 é essencial priorizar a relação humana de forma segura. O isolamento social e a interação humana estão a ser condicionados. A natureza humana é dependente da relação e por sua vez da comunicação. Para a enfermagem é, mais do que nunca, importante humanizar os cuidados de enfermagem, levando a ganhos de saúde importantes e vitais.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chagas, L. P. (2015). Universidade Federal de Minas Gerais – Humanização em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. Trabalho para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem. Brasil.
2. Costa A.R., Nobre C.M.G., Gomes G.C., Nornberg P.K.O., Rosa G.S.M. (2019). Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. *J. nurs. health.* 2019;9(2):e199206
3. Hilker, S. H., Beck, A. R. Medeiros, T., Erika Z., & Dini, A. P. (2019). Percepções de irmãos de crianças hospitalizadas por doença crônica. *Revista de Enfermagem Referência, serIV(20)*, 77-86. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18074>
4. Lúcio, I. M. L., Pagliuca, L. M. F., Cardoso, M. V. L. M. L.(2008). Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido [Internet]. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*, vol. 42 , núm.1, marzo, 2008. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033294023.pdf>
5. Mantovani, M. S. & Ribeiro, M. C. P. (2018). A Influência da Comunicação não verbal na interação humana. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362 Vol. 16, nº2.
6. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
7. Regulamento nº 123/2011 de 12 de Julho (2018b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 35 (12-07-2018). 8648-8653.
8. Silva, G. S. C. (2019). Universidade de Évora: Instituto Politécnico de Beja - Humanização dos cuidados em Pediatria: atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa
9. Serra, F. A. N. (2019). Universidade de Évora: Instituto Politécnico de Beja – Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria. Lisboa



**APÊNDICE VI: PLANO DE ATUAÇÃO EM CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 AO NEONATO**



**SERVIÇO PEDIATRIA**  
**Atuação em contexto**  
**de pandemia por COVID-19 ao Neonato**



## **1. OBJETIVO**

O presente documento tem como principal objetivo descrever a metodologia de implementação e monitorização do plano de atuação do serviço de pediatria, face à pandemia de COVID-19 ao neonato de mãe com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 ou ausência de resultado de teste (rRT-PCR).

O presente plano tem por base as normas emitidas pelas entidades reguladoras e a evidência científica atual de forma a garantir uma resposta adequada, atempada e articulada tendo em conta a sua realidade.

## **2. ÂMBITO**

Aplica-se a todos os colaboradores, das Unidades do Serviço de Neonatologia, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, Bloco de Partos e Bloco Operatório Central

## **3. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS**

### **3.1 Definições:**

#### **Definição de Caso em Grávida:**

##### **1. Caso suspeito:**

- a.** Grávida com sintomas sugestivos de COVID-19.

##### **2. Caso Confirmado:**

- a.** Grávida que tem confirmação laboratorial de infeção por SARS-CoV-2, por teste laboratorial (RT-PCR ou rRT-PCR), independentemente dos sinais e sintomas.

Respeitando a norma da DGS 018/2020 de 30/03/20, atualizada a 5/6/2020.

#### **Definição de Caso em Recém-Nascido (RN):**

##### **1. Caso Suspeito:**

- a.** Recém-nascido de mãe com infeção confirmada por SARS-CoV-2;
- b.** Recém-nascido de mãe suspeita ou a aguardar resultado do teste para SARS-CoV-2;

c. Recém-nascido com história de contacto com um caso suspeito ou confirmado (familiar, cuidadores, pessoal de saúde e visitas);

d. Qualquer recém-nascido que, estando clinicamente estável, no decurso do internamento ou já no domicílio, surja com sinais e sintomas compatíveis com COVID-19 (febre/hipotermia, sintomas respiratórios ou sintomas inespecíficos como recusa alimentar ou vómitos).

## 2. Caso Confirmado:

a. Recém-nascido com confirmação laboratorial de infeção por SARS-CoV-2, independentemente dos sinais e sintomas.

## 3.2 Abreviaturas

**AO:** Assistente Operacional

**BO:** Bloco Operatório

**COVID-19:** Doença provocada por SARS-CoV-2

**DGS:** Direção-Geral da Saúde

**EPI:** Equipamentos de proteção individual

**INEM:** Instituto Nacional de Emergência Médica

**MCDT:** Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**SARS-CoV-2:** Novo Coronavírus, causador de COVID-19

**SINAVE:** Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

**SNS:** Serviço Nacional de Saúde

**UCIPed:** Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

## 4. DESCRIÇÃO

### 4.1 Notas Introdutórias

- A Organização Mundial de Saúde designa como COVID-19 a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2.
- As mulheres grávidas não parecem ser mais suscetíveis às consequências da COVID-19 do que a população em geral.
- Parece haver maior risco de parto pré-termo.
- Dado o escasso conhecimento científico não há consenso quanto à forma de reduzir o contágio entre mãe e filho, existindo apenas registo de um caso vertical. A transmissão neonatal horizontal é a mais provável.

- Não existe tratamento específico para o vírus SARS-CoV-2, pelo que o uso inadequado de antibióticos deve ser evitado.

