



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Papel Parental Durante a Hospitalização da Criança: Perceção dos Pais/Mães

RUI MANUEL MIRAGAIA MONTEIRO

Viseu, 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

PAPEL PARENTAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA: PERCEÇÃO DOS PAIS/MÃES

Rui Manuel Miragaia Monteiro

ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

7º Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Viseu,2021

**“Os que desprezam os pequenos acontecimentos
nunca farão grandes descobertas.**

Pequenos momentos mudam grandes rotas”

Augusto Cury

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, Professora Doutra Ernestina Batoca e Professora Doutora Isabel Bica pela colaboração, disponibilidade e suporte ao longo deste percurso, assim como todos os restantes professores.

Aos enfermeiros tutores, pelo acompanhamento, empenho, partilha de conhecimentos e experiências e às restantes equipas pelo acolhimento.

Aos meus pais, por todo o seu esforço desde sempre. Pelo apoio, ajuda, carinho e pelas palavras de força.

À minha esposa, Gracinda Aido e meus filhos, que sempre me têm apoiado, dando-me força e incentivo para que conseguisse concluir esta etapa. Pelo companheirismo, pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que desde sempre estiveram presentes, pelo incentivo e ajuda que me deram ao longo desta caminhada.

Aos colegas, que tive a sorte de conhecer durante o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Um agradecimento especial á Professora Doutora Ernestina Batoca e Enfermeira Rute Sampaio, duas pessoas muito especiais, que foram as impulsionadoras deste meu desafio.

O meu muito Obrigado!

RESUMO

Introdução: A parentalidade é o assumir de responsabilidades de ser pai/mãe de uma criança durante o seu desenvolvimento, implicando um papel ativo e eficaz, o papel parental. Este papel, que nem sempre é fácil pode tornar-se mais difícil quando a criança fica doente e necessita de hospitalização. A atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais, dos enfermeiros e das características das próprias crianças. Nesta situação estabelecer uma parceria de cuidados, entre enfermeiros e pais será o melhor caminho para alcançar melhores resultados.

Objetivos: Descrever o percurso formativo nos diversos contextos de estágio; refletir sobre as experiências e atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e compreender o papel parental na minimização dos danos na criança resultantes da hospitalização.

Metodologia: Descritiva e reflexiva sobre o percurso desenvolvido no contexto da prática clínica, que inclui um estudo exploratório de natureza qualitativa, no qual se aplicou como colheita de dados a entrevista semiestruturada, uma vez que se pretende descrever e interpretar as narrativas de pais de crianças hospitalizadas com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, realizadas no internamento do serviço de pediatria de um hospital central, numa amostra de 10 pais de crianças internadas.

Resultados: Da análise dos dados verificou-se que a maioria dos pais/mães referiram que a informação acerca do motivo do internamento e da doença da criança foi fornecida pelos enfermeiros na triagem. Todos os pais/mães mencionaram que a hospitalização de um filho e conseqüentemente os procedimentos efetuados criam neles sentimentos como angústia e ansiedade. O facto de os enfermeiros utilizarem sempre uma linguagem clara e os envolverem nos cuidados prestados à criança foi muito positivo e benéfico para esta tornando-a mais calma e segura. A perceção dos pais acerca da parceria de cuidados é muito positiva, referindo que esta transmite conforto para os pais/mães e para a criança reduzindo a ansiedade e stress neles e na criança e que contribuiu para a melhoria do seu desempenho nos cuidados prestados aos filhos.

Conclusão: Os resultados revelam que o papel parental é de grande importância na minimização dos danos resultantes da hospitalização da criança, o que requer uma parceria efetiva de cuidados. Compete, assim, aos enfermeiros estarem em alerta para minimizar os danos, e saberem oferecer o melhor para os pais e filho internado, tendo o enfermeiro especialista um papel fulcral na procura de melhores soluções durante a hospitalização.

Palavra-chave: Hospitalização, Criança, Enfermagem, Família, Parentalidade, Parceria de Cuidados

Abstract

Introduction- Parenting is the assumption of responsibilities of parenting a child during its development, implying an active and effective role, the parenting role. This role, which is not always easy, can become more difficult when the child becomes ill and needs hospitalization. The attitude of parents when dealing with their child's hospitalization depends on personal characteristics, on the nurses and on the characteristics of the children themselves. In this situation, establishing a care partnership between nurses and parents is the best way to achieve better results.

Objectives: To describe the training course in the different internship contexts, to reflect on the experiences and activities carried out for the development of common and specific competences of the nurse Specialist in Child and Pediatric health Nursing and to understand the parental role in minimizing the harm to the child resulting from hospitalization.

Methodology: Descriptive and reflective about the path developed in the context of clinical practice, which includes an exploratory study of a qualitative nature, in which a semi-structured interview was applied as data collection, since it is intended to describe and interpret the narratives of parents of children that are hospitalized aged between 3 and 10 years, carried out in the pediatric service of a central hospital, in a sample of 10 parents of hospitalized children.

Results: From the data analysis, it was found that most fathers/mothers reported that information about the reason for hospitalization and the child's illness was provided by nurses during triage. All fathers/mothers mentioned that the hospitalization of a child and consequently the procedures performed create feelings such as anguish and anxiety in them. The fact that nurses always use clear language and involve them in the care provided to the child was very positive and beneficial for the child, making it calmer and safer. The parents' perception of the care partnership is very positive, stating that it conveys comfort to the parents and to the child, reducing anxiety and stress in them and in the child and that it contributed to the improvement of their performance in the care provided to their children.

Conclusion: The results reveal that the parental role is of great importance in minimizing the damage resulting from the hospitalization of the child, which requires an effective partnership of care. It is thus up to nurses to be on alert to minimize damage, and to know to offer the best for the parents and for the hospitalized child, with the specialist nurse having a central role in the search for better solutions during hospitalization.

Keyword: Hospitalization, Child, Nursing, Family, Parenting, Care partnership.