## 4.2 Abordagem Clínica na Sala de Partos

### 1. Grávida com Infecção Suspeita ou Confirmada por SARS-CoV-2:

#### a. Parto Eutócico/Indução de Trabalho de Parto

- I. Os partos eutócicos e induções de trabalho de parto são realizados na sala 6 do Bloco de Partos (piso 3);
- II. O pediatra estará presente, devidamente equipado com os EPI preconizados;
- III. É a enfermeira do serviço de neonatologia que vai ao parto receber o recém-nascido e que avisa equipa de enfermagem da UCIPed;
  - a. Vestir um fato de circulação (solicitar ao Bloco de Partos) e os EPI preconizados, nos termos da Norma 007/2020 da DGS;
  - b. Levar a incubadora de transporte pelo circuito limpo e colocar em frente à sala 6 (local assinalado com X) – ver imagem 1;
- IV. Se o RN estiver hemodinamicamente estável, colocá-lo dentro da incubadora que se encontra fora da sala 6;
  - a. Retirar EPI e transportar o RN, através do circuito limpo (assinalado a azul na imagem 1), até ao quarto de isolamento da UCIPed;
- V. Se o RN necessitar de suporte ventilatório ou existir necessidade da incubadora de transporte entrar na sala de partos, a equipa do Bloco de Partos acionará o circuito COVID (contactada segurança e IBERLIM), de forma a que o RN seja transportado até ao quarto de isolamento do serviço de cuidados intermédios pediátricos pelo circuito COVID (assinalado a cor-de-rosa na imagem 1);
- VI. À chegada ao serviço de cuidados intermédios pediátricos, no quarto de isolamento, colocar o RN em incubadora, libertando a incubadora de transporte para ser descontaminada;

- VII. Apenas retirar os EPI's na adufa nos cuidados intermédios pediátricos;
- VIII. Se a enfermeira que foi receber o RN não permanecer com ele para lhe prestar cuidados deve:
  - a. Retirar o fato de circulação e colocá-lo num saco de plástico e entregar no Bloco de Partos;
  - b. Voltar a vestir a farda normal.

## IMAGEM

Imagem 1 – Circuito RN Filho de Grávida com Infecção Suspeita ou Confirmada por SARS-CoV-2 Parto Eutócico – Bloco de Partos piso 3

### **b. Cesariana**

- I. As cesarianas são realizadas no bloco operatório central (piso 2);
- II. O pediatra estará presente, devidamente equipado com os EPI preconizados;

- III. É a enfermeira do serviço de neonatologia que vai ao parto receber o recém-nascido e avisa a equipa de enfermagem da UCIPed;
  - a. Levar incubadora com monitor Nonim® e respetivo sensor pelo circuito limpo (assinalado a laranja na imagem 2);
  - b. Se previsão de necessidade de ventilação do RN, levar incubadora de transporte;
  - c. Deixar incubadora em zona de transfer para ser descontaminada (assinalado a amarelo na imagem 2);
  - d. Colocar fato de circulação e EPI's preconizados, nos termos da Norma 007/2020 da DGS e IT.GER.114, estando disponíveis no balneário do bloco operatório;
- IV. A mesa de reanimação está completa, tendo todo o material necessário. É da responsabilidade do Bloco Operatório a sua revisão e reposição de material;
- V. Os fármacos não se encontram dentro do bloco operatório, no entanto, se necessário, solicitar à enfermeira circulante que se encontra junto à janela dos limpos;
  - a. Os fármacos podem ser solicitados previamente ao parto, se for necessidade;
- VI. Após o nascimento, colocar recém-nascido na incubadora que se irá encontrar junto à porta de saída do bloco operatório;
- VII. Transportar o RN para o quarto de isolamento da unidade de cuidados intermédios pediátricos pelo circuito COVID (assinalado a verde na imagem 2) – utilizar o elevador nº14;
- VIII. Para uma melhor gestão de tempo, solicitar à equipa do bloco operatório que acionem o circuito COVID (segurança e IBERLIM) assim que iniciarem a cesariana;
- IX. Apenas retirar os EPI's na adufa nos cuidados intermédios pediátricos;
- X. Se a enfermeira que foi receber o RN não permanecer com ele para lhe prestar cuidados deve:
  - a. Retirar o fato de circulação e colocá-lo num saco de plástico e entregar no Bloco Operatório;

- b. Voltar a vestir o fardamento que entretanto a AO foi buscar ao vestiário do Bloco Operatório.

## IMAGEM

Imagem 2 – Circuito RN Filho de Grávida com Infecção Suspeita ou Confirmada por SARS-CoV-2 Cesariana – Bloco Operatório piso 2

### 2. Grávida com Ausência de Resultado do Teste SARS-CoV-2

#### a. Grávida assintomática

- I. Assume-se grávida com teste COVID-19 **negativo**;
- II. RN é internado no serviço de neonatologia em incubadora (unidade 7 preferencialmente) até resultado do teste COVID-19 materno;
- III. Ter em atenção a gestão de vagas do serviço de neonatologia;

#### b. Grávida sintomática ou em contacto com alguém positivo (assume-se **como caso suspeito**):

- I. RN é internado na unidade de cuidados intermédios pediátricos em incubadora e colocado em isolamento de contacto e gotículas até resultado do teste COVID-19 materno.

#### 4.3 Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido

- Recomenda-se manter, quando possível, a prática de clampagem tardia do cordão umbilical;
- O exame objetivo e o banho devem ser efetuados logo que possível;
- A vacina contra a hepatite B deve continuar a ser administrada à nascença, de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Vacinação. Quando tal não ocorrer deve ser administrada o mais precocemente possível no período neonatal;

#### 4.4 Testes Laboratoriais

- O momento ótimo em que o teste deve ser realizado ainda não está completamente definido.
- Em cada teste, fazer colheitas em dois locais distintos – nasofaringe (zaragatoas ou lavado) e orofaringe (zaragatoa) – consultar IT.PAT.0.98. Também podem ser consideradas amostras adicionais como aspirado traqueal ou aspirado de secreções brônquicas.
- Para realizar o teste, o enfermeiro deve recorrer à utilização de EPI adequados, conforme IT.GER.115.

##### 1. Recém-nascido de mãe com infeção confirmada SARS-CoV-2

- a. O diagnóstico molecular (rRT-PCR) deve ser feito ao RN nas primeiras 24 horas de vida;
- b. Se teste negativo, repetir novo teste 24 horas após ter realizado o 1º teste;
- c. Se teste positivo, **consultar ponto 4.5 Recém-nascido com infeção confirmada por SARS-CoV-2**;
- d. Apenas é levantado isolamento após **dois testes negativos** seguidos do RN, com intervalo mínimo de 24 horas e RN assintomático. RN poderá ser transferido para a unidade de neonatologia.