SUMÁRIO

Introdução	17
PARTE I	21
1- Percurso Formativo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista	23
1.1- Estágio de neonatologia	24
1.2- Estágio de Pediatria.....	32
1.3- Estágio de Saúde infantil e Familiar	40
PARTE II	47
2 - Papel Parental na Hospitalização da criança	49
2.1- Descrição do Estudo Desenvolvido – Problemática	49
2.2- Enquadramento Teórico: – Efeitos da Hospitalização na Criança e nos Pais.....	51
2.3- A Parceria de Cuidados na Hospitalização da Criança – Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey	54
2.4 – Metodologia	57
2.5- Análise de Dados.....	60
2.6- Apresentação dos Resultados	61
2.7 - Discussão de resultados	75
Considerações Finais	83
Referências Bibliográficas	85
Índice de Anexos	89
Anexo	91
Anexo I: Escala de EDIN.....	93
Anexo II: Panfleto sobre os acidentes nos primeiros anos de vida.....	97
Anexo III: Guião da Entrevista Semiestruturada.....	101
Anexo IV: Pedido de autorização á comissão de ética do Centro Hospitalar Tondela Viseu	104

Índice de tabelas

Tabela 1: Caraterização Pessoal dos Entrevistados.....	63
Tabela 2: Caraterização Sociodemográfica e Clínica das Crianças.....	64
Tabela 3: Perceção face à Informação Disponibilizada Pela Equipa de Saúde	67
Tabela 4: Perceção dos Pais (pai/mãe) Acerca do Exercício Parental	71
Tabela 5: Perceção dos Pais (pai/mãe) Acerca do Exercício Parental (continuação)	73

SIGLAS

Aces – Agrupamentos dos Centros de Saúde

AO-Assistente Operacional

APT- Alimentação Parentérica

CHTV- Centro Hospitalar Tondela Viseu

CPAP- Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CNAF- Canula Nasal Alto Fluxo

EDIN- Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EESIP- Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria

EPE- Empresa Pública do Estado

EV- Endovenoso

FIO2- Fração Inspirada de Oxigénio

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

LF- Leite Formula

LM- Leite Materno

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL- Otorrinolaringologia

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

P.S.P- Polícia de Segurança Pública

RN- Recém-Nascido

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TA- Tensão Arterial

UCERN- Unidade Cuidados Especializados Recém-Nascido

USF- Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O presente relatório, inserem-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia que decorreu de 11 de janeiro a 16 de julho de 2021 com a duração global de 750 horas, integrada no 2º ano do plano de estudo do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Viseu do Instituto politécnico de Viseu.

A trabalhar com crianças, em contexto de internamento, desde 2001, sente-se necessidade de um aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área, o que leva a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolvido no Instituto Politécnico de Viseu.

A criança de hoje será o homem de amanhã, por isso é fundamental para o enfermeiro que presta cuidados à criança conseguir criar um clima de confiança com esta e com os seus pais/família, conseguindo uma parceria de cuidados, de modo a minimizar o stress e ansiedade dos mesmos e das crianças a quando do internamento, tornando-o assim um episódio menos traumatizante e sem repercussões na vida destas crianças.

O presente documento resulta de uma reflexão aprofundada dos conhecimentos teóricos com as competências desenvolvidas nos diferentes estágios e o exercício da vida profissional.

O presente relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso formativo nos diversos contextos de estágio;
- Refletir sobre as experiências e atividades realizadas para o desenvolvimento de competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Utilizar a metodologia qualitativa como forma de aprofundar conhecimentos sobre a perceção do papel parental durante a hospitalização;

Por vezes, a condição de saúde da criança leva à hospitalização e a vivência de ter um filho internado é uma situação difícil e complexa. A atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais dos pais, dos enfermeiros, bem como das características pessoais da própria criança. Nesta situação, a atitude dos pais para minimizar os danos resultantes da hospitalização na criança também esta dependente do tipo de cuidados e da própria condição de saúde da criança. É por isso fundamental que se fortaleça a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais, sendo este um excelente caminho para se poder minimizar os sentimentos de medo, stress e ansiedade que a criança vivencia. A criança hospitalizada, por vezes, experiencia medos e preocupações que incluem:

a separação dos pais e da família, ambiente desconhecido, tratamentos e perda da autodeterminação, o que exacerba os seus medos e preocupações. Assim, a prestação de cuidados centrados na família deve assentar na crença de que esse modelo de atendimento atende às necessidades psicossociais, emocionais e físicas da criança hospitalizada e da própria família.

A hospitalização de uma criança é uma fonte de ansiedade, depressão e stresse para os pais. Uma melhor saúde emocional e mental dos pais está associada a uma melhor saúde física e mental das crianças. Se as habilidades dos pais em participarem nos cuidados dos filhos hospitalizados são comprometidos por um sofrimento emocional, as crianças são suscetíveis de sofrer (Als, Picouto, Hau, Nadel, Cooper, Pierce, Kramer & Garralda, 2015). No estudo de Doupnik, Hill, Palakshappa, Worsley, Bae, Shaik, Qiu, Marsac e Feudtner (2017), os pais de crianças hospitalizadas relataram que o trabalho em parceria com os profissionais de saúde nos cuidados prestados ao seu filho, uma comunicação eficiente e uma relação empática com os enfermeiros ajudou-os a minimizar o impacto negativo da hospitalização no seu filho. Os mesmos autores referem que as intervenções para apoiar a saúde emocional dos pais têm o potencial de beneficiar as crianças. A experiência da hospitalização, para as crianças, pode ter um impacto emocional difícil de ser exteriorizado e expressado em palavras, o que, em muitos casos, pode, inclusive, levar a um conflito interno, cujo sintoma passa a ser algo difícil de expressar caso não haja uma boa gestão por parte da equipa de profissionais de saúde em parceria com os pais (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

O estudo efetuado tem como objetivo principal compreender o papel parental na minimização dos danos na criança resultantes da hospitalização.

Para alcançar estes padrões, deve-se ter em atenção a promoção da participação dos pais nos cuidados habituais, a promoção de competências parentais para prestar cuidados mais diferenciados e redução no nível de stress parental. Os enfermeiros, devem avaliar as capacidades ou limitações dos pais, motivar e ensinar, assim como supervisionar os cuidados prestados pelos mesmos.

Cabral (2012), defende que cabe aos enfermeiros a função de promotor da adaptação familiar á transição de saúde-doença da criança, detendo para além das capacidades técnicas, conhecimentos acerca da transição, adaptação, habilidades de comunicação e ter sensibilidade para compreender a essência dessa vivencia pelos familiares.

Para uma melhor sistematização e estruturação do relatório, este está organizado em duas partes. Na primeira parte é apresentada uma breve contextualização dos estágios, onde são caracterizados os locais onde estes decorreram e realizada uma reflexão acerca do percurso, as experiências vivenciadas, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas

ao longo dos mesmos, para a aquisição das competências inerentes á especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A segunda parte é constituída pelo enquadramento conceptual integrando a contextualização da problemática abordada, *papel parental na hospitalização da criança*, assim como a metodologia utilizada, os resultados, a discussão e a conclusão dos mesmos e fim as considerações finais.

PARTE I – PERCURSO FORMATIVO EM ESTÁGIO

1 - Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista

Com este capítulo pretende-se demonstrar o percurso, as experiências vivenciadas, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, para a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Para a sua elaboração utilizámos a metodologia descritiva e crítico reflexivo suportada por pesquisa bibliográfica

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (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 a família/pessoa significativa.” (O.E., 2018).

“A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com 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 de segurança do cliente.” (Kelly et al ,2007)

O enfermeiro especialista de Enfermagem em saúde Infantil e Pediátrica deve possuir competências específicas: deve assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Como tal, desenvolveu-se as competências especializadas previstas no plano de estudos do curso, empregou-se os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos para dar resposta às necessidades do RN/criança/jovem e família promovendo cuidados de enfermagem de qualidade e especializados contribuindo assim para um enriquecimento pessoal e profissional.

O estágio é uma estratégia do plano de estudos para a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e cimentação de novos saberes. Visa a consolidação e aprofundamento de conhecimentos, proporcionando o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este foi realizado em três serviços distintos: Unidade de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Unidade de Saúde Familiar.

1.1 - Estágio de Neonatologia

O Estágio de Neonatologia desenvolveu-se na Unidade de Neonatologia de 11 de janeiro a 19 de fevereiro de 2021, num hospital central da região centro do país.

A unidade de Neonatologia é um serviço onde se presta cuidados aos recém-nascidos de risco e alto risco. A idade alvo é desde as 32 semanas de gestação, até aos 28 dias de idade podendo ser alargada, dependendo da patologia do RN. Esta unidade tem como objetivo satisfazer as necessidades de toda a população pertencente a área de influência. Assegura a prestação de cuidados diferenciados aos RN nesta instituição, assim como RN de alto risco nascidos em outras maternidades. Os RN internados podem provir do Núcleo de Obstetrícia e Ginecologia (Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Sala de Partos e Internamento), Urgência Pediátrica, Consulta externa e por transferência de outros hospitais.

A Unidade de Neonatologia funciona desde 1 de abril de 1987 e teve origem no sector de Berçário do serviço de Obstetrícia. A existência de espaço físico no Serviço de Pediatria destinado a Neonatologia e a possibilidade de alargamento dos recursos humanos conduziram ao processo de adaptação e equipamento deste espaço a partir de janeiro de 1987.

Progressivamente a Unidade foi sendo dotada de equipamento que a pouco e pouco foi possibilitando o alargamento e melhoria dos cuidados prestados, aliada a uma vontade de progredir sentida pela equipa de enfermagem, diminuindo a mortalidade e morbilidade no distrito.

As novas instalações hospitalares permitiram, a partir de 16 de julho de 1997 um alargamento do espaço físico da Unidade tanto em área de cuidados como em área de apoio, reforçado pela aquisição de novos equipamentos.

A equipa de Enfermagem é composta por um enfermeiro chefe, 17 enfermeiros, sete dos quais com a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

A lotação oficial da unidade é de 12 leitos, no entanto este número pode ser ultrapassado de acordo com as necessidades.

Como unidade fechada e devido ao momento de pandemia que estamos a atravessar, apresenta algumas especificidades em relação a restrições de visitas, horário das mesmas e uso de vestuário apropriado.

O estágio de neonatologia teve a duração de 6 semanas e para este contexto foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro e de termo com necessidade de cuidados especiais e sua família;
- Cuidar do RN em situação de maior complexidade envolvendo os pais na parceria de cuidados;
- Demonstrar competências de assistência de enfermagem na área da neonatologia e dirigidas para a promoção da parentalidade e adaptação aos processos de saúde e doença;
- Aprofundar conhecimentos teórico-científicos na área da Neonatologia.
- Promover o toque afetivo dos pais em associação com a sua voz tranquilizadora de forma a aliviar, relaxar e transmitir afeto e calma ao recém-nascido e fornecer estratégias para a promoção do toque afetivo;
- Executar os registos de enfermagem de forma clara e concisos;

Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas na Unidade de Neonatologia

A prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da Neonatologia é um desafio constante devido à vulnerabilidade tanto do RN como da família. Requer uma vigilância permanente, competência, sensibilidade e respeito quer pelos pais que se sentem incapazes de cuidar o seu filho que está numa situação de grande vulnerabilidade, quer pelo RN que devido à sua vulnerabilidade está dependente da equipa que lhe presta assistência. Durante a hospitalização do RN prematuro na Unidade de Cuidados especializados ao RN, é imperativo o desenvolvimento do papel parental, cabendo ao EESIP promover este processo, pois o desempenho da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança e dos pais. É essencial que o EESIP esteja atento a este processo e desenvolva o seu processo de cuidados de forma coerente. Esta intervenção passa por demonstrar uma atenção especial aos pais desde a primeira visita à Unidade de Cuidados Especializados do Recém-nascidos até à integração nos cuidados ao RN.

O ensino clínico de neonatologia possibilitou o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de maior complexidade na área da neonatologia, como prestar cuidados a RN com necessidade de ventilação assistida, analgesia e sedação, controle de glicémias e preparação e administração de nutrição parentérica. Permitiu a participação na gestão de cuidados especializados ao RN/família com vista a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente na gestão da dor e bem-estar do recém-nascido, aplicando conhecimentos de medidas não farmacológicas de combate à dor e desconforto. No serviço, é usada a escala de EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). (Cf Anexo 1). Esta escala foi

desenvolvida na França por Debillon et al.(1994), com o objetivo de mensurar a dor prolongada em RN prematuros. É uma escala de referência em cuidados intensivos neonatais, que permite avaliar todos os tipos de dor. É de aplicação simples e rápida, pode ser utilizada em prematuros ou RN de termo até aos três meses de vida. (Debillon et al,1994; Debillonet al 2001; Pédiadol, 2015) e de acordo com alguns autores, pode ser usada a partir das 25 semanas de gestação e até ao ano de idade (OE, 2008).

Avalia a dor através da observação de cinco indicadores comportamentais: expressão do rosto, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação/ contacto com os enfermeiros (sociabilidade) e a facilidade da criança em ser reconfortada (consolabilidade). Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, variando o score entre zero e quinze pontos. Correspondendo uma pontuação zero a ausência de dor, um a quatro dor ligeira, cinco a oito dor moderada, nove a doze dor intensa e treze ou mais a dor muito intensa. A avaliação da dor visa promover cuidados personalizados e estimar a eficácia do tratamento instaurado, procurando solucionar precoce e atempadamente qualquer inadequação entre o tratamento e a dor que o latente apresenta (DGS, 2010)

Este estágio permitiu também, contactar com os pais/família dos recém-nascidos internados. Foi necessária alguma sensibilidade envolvendo-os nos cuidados em parceria, respeitando a sua individualidade, crenças e cultura e promovendo o seu envolvimento ativo com o recém-nascido, explicando-lhes a importância pelo respeito do sono e descanso do RN de forma a evitar a sua hiperestimulação.

Os pais/família vivem uma situação difícil devido à separação do RN, relacionada com sentimentos de medo, ansiedade e angústia, causados por uma realidade desconhecida, devendo a nossa atenção enquanto ESSIP recair também sobre as necessidades da família, facilitando a expressão/controlo emocionais e a adaptação psico emocional dos pais/família ao internamento neonatal. Durante o estágio procurou-se ter sempre em atenção a cultura, desejos, valores e crenças de cada família, atendendo à sua singularidade e individualidade.