2. Recém-nascido de mãe com ausência de resultado do teste.

- a. Adiar a realização de teste ao RN até serem conhecidos os resultados do teste materno;
- b. Se a mãe for sintomática ou conhecimento de contacto com alguém positivo, o RN aguarda resultado materno na UCIPed, em incubadora em isolamento.
- c. Se a mãe for assintomática e o RN necessitar de cuidados neonatais, o mesmo aguarda resultado materno na unidade de neonatologia, em incubadora em isolamento.
- d. Se resultado do teste materno for negativo e RN assintomático devem ser levantadas as medidas de isolamento e transferir RN para o serviço de obstetria em alojamento conjunto com a mãe.

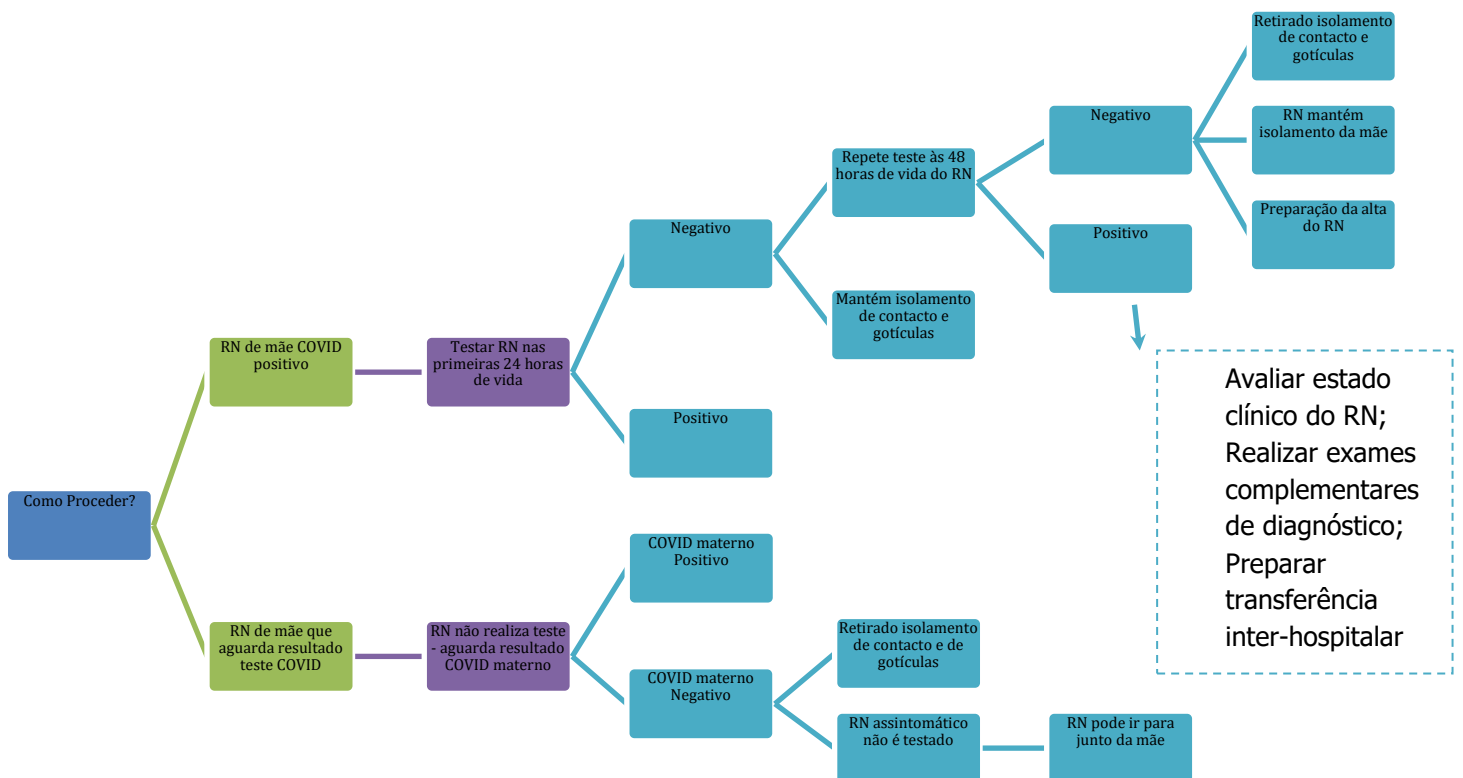


Figura 1 –Fluxograma sobre metodologia de atuação em RN de mãe com suspeita/confirmação/ausência de resultado de COVID-19

#### 4.5 Recém-nascido com infeção confirmada por SARS-CoV-2

- Para qualquer caso positivo para infeção por SARS-CoV-2 deve ser assegurada a notificação no SINAVE e iniciado rastreio de contactos pelas Autoridades de Saúde;
- A DGS recomenda vigilância clínica, monitorização dos sinais vitais, realização de ecografia pulmonar ou radiografia tórax e avaliação complementar clínica conforme necessidade;
- Se RN tiver dificuldade respiratória e necessitar de ventilação invasiva ou não invasiva ou administração de surfactante devem ser utilizados filtros antimicrobianos HEPA, pelo risco de aerossolização de gotículas;
- Recém-nascido com indicação para ser transferido para Hospital Central – **consultar ponto 4.11 transporte Inter-Hospitalar.**