Cuidar de crianças e das suas famílias implica ao enfermeiro possuir diversas competências nesta área. Neste sentido as experiências vivenciadas neste contexto de estágio, contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN e família. Todos os momentos constituíram a ligação entre o conhecimento teórico que tive oportunidade de aprofundar e o conhecimento empírico, cooperando para a articulação dos saberes adquiridos na prática e em experiências colaborando de uma forma inequívoca para o crescimento profissional, permitindo desenvolver as competências do EESIP de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), contribuindo para uma prática especializada, que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoio aos processo de melhoria contínua da qualidade de prestação de cuidados.

Salientamos que em todos os momentos de prestação de cuidados teve-se em conta o Código Deontológico dos Enfermeiros, sendo que as intervenções desenvolvidas estiveram de acordo com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da RN e família.

Houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade a alguns RN/família com necessidade de ventilação não invasiva devido à sua imaturidade pulmonar ou patologia subsequente.

A ventilação não invasiva através de CPAP nasal é a mais frequente. Teve-se a oportunidade de planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem a estes RN. Especial importância para a escolha do material com tamanho adequado ao RN por forma a ficar bem adaptado para evitar úlceras por pressão, suscitando uma reflexão em equipa, sobre a importância de utilizar uma escala para avaliação do risco de lesão da pele em RN. Aquando da manipulação do RN deve ser realizado alívio e vigilância da pele circundante onde adapta a máscara nasal ou o *sprong* nasal devido à fragilidade da pele dos RN.

Outra forma de administrar oxigénio é por cânulas nasais de alto fluxo e que representa um importante avanço nas alternativas para o suporte ventilatório não invasivo em RN com insuficiência respiratória aguda. Tem vantagens devido à melhor tolerância associada a bons resultados de eficácia na insuficiência respiratória hipoxémica. A cânula nasal de alto fluxo (CNAF) é uma modalidade de oxigenoterapia não invasiva que permite fornecer uma mistura aquecida e humidificada de oxigénio e ar com um fluxo inspiratório maior ou igual ao do paciente mantendo a fração inspirada de oxigénio (FiO₂) fixa, sendo classificada como sistema de fornecimento de oxigénio de desempenho fixo. Esse sistema é capaz de fornecer uma humidade relativa de quase 100% e com gás aquecido entre 34 °C e 37 °C (Rosinieski & Vento, 2018).

Na Unidade de Neonatologia os RN estão frequentemente com monitorização continua.

Em colaboração com a tutora e restante equipa prestou-se ainda cuidados ao nível de terapêutica, nomeadamente alimentação parentérica (APT) a RN prematuro, adquirindo competências diferenciadas. Relativamente à alimentação parentérica (APT), houve oportunidade de observar e participar na preparação da mesma e dos sistemas para infusão. Com a nutrição parentérica, pretende-se providenciar ao RN os nutrientes necessários para promover a retenção azotada e a reserva proteica, assim como fornecer energia para os processos metabólicos, facilitando o crescimento e a maturação (Pereira, 1995).

Durante a prestação de cuidados ao RN, e como já foi referido anteriormente, uma prioridade foi manter os pais informados sobre todos os cuidados prestados envolvendo-os como parceiros, sempre que possível nestes mesmos cuidados. Promover o envolvimento parental nos cuidados foi uma das preocupações. No sentido de apoiar os pais no processo de transição para a parentalidade, a nossa intervenção passou por apoiar os pais a adquirir competências necessárias para cuidar do RN. Negociou-se com os pais as decisões tomadas na prestação de cuidados, incentivando-os para a comunicação e interação com o seu RN, com o objetivo de criar laços afetivos e consolidar a vinculação. A família espera que a UCERN lhe conceda um ambiente de suporte, respeito, profissionalismo e espaço onde sejam capazes de dar carinho e atenção e que os ajude no seu papel parental, e a tornarem-se famílias de confiança.

O nascimento prematuro de um filho ou o internamento na UCERN, acarreta uma ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, que se prolongam mesmo quando o RN vai para casa. A família tem necessidade de se adaptar a sua nova realidade. Os pais apresentam um conjunto de necessidades específicas, como a obtenção de informação e de apoio, e de desenvolverem autoconfiança. Assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança e que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, são fatores críticos para o desenvolvimento futuro do RN.

Vários estudos referem que o tato é o mais importante sentido da comunicação não-verbal, entre os pais e o seu RN, pois é através da pele que se permite comunicar através do toque. A falta de toque e afeto, por parte de quem cuida, gera danos emocionais que podem desorganizar o comportamento das crianças.

Ao longo do estágio verificou-se a dificuldade de alguns pais em realizar o primeiro contacto com o seu filho, não sabendo como o executar. É primordial o papel do EESIP, em os ajudar a compreender os sinais de interação e a forma de responder aos mesmos, podendo esta resposta ser realizada através do toque. Nesse sentido, sempre que se teve oportunidade de interagir com os pais tentou-se transmitir a importância do toque afetivo para promover a regulação do RN e a importância para o seu desenvolvimento. O pedir permissão ao RN com um gesto simples de aquecer as mãos uma contra a outra antes de tocar no RN, ensinar os pais de que o toque deve ser feito com uma leve pressão contínua de forma a que o RN se sinta contido permitindo a sensação de segurança e tranquilidade. Aliado ao toque ensinou-se aos pais a falar com o seu filho de forma tranquilizadora para permitir o relaxamento, a transmissão de afeto e calma ao RN. Sempre que possível foi também promovido o toque através contacto pele a pele proporcionado pelo método Canguru e verificou-se que tanto os pais como os RN desfrutaram de forma muito positiva deste método. De salientar que devido

a situação pandémica que atravessamos só um dos progenitores podia estar sempre presente, ficando o outro progenitor condicionado a uma única visita durante todo o internamento.

Ensinou-se aos pais outras estratégias para a promoção do toque afetivo aliado à transmissão da sua importância ao longo do desenvolvimento da criança. Tentou-se sensibilizar os pais para a importância do toque através da massagem ou outras estratégias que promovam o toque ao longo do desenvolvimento da criança.

Relativamente à gestão da dor e bem-estar do recém-nascido, aplicou-se algumas intervenções não farmacológicas como a sucção não nutritiva, o uso de sacarose (segundo o protocolo do serviço), as mudanças de decúbitos, o uso de “ninhos” e de rolos de contenção, a preconização do método Canguru, o toque positivo e a diminuição da estimulação ambiental. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o método canguru teve origem na Colômbia em alternativa à falta de recursos, nomeadamente de incubadoras, tendo surgido em Portugal na década de 90. Este contacto consiste em colocar o RN em decúbito ventral no peito da mãe, do pai ou outro familiar (posição canguru) ligeiramente vestido e com o corpo seco. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, este método consiste no contacto pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebé. Como vantagens deste método para o RN, temos a diminuição da mortalidade e morbidade, a melhoria dos sinais vitais, além de que acalma a dor, promove a vinculação, promove o ganho de peso, diminuiu as infeções e a permanência na incubadora e promove também o aleitamento materno.

Outro aspeto importante na promoção de conforto ao nível das intervenções não farmacológicas, baseado na experiência adquirida é a colocação de uma fralda de pano ou de uma coberta sobre o corpo frágil do RN através de uma ação carinhosa, conferindo assim conforto, aspeto que pareceu ser bastante apreciado pelos pais.

Prestou-se cuidados específicos em resposta às necessidades do recém-nascido, em parceria com a família, respeitando sempre as suas crenças e cultura, evitando os juízos de valor. De acordo com Casey (1995), o sentimento de negociação e o respeito pelos desejos dos pais são a base da parceria de cuidados, uma vez que o RN alvo dos cuidados e a família a prestadora de cuidados a criança. A nossa intervenção passou por ter sempre em consideração a individualidade e a complexidade de cada família. O processo de negociação dos cuidados era iniciado o mais precocemente possível para que os pais se sentissem parte integrante da equipa, mostrando-se mais confiantes em relação a capacidade de cuidar do RN. A tomada de decisões partilhada facilitou a manutenção de laços familiares importantes para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização.

Promoveu-se o envolvimento ativo dos pais no planeamento e prestação dos cuidados ao RN, valorizando as suas competências e esforços e percebendo as suas necessidades/sentimentos incentivando a vinculação pais/filho.

Através de entrevistas informais com a enfermeira tutora e a outros elementos da equipa ficou-se a conhecer melhor a dinâmica do serviço. A observação do funcionamento da equipa de enfermagem e a consulta de documentação importante, nomeadamente normas e protocolos com maior relevância aos protocolos de medicação existentes na Unidade foram uma mais valia. A especificidade nos cuidados exigiu pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a prática, para uma prestação de cuidados de qualidade ao RN/ família. O enfermeiro deve possuir uma preparação aprofundada e atualizada de conhecimentos, pois a prestação de cuidados ao RN de pré-termo ou com necessidades especiais exige um maior rigor e minuciosidade. Durante o estágio tentou-se criar uma comunicação efetiva com os pais de forma a estabelecer uma relação de confiança no sentido de promover a parentalidade e conseguir transmitir segurança e tranquilidade necessárias para a prestação de cuidados.

No decorrer do estágio, tentou-se executar registos claros e concisos, de forma a facilitar a sua consulta e perceção por parte de toda a equipa.

No serviço de neonatologia, o processo de documentação é realizado em suporte de papel e está organizado de acordo com o processo de enfermagem. Existe um sistema de registos de enfermagem que incorpora as necessidades de cuidados de enfermagem ao RN/família, intervenções de enfermagem.

Na admissão/acolhimento do RN/família realizou-se a colheita de dados inicial, junto dos pais/ familiares, que visa um conhecimento aprofundado da dinâmica familiar, este conhecimento permite identificar condicionantes existentes e/ou possíveis, que possam afetar a criança/família, bem como identificar recursos a serem mobilizados no planeamento de cuidados. A parceria de cuidados entre o enfermeiro a família, potencia a segurança e a proteção da criança e coloca os pais no papel de mediadores do processo, na medida em que são eles o elo de ligação entre a criança e os enfermeiros.

O enfermeiro especialista nesta área “tem como desígnio, o trabalho em parceria com a criança/ jovem e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011, p.3)

A alta é um momento importante, o contacto com uma nova realidade é um fator de grande ansiedade para os familiares. O planeamento e continuidade dos cuidados do recém-nascido/família foi promovido através da realização de uma carta de alta. O facto de experienciar estes momentos permitiu-nos ter uma visão global sobre a evolução do RN e da relevância da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Como referido anteriormente o processo de documentação ainda é realizado em suporte de papel o que dificulta a consulta, a interpretação e transmissão de toda a informação existente, no entanto na instituição já existe o registo informático que utiliza a aplicação SAPE, ALERT, SCLINICO e a taxonomia CIPE versão Beta

A Unidade de Neonatologia é sem dúvida um campo de estágio produtivo em experiências o que possibilitou uma excelente aprendizagem. É um serviço que possui uma dinâmica muito organizada e onde as funções de cada elemento da equipa estão bem delineadas. A equipa de enfermagem da Unidade é dinâmica e bastante qualificada científica e humanamente. Na prestação de cuidados, é evidente o respeito pela personalidade e individualidade de todos os RN/família.

A organização da Unidade e a existência de normas e protocolos de cuidados, são importantes para promover a uniformização dos cuidados prestados e também facilitadoras do processo de integração para novos elementos ou para alunos em estágio. É um local repleto de equipamentos e extremamente rico em tecnologia e conseqüentemente provoca ao RN estímulos potencialmente agressivos. Este ambiente é diferente do ambiente intrauterino a que o RN estava habituado, pelo que as intervenções realizadas ocorreram com o intuito de satisfazer o conforto do mesmo.

O que de mais positivo transparece deste estágio é a visão global com que se ficou da organização, funcionamento e dinâmica de um serviço de cuidados neonatais, bem como das particularidades e especificidade dos cuidados de Enfermagem neste serviço. A motivação de toda a equipa para o suporte, apoio e manutenção do aleitamento materno é outro ponto a salientar.

Outro aspeto a ter em conta durante o estágio foi a construção da confiança com os pais/família. Este processo formativo de estabelecimento de confiança foi construído ao longo do estágio, com a prestação de cuidados especializados, com conhecimento científico e com a demonstração das capacidades e segurança nos cuidados prestados, com melhoria do bem-estar do RN. Nesta área tão específica da enfermagem tem que haver confiança e segurança nos atos porque somos responsáveis pelo auxílio e vigilância no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido e também no processo de adaptação e transição para a parentalidade.

Pode-se afirmar que este estágio constituiu um pilar de formação essencial no processo formativo enquanto EESIP, uma vez que proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da etapa teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista em Saúde infantil e Pediátrica. Constituiu um caminho importante para o crescimento e

desenvolvimento não só pessoal como profissional, visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. Todas as situações implicaram a mobilização e a aplicação de conhecimentos, assim como o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações menos familiares.

1.2 - Estágio de Pediatria

O Estágio de Pediatria desenvolveu-se no Serviço de Pediatria Internamento de um Centro Hospitalar da região centro e decorreu no período de 1 de março a 23 de abril.

No referido hospital só em 1981 foi construído um edifício específico para a Pediatria, sendo possível a partir dessa data possibilitar a presença dos pais durante a noite, mas restringido às mães que amamentavam. Mais tarde foram adquiridos cadeirões para permitir a presença dos pais junto das crianças em situação de doença crítica e/ou em isolamento. No entanto a admissão das crianças continuava a ser efetuada através da urgência geral. Contudo, face à vontade e determinação da equipa multidisciplinar foi possível o alargamento da idade pediátrica no internamento, sendo o primeiro hospital a admitir adolescentes até aos 15 anos de idade (14 anos e 364 dias).