#### 4.6 Visitas e Acompanhantes

- A mãe COVID positivo fica internada no serviço de infeciologia (piso 3), não tendo possibilidade de visitar o RN;
- O pai pode visitar o RN se tiver teste COVID negativo e/ou assim que a autoridade de saúde determinar o fim do seu isolamento profilático, **no entanto não pode ter contacto físico com o RN;**
  - Se a mãe testar positivo para a COVID-19 no momento do parto este deve contactar a linha de saúde 24 (808 24 24 24) e referir ter tido contacto direto com uma pessoa com infeção por SARS-CoV-2 confirmada (mãe do RN);
  - O pai apenas pode ter contacto físico com o RN depois de dois testes negativos seguidos do RN, com intervalo mínimo de 24 horas entre eles;
  - Tem um período de visita entre as 09h e as 20h, tendo que realizar inscrição no balcão central (piso 0).
- Não são permitidas outras visitas;

#### 4.7 Informações Clínicas sobre o RN

Uma vez que a mãe COVID positivo não tem possibilidade de visitar o RN o pediatra deve, através de chamada telefónica, fornecer informações clínicas sobre o RN nas suas primeiras 24 horas de vida.

A equipa de enfermagem da UCIPed deve realizar uma chamada telefónica a fornecer informações de enfermagem à mãe, uma vez dia. Poderá também, ser realizada videochamada com a mãe, pelo enfermeiro da UCIPed;

O pai durante a visita pode solicitar para que seja tirada uma fotografia, sem flash, ao RN.

#### 4.8 Amamentação e Aleitamento Materno

A OMS recomenda a amamentação ou o aleitamento materno nos casos de mães positivas ou em investigação, mantendo medidas de controlo de infeção.

Em contexto hospital não é possível que as mães positivas amamentem, no entanto, podem realizar extração mecânica do leite, segundo descrito na IT.NEO.019.00.

No domicílio, a mãe pode amamentar realizando lavagem das mãos e mamas com água e sabão e com a utilização de máscara, no entanto, é dever do enfermeiro esclarecer a mãe dos riscos de transmissão horizontal que existem.

#### 4.9 Preparação da Alta

A alta do RN é independente da alta da puérpera.

1. A alta do RN é realizada após dois testes **negativos** à COVID-19:

- a. O cuidador do domicílio (evitar pessoas que pertençam a grupos de risco) idealmente deve estar saudável e, sempre que possível, deve ser testado para SARS-CoV-2;
- b. Se mãe COVID positivo tiver alta pode coabitar com o recém-nascido, no entanto, devem manter as medidas de prevenção de infeção (uso de máscara, lavagem frequente das mãos e se amamentar realizar higienização das mamas) até estar recuperada:
  - a. **dois testes negativos** com pelo menos 24 horas de distância entre si (no caso de mãe com COVID-19 sintomática);

- b. **um teste negativo** (no caso de mãe COVID-19 assintomática).
- c. O enfermeiro é responsável pela articulação com o Cuidados de Saúde Primários para a supervisão da evolução RN no domicílio;

**2. Folhetos a entregar no momento da alta:**

- a. Ter em consideração as necessidades identificadas de cada cuidador/mãe/RN.
  - a. Cuidados ao cordão umbilical;
  - b. Cólicas;
  - c. Aleitamento materno;
  - d. Extração e Conversação de leite materno (poderá ser entregue à mãe ainda durante o internamento);
  - e. Preparação e administração de leite adaptado;
  - f. Manobra de desengasgamento.

#### **4.10 Transporte Inter-Hospitalar**

Todos os recém-nascidos que apresentem infeção confirmada por SARS-CoV-19 são transferidos para Hospital Central com o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

#### **4.11 Informações e Recomendações Gerais**

- O Guia de Acolhimento RN de Mãe COVID-19 Positivo encontra-se no serviço de infecciologia para ser entregue às mães;
- Avaliar os critérios de elegibilidade de vacinação BCG e, se elegível administrar vacina em contexto hospitalar antes da alta;
- O rastreio neonatal (diagnóstico precoce) deve continuar a ser efetuado entre o 3º e 6º dia de vida;
- A notícia nascimento deve continuar a ser realizada;
- O registo civil do recém-nascido pode ser pedido por qualquer um dos pais, através do Nascer Cidadão Online ou na conservatória;

## **DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- PLA.016.01 Plano COVID-19 Atuação PLA.016.00 Serviço de Pediatria – Atuação em contexto de pandemia por COVID-19
- IT.GER.053 Limpeza e desinfecção de material, equipamento e superfícies
- IT.GER.114 Utilização de Equipamentos de Proteção Individual, na fase de mitigação da pandemia de COVID-19
- IT.ADM.024 Visitas e acompanhantes de utentes internados em contexto de pandemia de COVID-19
- IT.NEO.015 Atendimento de recém-nascido filho de mãe com infeção suspeita ou confirmada pelo SARS-CoV2 (COVID-19)
- IT.PAT.098 Colheita de amostras para diagnóstico laboratorial de COVID-19
- IMP.GER.115 COVID-19 – Checklist de Colocação e Remoção de Equipamentos de Proteção Individual
- IMP.GER.116 Checklist Transferências Internas de Utes com COVID-19

## **6. REFERÊNCIAS**

Norma N.º 001/2020, de 16/03/2020, da DGS – COVID-19: Primeira Fase de Mitigação, Medidas Transversais de Preparação

Norma N.º 007/2020, de 29/03/2020, da DGS – Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Orientação N.º 026/2020, de 19/05/2020, da DGS – Cuidados ao Recém-nascido na Maternidade COVID-19

Orientação N.º 018/2020, de 30/03/2020 atualizada a 05/06/2020, da DGS – Gravidez e Parto COVID-19

## **7. ANEXOS**

Não aplicável.