Em 1997 com a construção de um novo hospital, com novas estruturas e dimensões foi possível alargar ainda mais a idade pediátrica no internamento até aos 18 anos e a crianças com necessidades de saúde especiais até aos 21 anos. Esta mudança permitiu também a criação de um serviço específico para a admissão de crianças, um serviço de neonatologia e um sector de consultas específico, melhorando desta forma o atendimento destas crianças.

O Serviço de Pediatria tem como filosofia a assistência às crianças e adolescentes, e está organizado tendo em conta a Declaração dos Direitos da Criança, a Carta da Criança Hospitalizada (Leiden, 1988) e as demais recomendações quer nacionais quer internacionais que nos servem de orientação para prestar um melhor serviço, cada vez mais humanizado sem qualquer tipo de discriminação e procurando dar aos utentes e suas famílias as melhores condições possíveis de modo a minimizar os efeitos negativos do internamento.

Os cuidados são prestados em equipa multidisciplinar e baseiam-se na procura de qualidade técnico-científica e humana crescentes, com investimento na informação e na formação contínua dos profissionais. Estes são programados e executados em parceria com os pais das crianças/adolescentes, num sistema que os valoriza como cuidadores privilegiados, com vista à sua rápida autonomia e independência em relação a cuidados de outros.

Estes cuidados são direcionados à criança e adolescente, em situação de saúde ou doença, visando sempre a qualidade, envolvendo os pais nos cuidados, como parceiros garantindo a sua continuidade no ambiente familiar. O objetivo é reduzir o mais possível a permanência da criança / adolescente no hospital, agilizando todos os processos e incluindo nos cuidados os profissionais necessários, em equipa multidisciplinar, funcionando em função dos interesses de saúde dos utentes.

A sua missão consiste em prestar cuidados a crianças e adolescentes nas três áreas de atuação: prevenção, tratamento e reabilitação, com as valências atualmente praticadas: pediatria médica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, ORL, ginecologia, neurocirurgia, pedopsiquiatria e outras subespecialidades, reduzindo o mais possível o tempo de internamento e privilegiando o acompanhamento das crianças pelos seus progenitores.

Como recursos humanos fazem parte o Enf. Chefe, enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma enfermeira especialista em Medico cirúrgica e enfermeiros de cuidados gerais. Para além da enfermagem fazem parte da equipa médicos, assistentes operacionais, uma educadora, duas professoras e administrativas (duas secretarias de unidade e uma secretária de Direção)

Anteriormente a pandemia o serviço era organizado em dois sectores, o da Infância (1º sector), o da Adolescência (2º sector) e no Ambulatório (Hospital de Dia medico e cirúrgico). Após a pandemia o serviço foi reestruturado e foi necessário implementar a área Covid que fica situada no 1º sector. Este serviço destina-se a crianças e jovens dos 28 dias até aos 18 anos e a crianças com necessidades de saúde especiais até aos 21 anos.

Antes dos 28 dias poderão ser internadas crianças transferidas da unidade de Neonatologia ou diretamente da Obstetrícia sempre que a unidade de cuidados intermédios pediátricos tenha ultrapassado a sua capacidade de internamento, visando um melhor aproveitamento da capacidade instalada, e desde que a patologia a tratar não necessite de cuidados intermédios.

As crianças e adolescentes são internadas através da consulta externa, serviço de urgência, ou diretamente pelo secretariado quando transferidas de outras unidades do mesmo ou outro hospital, e em internamentos programados e Hospital de Dia. Estas crianças são internadas nas enfermarias de acordo com a sua idade e com a patologia apresentada. No Serviço há a possibilidade de proceder a isolamento de crianças com doenças infetocontagiosas ou outras que impliquem privacidade nomeadamente doentes terminais ou crianças deficientes que necessitam do acompanhamento do pai e da mãe, havendo quartos que podem funcionar para esse fim.

O serviço dispõe ainda de uma sala de tratamentos em cada sector, sala de preparação de terapêutica, sala de registos de Enfermagem, copa de Leites, um refeitório, uma sala de reuniões, gabinetes médicos, um clube de jovens para os mais crescidos e de uma Sala de brincar para os mais novos.

Aos pais/acompanhantes e à criança é dado conhecimento das normas do serviço, em linguagem apropriada e de acordo com o regulamento existente. No contexto atual de Pandemia, este regulamento sofreu algumas alterações, nomeadamente a proibição de visitas durante todo o internamento. A criança tem direito a ser acompanhada por um dos progenitores ou representante legal, contudo este tem que realizar teste SARS COV 2 a entrada, e não pode ausentar-se do serviço durante todo o internamento.

Os pais são convidados a participar nos cuidados de saúde ministrados à criança, e a acompanhá-la ao bloco operatório e realização de exames complementares em outros serviços, quando necessário. Quando a criança não está acompanhada pelos pais, por razões sociais ou outras, a equipa deve substituí-los nos aspetos afetivos e lúdicos nomeadamente através das educadoras que serão aqui o elo mais forte no estabelecimento destas ligações.

Existem protocolos de atuação para as diferentes situações patológicas, como por exemplo o ensino acerca da Diabetes. Aquando da suspeita de maus-tratos a criança é internada, e fica sob a orientação de equipa da criança em risco.

O consentimento dos pais é obrigatório nas várias atitudes de diagnóstico, investigação e terapêutica. Está previsto que os pais possam recusar o tratamento/internamento da sua criança, apesar de esclarecidos dos riscos que correm com tal decisão, exceto quando a criança corre perigo de vida devendo recorrer-se então ao Procurador-geral da República para que este retire o poder paternal e se faça aquilo que é aconselhado.

Quando existe necessidade de transferir doentes para outra unidade, esta é feita após contacto prévio, com carta que resuma a situação clínica, e em que constem os diagnósticos, exames realizados e terapêuticas efetuadas. Sempre que indicado é assegurado acompanhamento, preferencialmente, com médico e enfermeiro de pediatria e deve privilegiar-se a evacuação de urgência para outros hospitais através de helicóptero do INEM ou ambulância do INEM devidamente equipada.

A alta é programada, sendo registado o que for relevante no Boletim Individual de Saúde, e procedendo ao preenchimento de folha resumo para envio à consulta externa e/ou médico assistente. Quando há necessidade de cuidados continuados é dada preferência ao

contacto prévio com o médico assistente e devem programar-se reuniões conjuntas para aferir estratégias de seguimento.