## APÊNDICE VII: PIN'S







**APÊNDICE VIII: AVALIAÇÃO DO RUÍDO NA UNIDADE  
NEONATAL**



## **Autorização para a realização da avaliação de ruído na unidade neonatal**

Bom dia Inês

Concordo consigo , é um assunto muito pertinente para ser abordado na unidade. Claro que pode avaliar o nível de ruído na unidade , penso que vai surpreender todos os profissionais que aqui trabalham e fazê-los pensar que têm que modificar os seus comportamentos. Espero que no final as pessoas estejam esclarecidas e motivadas para adotar medidas para reduzir o ruído.

Com os melhores cumprimentos,

## Resultados obtidos

Cuidados Intensivos			
Avaliação nº	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	31	75	41
2	30,08	77,08	56,09
3	25,08	77,08	52,08
4	30,08	82	61,08
5	26,08	76,08	46,08
Cuidados Intermédios			
Avaliação nº	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	33,08	77,09	46,08
2	29	75	40
3	28,08	77,08	45,08
4	28,08	75,08	38,08
5	26,08	76,08	44,08
Sala de trabalho de Enfermagem			
Avaliação nº	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	34	72,08	50,08
2	30	76	46
3	30,08	76,08	48,08
4	32	75	51
5	31,08	72	47

**APÊNDICE IX: AÇÃO DE FORMAÇÃO: O IMPACTO DO RUÍDO  
NUMA UNIDADE NEONATAL**





CATÓLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Ação de Formação: O Impacto do Ruído no Recém-nascido numa Unidade Neonatal

Ensino Clínico na Unidade de Neonatologia

Inês Russo Lopes

Lisboa  
2020

## **Índice**

	<b>Página</b>
<b>Plano de Sessão</b>	<b>2</b>
<b>Poster divulgação Ação de Formação</b>	<b>6</b>
<b>Sessão de Formação</b>	<b>7</b>

## **Plano de Sessão**

### **Introdução**

A elaboração do presente plano de sessão formativa advém da identificação de uma necessidade identificada por mim mas também sentida pela equipa de enfermagem da unidade de neonatologia, relativamente ao ruído excessivo existente na unidade.

Esta temática é de extrema importância para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados assim como para a humanização dos mesmos (Negretto, Fonseca & Silva, 2018). O ruído excessivo tem consequências nefastas na saúde dos recém-nascidos, especialmente daqueles que por algum motivo necessitam de internamento numa unidade neonatal, isto pelo excesso de estímulos existentes nas unidades, sendo um deles o ruído (Negretto, Fonseca & Silva, 2018). Segundo a literatura científica, está também associado a défices auditivos, distúrbio do sono, atraso de desenvolvimento e retinopatia da prematuridade (Cardoso, et al., 2015).

Para além disso, o ruído é identificado como um fator de aumento de erros e acidentes por partes dos profissionais de saúde, assim como um maior desgaste físico e psicológico, podendo levar ao “burnout” profissional (SPN, 2018).

Deste modo, é importante sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto que o ruído tem nos recém-nascidos e profissionais de saúde de forma a modificar comportamentos trazendo ganhos em saúde.

### **Objetivos**

A sessão formativa terá como objetivos sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído quer no recém-nascido quer nos profissionais de saúde, apresentar os resultados obtidos da avaliação do ruído na unidade neonatal assim como diversos comportamentos e intervenções redutoras do ruído tendo em conta o contexto neonatal, com especial atenção à “hora da sesta”.

### **Plano da Sessão**

A data da realização da sessão formativa será dia 10 de Dezembro de 2020 às 14h00 na sala de trabalho de enfermagem da unidade de neonatologia – data e horário acordados com enfermeira chefe de forma a não interferir nas atividades da unidade e abranger o maior número de pessoas possível – é dirigida a toda a

equipa multidisciplinar, isto porque o ruído é produzidos por todos, sendo importante alertar de que forma cada um pode contribuir para a redução do mesmo . A duração da sessão será de 45 minutos, mais 15 minutos para esclarecimento de dúvidas/debate, estando organizada da seguinte forma:

<p>Introdução (10 minutos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da temática a ser abordada e dos objetivos da sessão de formação;</li> <li>- Introdução sobre o ruído como fator de stress;</li> <li>- Contextualização sobre o desenvolvimento do sistema auditivo e a influência do ruído</li> </ul>
<p>Desenvolvimento (30 minutos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilização sobre o impacto do ruído nos recém-nascidos, quais as suas consequências e manifestações fisiológicas;</li> <li>- Esclarecer o impacto do ruído nos profissionais de saúde;</li> <li>- Apresentação das recomendações existentes sobre o nível de ruído adequado para as unidades neonatais;</li> <li>- Apresentação dos resultados obtidos da avaliação do ruído na unidade de neonatologia;</li> <li>- Identificação das intervenções de enfermagem redutoras do ruído;</li> <li>- Exposição sobre a “hora da sesta”;</li> </ul>
<p>Conclusão (5 minutos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese das principais ideias;</li> <li>- Reforço da necessidade de alteração de comportamentos por parte da equipa multidisciplinar para reduzir o ruído na unidade de neonatologia;</li> </ul>
<p>Esclarecimento de dúvidas/debate e avaliação da sessão (15 minutos)</p>	

### **Metodologia**

A metodologia utilizada será a expositiva utilizando como recurso material um computador disponível na sala de trabalho de enfermagem da unidade neonatal

## Avaliação

No final da sessão, será solicitado a todos os participantes o preenchimento da folha de avaliação relativamente à formação que assistiram – instrumento de avaliação já existente na unidade de neonatologia.