Segundo norma do Serviço, nenhuma criança pode sair com alta sem que seja garantido que será transportada em segurança, pelo que existem cadeiras auto dos vários tamanhos para emprestar caso os familiares não a tenham no momento da alta – programa “Alta Segura”

Descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas no Serviço de Pediatria do CHTV

O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, nos serviços de Urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos dezassete anos e 364 dias (Despacho nº 9871/2010, diário da república) veio aumentar o número de internamentos assim como a diversidade de patologias. Veio criar necessidades que estão relacionadas não só com a estrutura física do serviço, como da dotação de elementos da equipe multidisciplinar e suas características. É importante o enfermeiro de pediatria centrar o seu foco na criança /família encarando sempre esse binómio como beneficiário dos seus cuidados.

A prestação de cuidados de enfermagem em Pediatria enfatiza a continuidade de cuidados, o planeamento, a educação e o suporte a doentes e familiares. Neste sistema os enfermeiros prestam, coordenam e avaliam cuidados de saúde em colaboração com uma equipa multidisciplinar.

O contacto com os pais/família das crianças e jovens internados, foi muito importante, além de que foi necessária alguma sensibilidade envolvendo-os nos cuidados em parceria, respeitando a sua individualidade, crenças e cultura e promovendo o seu envolvimento ativo com a criança/jovem, explicando-lhes a importância do toque e do afeto demonstrado ao longo do internamento para minimizar os efeitos da hospitalização.

Cuidar de crianças e das suas famílias implica ao enfermeiro possuir diversas competências nesta área. Neste sentido as experiências vivenciadas neste contexto de estágio, contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados a criança/jovens e família.

Durante o estágio teve-se uma postura correta e ativa, demonstrando empenho, dedicação, trabalho, motivação e gosto pela área, prestando cuidados individualizados e específicos indo de encontro às necessidades da criança, jovem e família.

O estágio no Internamento de Pediatria teve a duração de 6 semanas e para esse contexto foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família;
- Colaborar na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à criança, jovem e família utilizando uma metodologia científica de trabalho;
- Assistir, à dinâmica das consultas de diabetes em crianças e jovens que fazem tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina;
- Identificar, em colaboração com o Enfermeiro Chefe, funções na gestão dos recursos materiais e humanos tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados à criança/jovem/família e a obtenção de ganhos em saúde.
- Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas ao longo do estágio;

Cuidar de crianças e das suas famílias implica ao enfermeiro possuir diversas competências nesta área. Este estágio, contribuiu de uma forma inequívoca para o crescimento profissional, permitindo desenvolver as competências do EESIP de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Durante o estágio conseguiu-se estabelecer uma ligação entre o conhecimento teórico, o conhecimento empírico e os saberes adquiridos, contribuindo para a qualidade do exercício profissional e a melhoria contínua da qualidade de prestação de cuidados.

Em relação à responsabilidade profissional, ética e legal, destaca-se a promoção das práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Salienta-se que todos os momentos de prestação de cuidados tiveram em conta o Código Deontológico dos Enfermeiros, sendo que as intervenções desenvolvidas estiveram de acordo com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da criança, jovem e família.

Ao longo do estágio recorreu-se à mobilização de conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso e a pesquisa bibliográfica de forma sistemática, promovendo assim uma constante atualização de conhecimentos para a prestação de cuidados. Para além desta mobilização de conhecimentos o apoio foi principalmente através da observação e do esclarecimento de dúvidas junto do enfermeiro tutor e restantes elementos da equipa, reconhecendo o valor da sua experiência profissional, o que constituiu momentos de aprendizagem e de reflexão para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Realizar o estágio no serviço onde diariamente se exerce funções como enfermeiro generalista foi bastante desafiante, pois nem sempre foi fácil manter o distanciamento entre ser aluno e ser profissional, contudo o conhecimento teórico adquirido durante o curso de pós-

licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi uma mais valia na prestação direta de cuidados á criança, jovem e família.

O facto de conhecer a dinâmica do serviço foi um vetor facilitador para obtenção dos objetivos propostos.

No serviço de Pediatria, os internamentos podem ser programados ou não consoante a situação. No caso dos internamentos não programados não se pode fazer uma preparação previa á criança/ jovem e família para a hospitalização. A intervenção nestas situações centra-se na disponibilidade para acolher a criança/jovem/família explicando os procedimentos e os aspetos referentes ao serviço de Pediatria e ao Hospital.

Como forma a diminuir o impacto da hospitalização nessas crianças aplicou-se estratégias que foram adequadas e personalizados a cada criança/ jovem. Para as crianças de menor idade, a brincadeira terapêutica e a participação em atividades na sala de brincar, como a leitura, música, pintar e desenho revelaram-se estratégias bem-sucedidas. Nas crianças mais velhas as atividades preferidas foram conversar, ver televisão, jogar, utilizar o telemóvel e o computador e estudar. Estas atividades possibilitou as crianças/jovens enfrentar de uma forma mais serena a hospitalização e a regular os seus sentimentos.

A resposta dos pais a hospitalização, pode transmitir-se na dificuldade em saberem como agir para atender as necessidades da criança/ jovem doente.

No momento de admissão e acolhimento procurou-se estabelecer sempre um relacionamento de confiança/jovem e família, que se manteve durante todo o internamento. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade, confiança, respeito empatia e segurança. Deve saber escutar e saber utilizar os diferentes tipos de comunicação de forma a facilitar a adaptação da criança e família á hospitalização.

Durante o estágio, houve oportunidade de prestar cuidados a crianças internadas no setor da primeira infância, algumas destas crianças já eram conhecidas de internamentos anteriores, o que foi facilitador para a adaptação da criança e família a hospitalização, dando também oportunidade de fazer um seguimento dos cuidados prestados. Houve também oportunidade de sensibilizar os acompanhantes para a importância do papel parental durante a hospitalização de forma a promover um maior conforto à criança.

No segundo setor as patologias são com maior frequência do foro médico, cirúrgico e da pedopsiquiatria. Prestou-se cuidados a crianças e jovens tendo em conta a sua patologia e adequando e personalizando os cuidados individualmente tendo o cuidado de efetuar todos os ensinamentos solicitados e fornecer instruções para o domicílio após a alta clínica, providenciando a continuidade de cuidados com elaboração de carta de enfermagem. Tem-se verificado nos últimos anos um aumento drástico de crianças e jovens com patologia

psiquiátrica. Enquanto aluno EESIP, podemos agir mais perante estas crianças e jovens que chegam a uma fase da sua vida e perdem o rumo. Por exemplo, efetuar sessões de grupo e promover a discussão entre estes jovens para que possam ter uma perspetiva diferente da sua patologia. Optar por mais atividades lúdicas e de distração. Durante o estagio tentou-se proporcionar um momento em que estes jovens pudessem expor as suas preocupações com um profissional de saúde, o que levou a que estes jovens se sentissem mais envolvidos e satisfeitos.