## Competências de Enfermeiro Especialista Comum e Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Com o desenvolvimento desta sessão de formação foi-me possível desenvolver competências de enfermeira especialista comum tais como: planeamento de programas de melhoria contínua através da identificação de oportunidades de melhoria, sendo ela a redução do ruído na unidade neonatal (identificada por mim e pela própria equipa de enfermagem); a estratégia selecionada foi a realização da sessão de formação, atuando como formadora em contexto de trabalho assim como dinamizadora e gestora da incorporação de novos conhecimentos para a prática de cuidados de enfermagem; todo o conhecimento e informação transmitida foram baseados na evidência científica mais atual; utilização do instrumento de avaliação existente na unidade neonatal de forma a avaliar a formação realizada por mim contribuindo para o meu desenvolvimento profissional de melhoria contínua, assim como dos cuidados de enfermagem prestados.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria foi-me possível desenvolver competências relacionadas com a aplicação de conhecimentos relacionados com a saúde e bem-estar, neste caso do recém-nascido internado, uma vez que o ruído excessivo está diretamente relacionado com os mesmos.

## Conclusão

Com a realização desta sessão de formação espero conseguir sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para o impacto do ruído no recém-nascido e profissionais de saúde, demonstrando a necessidade de melhoria através dos resultados de avaliação do ruído na unidade apresentados e que as estratégias apresentadas para a redução do mesmo sejam aplicadas por toda a equipa multidisciplinar. O desenvolvimento desta temática deve ser contínuo e, por isso, é deixada como sugestão a criação da “hora da sesta” bem como considero pertinente uma nova avaliação do ruído na unidade após a formação, de modo a avaliar o seu impacto e as alterações de comportamentos adotadas.

### **Referências Bibliográficas**

Cardoso, S. M. S, Kozlowski, L. C., Lacerda, A. B. M., Marques, J. M. & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Braz J Otorhinolaryngol.* 81(6), 583-588.

Negretto, T. C., Fonseca, P. M. M. & Silva, S. R. R. (2018). Unidade de tratamento intensivo neonatal: principais fontes geradoras de ruídos sonoros. *Mogi das cruces*, 3(1).

Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, Nº 26 (06-01-2019). 311997376.

Regulamento nº 123/2011 de 12 de Julho (2018b). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. *Diário da República II Série*, Nº 35 (12-07-2018). 8648-8653.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018) Consenso Clínico - “O Som na Unidade de Neonatologia”.

## Póster divulgação Ação de Formação



### Sessão de Formação



Discente: Inês Russo Lopes  
Enfª Orientadora: Carla Coimbra  
Professora Orientadora: Elisabete Nunes

**Dia 10 de Dezembro de 2020**

**Às 14h00**

Local: Sala de Trabalho de Enfermagem da  
UCIN



## Sessão de Formação



Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

### O Impacto do Ruído no Recém-nascido numa Unidade Neonatal



Discente: Inês Russo Lopes

<https://revistanews.com.br/2018/11/20/crisis-ecologica-ao-mais-comum-em-bebes-temperamentos/>

### Objetivos

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído no recém-nascido e nos profissionais de saúde;
- Apresentar os resultados da avaliação do ruído na Unidade Neonatal
- Identificar comportamentos/intervenções de enfermagem redutoras do ruído em contexto de Unidades de Cuidados Neonatais.
- Promover debate na equipa multidisciplinar de forma a refletir sobre a prática e melhoria contínua de cuidados prestados.



<http://www.catedraeducacionjusticiasocial.org/pt/objetivos-pt/>

## Introdução

- "A incorporação de tecnologia para os cuidados dos recém-nascidos [com necessidade de cuidados neonatais] contribuiu para o aumento da sua sobrevivência, porém isso transformou as unidades em locais muito ruidosos" (Cardoso et al., 2015)
- "O ruído é um potente stressor para o prematuro e tem sido comparado aos aminoglicosídeos em detrimento do desenvolvimento da cóclea" (Rodarte et al., 2019)
- "O repouso auditivo é importante para o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido" (Cardoso et al., 2015)

Redução do ruído nas  
Unidades Neonatais

Humanização dos cuidados  
de enfermagem



## Contextualização

### Durante a gestação:

- O sistema auditivo começa a desenvolver-se às 22 semanas de gestação, ficando funcionalmente maduro entre a 28-30 semanas;
- Experiências auditivas durante o desenvolvimento fetal podem "induzir alterações no processo neural e na modelação do sistema auditivo central" (SPN, 2018) no feto;
- O peso de nascimento dos recém-nascidos é **menor** quando expostos ao ruído durante a gestação. (Rodarte, et al. 2019)

### Recém-nascido:

- O ruído excessivo das Unidade de Neonatologia pode contribuir "para as alterações neurocognitivas dos recém-nascidos pré-termo, levar a défice de atenção e alterações nas capacidades precoces de comunicação" (SPN, 2018)

# Impacto do Ruído no Recém-nascido

1-9% dos recém-nascidos pré-termo **apresenta** déficit auditivo



associado a

- Internamentos prolongados;
- Ventilação mecânica prolongada;
- Cirurgia Canal Arterial;
- Hemorragia peri-intraventricular;
- Hiperbilirrubinemia;
- Aminoglicosídeos; (SPN, 2018)



<https://blossom.com.br/blog/curiosidades/ouvido-humano/>

- "A perda auditiva induzida pelo ruído é um fenômeno bem estabelecido, em que a duração da exposição se correlaciona com a gravidade" (SPN, 2018)
- Pode ruído pode "(...)" prejudicar o cérebro imaturo e em desenvolvimento e apresentar efeitos negativos no desenvolvimento neurológico a longo prazo." (Rodarte, et al. 2019)
- "O ruído excessivo poderá influenciar o sistema neuroendócrino e ter um efeito direto na imunidade" (SPN, 2018).

# Impacto do Ruído no Recém-nascido

Efeitos fisiológicos do ruído no recém-nascido (RN):

- Bradicardia ou Taquicardia;
- Apneia;
- Hipoxemia;
- Aumento de pressão intracraniana;
- Aumento de pressão arterial;
- Alterações comportamentais (perturbação dos ciclos de sono);



Aumento do consumo de calorias disponíveis tendo impacto no crescimento do RN, no aumento de peso,  **aumentando o tempo de internamento**

(Cardoso et al., 2015)



- Retinopatia de prematuridade;
- Déficit auditivo;
- Atraso de desenvolvimento;



<https://interfisio.com.br/desmama-da-ventilacao-mecanica-em-neonatalogia/>

## Impacto do Ruído nos Profissionais de Saúde

- "As tarefas podem ser afetadas associando-se a **maior taxa de erros e acidentes**" (SPN, 2018);

- O ruído excessivo e contínuo em ambiente de trabalho têm efeitos "fisiológicos e psicológicos nos profissionais, sendo um fator que contribui para o desgaste profissional ("burnout")" (SPN, 2018).



<https://www.istockphoto.com/br/vetor/sinal-do-s%C3%ADmbolo-de-ru%C3%ADdo-isola-no-fundo-branco-ilustra%C3%A7%C3%A3o-eps-10-do-vetor-gm1195751721-340921768>



[https://br.freepik.com/icones-gratis/volume-maximo\\_704160.htm](https://br.freepik.com/icones-gratis/volume-maximo_704160.htm)

## Recomendações

- A **Organização Mundial de Saúde (OMS)** recomenda entre 30 a 40 dB, em unidades de terapia intensiva;

- **Associação Americana de Pediatria (AAP) e Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN)** refere que o nível de ruído > 45 dB numa unidade neonatal é prejudicial.



RECOMMENDATION

<https://pt.dreamstime.com/%C3%ADcone-da-recomenda%C3%A7%C3%A3o-no-fundo-branco-ilustra%C3%A7%C3%A3o-simples-do-elemento-conceito-de-mercado-projeito-edf%C3%A1vel-s%C3%ADmbolo-pode-ser-image141665929>



<https://www.spneonatologia.pt/>

## Resultados da avaliação de ruído na UCIN do

- As avaliações de ruído foram realizadas através da aplicação "Sound Meter", na unidade de medida decibéis (dB), durante os turnos da manhã – "(...) no período da manhã foram registados os níveis de ruído sonoros mais altos (...)" (Negretto, T.C, Fonseca, P. M. M. & Silva, S. R. R, 2018) – em três locais distintos: sala de cuidados intensivos, sala de cuidados intermédios e sala de trabalho de enfermagem.

### Ter em consideração:

"Ruídos são sons desorganizados em frequências fisiologicamente incompatíveis, que causam lesões físicas, psíquicas e comportamentais"

(Negretto, T.C, Fonseca, P. M. M. & Silva, S. R. R, 2018)



120dB - Threshold of pain, Thunder  
110dB - Concerts, Screaming child  
100dB - Motorcycle, Blow dryer  
90dB - Diesel truck, Power mower  
80dB - Loud music, Alarm clocks  
70dB - Busy traffic, Vacuum cleaner  
60dB - Normal conversation at 3ft.  
50dB - Quiet office, Moderate rainfall  
▶ 40dB - Quiet library, Bird calls  
30dB - Whisper, Quiet rural area  
20dB - Rustling leaves, Ticking watch  
10dB - Almost Quiet, Breathing

Aplicação "Sound Meter"

## Resultados da avaliação de ruído na UCIN do

- Cuidados Intensivos

Cuidados Intensivos			
	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	31	75	41
2	30,08	77,08	56,09
3	25,08	77,08	52,08
4	30,08	82	61,08
5	26,08	76,08	46,08

- A média de dB variou entre os 41 e os 61,08 dB;

- Durante a medição nº 4 (com valor mais elevado de dB) decorreu a intubação de um recém-nascido;

- O valor máximo de dB foi de 82 o que corresponde ao ruído de música alta e alarmes de relógios;



<https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2020/02/19/uti-neonatal-de-hospital-de-mt-esta-parada-ha-19-dias-por-falta-de-profissionais-especializados.ghtml>



<http://www.folhadointerior.com.br/municipios-do-rio-de-janeiro-terao-novos-leitos-de-uti-neonatal/>

## Resultados da avaliação de ruído na UCIN do

- Cuidados Intermédios

Cuidados Intermédios			
	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	33,08	77,09	46,08
2	29	75	40
3	28,08	77,08	45,08
4	28,08	75,08	38,08
5	26,08	76,08	44,08

- A média de dB variou entre os 38,08 e os 46,08 dB;

- O valor máximo de dB foi de 46,08 o que corresponde ao ruído de uma biblioteca silenciosa



<http://g1.globo.com/pernambuco/especial-publicitario/hospital-portugues/noticia/2016/06/banco-de-leite-humano-e-um-aliado-importante-no-estimulo-ao-aleitamento-materno-exclusivo.html>



<https://www.pinterest.co.kr/pin/613826624202472153/>

## Resultados da avaliação de ruído na UCIN do

- Sala de trabalho de Enfermagem

Sala de trabalho de Enfermagem			
	Min (dB)	Máx (dB)	Média (dB)
1	34	72,08	50,08
2	30	76	46
3	30,08	76,08	48,08

-A média de dB variou entre os 46 e os 58,08 dB;

- O valor máximo de dB foi de 76,08 dB o que corresponde ao ruído de um aspirador



[https://si2.depositphotos.com/5971898/11414/v/950/depositphotos\\_114149032-stock-illustration-silence-vector-icon.jpg](https://si2.depositphotos.com/5971898/11414/v/950/depositphotos_114149032-stock-illustration-silence-vector-icon.jpg)



<https://thumbs.dreamstime.com/b/medizinische-fachleuteikone-85791519.jpg>

## Comportamentos/Intervenções redutoras do ruído

- Silenciar alarmes de equipamentos o mais rápido possível e manter os volumes o mais baixo possível mantendo a segurança do RN;
- Colocar telemóveis em silêncio;
- Fechar cuidadosamente as portas das incubadoras;
- Vigiar e retirar frequentemente a água acumulada nos circuitos dos ventiladores;
- Ter cuidado na conexão e desconexão das rampas de oxigénio e ar comprimido;
- Não colocar objetos em cima das incubadoras;;
- Comunicar em tom de voz suave;
- Realizar discussão de casos/passagem de turno numa sala apropriada;
- Procurar minimizar o ruído na abertura de sacos de material;
- Usar cobertas acolchoadas nas incubadoras de forma a melhorar o isolamento acústico das mesmas;
- Utilização de cadeiras com pés enborrachados;
- Caixotes de lixo com tampos mais silenciosos;
- Calçado silencioso;
- Promover "hora da sesta"

# “Hora da Sesta”

- Diversos estudos apontam a “hora da sesta” como uma estratégia eficaz para reduzir o ruído nas unidades neonatais;
- Caracteriza-se por ser um período “em que toda a unidade deve estar em completo silêncio (...), responder prontamente aos alarmes, (...) iluminação reduzida, e manipulação mínima.” (Barsam, et al, 2019).



- Incluir pais e familiares na “hora da sesta” de forma a retirarem o som dos telemóveis e falarem baixo (Barsam, et al, 2019);
- Colocar um cartaz “na entrada da unidade para sinalizar o momento (...)” (Rocha, et al, 2020) da “hora da sesta”;

“Papás, é hora da sesta!”



Papás deixem-me dormir para poder crescer!



Períodos de 1 hora de “Hora da sesta” apresentam redução do ruído nas unidades neonatais assim como nos 30 minutos subsequentes (Rocha, et al, 2020)

## Conclusão

- O ruído existente nas unidades neonatais advém dos equipamentos existentes mas também dos profissionais de saúde;
- É importante adotar comportamentos promotores da redução do ruído nas unidades neonatais;
- A redução de ruído tem impactos positivos em saúde quer para os recém-nascidos quer para os profissionais de saúde.



<https://sites.google.com/site/computacaoperifericos/conclusao>



# Obrigada!

## Referências Bibliográficas

- Barsam, F. J. B. G., Teixeira, C. L. S. B., Oliveira, C. R., Lima, L. C. S., Ferreira, D. O., Silva, M. S. S. & Camargo, F. C. (2018). Gerenciamento de mudanças para o controle do ruído na terapia intensiva neonatal: relato de experiência. REME - Rev Enferm. DOI: 10.5935/1415/2762.20190001
- Cardoso, S. M. S., Kozłowski, L. C., Lacerda, A. B. M., Marques, J. M. & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. Braz J Otorhinolaryngol. 81(6), 583-588.
- Negretto, T. C., Fonseca, P. M. M. & Silva, S. R. R. (2018). Unidade de tratamento intensivo neonatal: principais fontes geradoras de ruídos sonoros. Mogi das cruces, 3(1).
- Rodarte, M. D. O., Fujinaga, C. I., Leite, A. M., Salla, C. M., Silva, C. G. & Scochi, C. G. S. (2019). Exposição e reatividade do prematuro ao ruído em incubadora. CoDAS 31(5). DOI: 10.1590/2317-1782/20192017233
- Rocha, A. D., Sá, P. M., Reis, D. B. C. & Costa, A. C. C. (2020). "Horário do soninho": uma estratégia para reduzir os níveis de pressão sonora em uma unidade e terapia intensiva neonatal. Enferm. Foco 11(1), 114-117
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018) Consenso Clínico - "O Som na Unidade de Neonatologia".



## **ANEXOS**



**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO III SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM**





III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem  
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Inês Russo Lopes, Enfermeira Alexandra Brás, Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Doutora Zaida Charepe, Prof. Doutora Sílvia Caldeira e Prof. Doutora Margarida Lourenço**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 27 com o tema **“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS A CRIANÇAS ATÉ IDADE PRÉ-ESCOLAR E FAMÍLIA: SCOPING REVIEW”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora

Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*  
Professora Auxiliar





**ANEXO II: CERTIFICADO CURSO DE TRIAGEM DE  
MANCHESTER**



**CURSO  
DE  
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA**

**CERTIFICADO**

*Inês Russo Lopes*

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado na CUF Academic Center, Camaxide, pelo Grupo Português de Triagem a 31 de julho de 2020, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 18 de agosto de 2020

O Coordenador do Curso

  
\_\_\_\_\_  
Paulo Quinteiro

Grupo Português de Triagem

  
\_\_\_\_\_  
Ângela Valença



**ANEXO III: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE  
FORMAÇÃO**



## AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação da

Ação de formação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Formação em sala

Horário: \_\_\_\_\_ Formação em contexto de trabalho

Local: \_\_\_\_\_

Grupo profissional do formando: \_\_\_\_\_

Função ou cargo do formando: \_\_\_\_\_

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante pois permite-nos aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas e como podemos melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação.

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

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não Aplicável
1	2	3	4	5	N/A

Considerando sempre o seu grupo profissional, função ou cargo, como avalia:

**1. Ação de formação em geral**

a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas actividades

b. Adequação da duração da acção

c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

d. Qualidade da ação relativamente às melhores acções já frequentadas

1	2	3	4	5	N/A

**2. Conteúdo da ação de formação**

- a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual
- b. Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)
- c. Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados
- d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

1	2	3	4	5	N/A

**3. Organização e logística**

- a. Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável
- b. Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação
- c. Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico

1	2	3	4	5	N/A

**4. Formadores**

- a. Definição inicial dos objetivos
- b. Domínio demonstrado do tema
- c. Exposição clara e precisa do conteúdo
- d. Motivação e incentivo à participação

Formador:					Formador:					Formador:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**Pontos fortes:**

---

---

---

**Pontos a melhorar/sugestões:**

---

---

---

**Obrigado!**