Além das patologias do foro psiquiátrico serem cada vez mais frequentes, há também um aumento significativo de crianças/ jovens com o diagnóstico de diabetes tipo I. Com o avançar da tecnologia e das diversas investigações cada vez mais é utilizado o tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina para regular os valores de glicémia no organismo. São as chamadas bombas de perfusão de insulina. O CHTV faz o seguimento de crianças e jovens com diagnóstico de diabetes de todos o distrito e também alguns fora do distrito. Todas as crianças e jovens com diabetes têm direito a colocar este dispositivo. Não usufruem do mesmo os jovens que recusam, ou então em situações de famílias disfuncionais e com incapacidade de manipular de forma adequada esse mesmo dispositivo.

Houve oportunidade de assistir a várias consultas/ensinos e perceber a sua dinâmica. Todas as crianças e jovens têm uma relação próxima com os enfermeiros e médicos, pois é estabelecida uma ligação de empatia e confiança com os mesmos. Durante a consulta de enfermagem é feito o cumprimento à criança ou jovem e família e tenta-se perceber como têm passado. Posteriormente é feito o descarregamento informático dos dados da bomba para o computador via Bluetooth de forma a perceber como têm sido os valores da glicemia capilar e posteriormente fazer-se um ajuste da insulina basal. São verificados os valores de cetonemia, quando se justifica, pois sempre que os valores de glicemia capilar são superiores a 250mg/dl é obrigatório avaliar cetonemia. Para além disso faz-se uma avaliação dos parâmetros antropométricos e avaliação da TA. Durante os ensinamentos há disponibilidade para retirar todas as dúvidas que possam ter surgido.

Quando se colocam as bombas de perfusão subcutânea de insulina é realizado ensino à criança ou jovem e família durante 3 dias. Este ensino segue um protocolo onde são abordados vários assuntos relacionados com a diabetes e funcionamento da bomba de insulina. A formação é efetuada pela equipa multidisciplinar (médicas, enfermeiras e nutricionista). A bomba é colocada no terceiro dia e no dia seguinte estas crianças/jovens e família recorrem à consulta externa para fazer a avaliação de como correu a primeira noite com esta nova forma de administração de insulina. São efetuados os devidos ajustes de acordo com os valores de glicemia apresentados ao longo do dia e da noite. O EESIP tem um

papel fundamental com estas crianças/jovens e suas famílias no sentido de identificar e avaliar as necessidades de cada família e gerir os ensinamentos de forma adequada a cada situação, promovendo o empoderamento familiar. Mostrar disponibilidade e estabelecer uma ligação de confiança é importante para que esta criança/jovem e família se sintam seguros e confiantes. Durante o estágio foi possível estabelecer esta relação de confiança.

A quando da Alta efetuou-se ensinamentos e preparou-se a família através de informação oral e escrita de forma a manter uma continuidade de cuidados demonstrando a importância do boletim de saúde como documento entre pais e profissionais de saúde.

O papel do EESIP não passa só pela prestação de cuidados a estas crianças e jovens, nem pela envolvimento dos pais/família nestes mesmos cuidados, o EESIP deve possuir competências não só a nível da assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, assim como cuidar nas situações de cuidados específicos em resposta as necessidades do seu ciclo de vida. Este deve também possuir competências no domínio da gestão de cuidados. O facto de ser por vezes enfermeiro responsável de turno durante a atividade profissional, permitiu desenvolver algumas competências nessa vertente, tendo sido possível colaborar com o Enfermeiro Chefe.

Colaborou-se juntamente com o Enfermeiro tutor e com supervisão do Enfermeiro chefe na proposta que será efetuada à ordem dos enfermeiros para o reconhecimento do serviço de Pediatria como entidade de Idoneidade Formativa.

Ficou-se com uma visão mais alargada no que concerne à gestão de recursos e à sua adaptação às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados. Uma boa equipa de trabalho surge de uma boa gestão da mesma, podendo considerar-se a gestão o pilar de uma boa equipa

O serviço de Pediatria foi sem dúvida um campo de estágio produtivo em experiências o que possibilitou uma variada aprendizagem, permitindo atingir a totalidade dos objetivos propostos.

A organização do serviço de Pediatria e a existência de normas e protocolos de cuidados filtrados no Manual de Enfermagem, são importantes para promover a uniformização dos cuidados prestados e também facilitadoras do processo de integração para novos elementos ou para alunos em estágio.

Outro ponto importante foi a orientação de alunos da licenciatura, oportunidade que se efetuou ao longo do estágio, já que a formação dos alunos é uma das competências dos enfermeiros.

De salientar, foi a construção da confiança com os pais/família. Este processo formativo de estabelecimento de confiança foi construído ao longo do estágio, com a prestação de cuidados especializados, com conhecimento científico e com a demonstração das capacidades e segurança nos cuidados prestados, com melhoria do bem-estar da criança e jovem. Nesta área tão específica da enfermagem temos que ter confiança e segurança nos nossos atos pois somos responsáveis pelo auxílio e vigilância no crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e também no processo de adaptação para a parentalidade. Tentou-se sempre promover o envolvimento parental nos cuidados, apoiando os pais a adquirir competências necessárias para cuidar da criança/jovem. Negociou-se com os pais as decisões tomadas na prestação de cuidados, incentivando a comunicação e interação com o seu filho, de forma a que se sentissem parte integrante da equipa.

A tomada de decisões partilhada facilitou a manutenção de laços familiares importantes para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização tornando-os parceiros no cuidar.

Este estágio constituiu um pilar de formação essencial no processo formativo enquanto EESIP, uma vez que proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da etapa teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro

Todo este percurso proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem e constituiu um caminho importante para o crescimento e desenvolvimento não só pessoal como profissional, visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. Todas as situações implicaram a mobilização e a aplicação de conhecimentos, assim como o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações menos familiares.

Tentou-se aproveitar todas as experiências que foram surgindo e procurou-se outras oportunidades para desenvolver as competências necessárias para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na área da Pediatria.

1.3 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar-

O Estágio de Saúde Infantil e Familiar desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar, pertencente ao Agrupamento de Centro de Saúde (ACeS) Dão-Lafões.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas na USF, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes inscritos, colocando-os no centro da atividade da unidade e fomentando entre os profissionais

um espírito de disponibilidade constante para novas formas de intervenção com vista à otimização dos cuidados prestados.

A USF atua nos diversos níveis de prestação de cuidados: promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Os princípios de organização da Unidade de Saúde Familiar estão centrados no cidadão. A cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família e um enfermeiro de família, sempre que possível, de acordo com a sua vontade.

Todos os contactos dos cidadãos com a USF são estabelecidos através do secretariado clínico. A informação circula entre os profissionais por via eletrónica.

Sempre que possível, todos os cuidados a prestar devem ser agendados para um dia e uma hora e os cuidados a prestar devem ser realizados pelo respetivo médico ou enfermeiro de família.

Os horários de funcionamento da USF, os horários dos profissionais bem como as ausências são publicitados. Cada profissional assume a responsabilidade de conhecer as regras de funcionamento da USF de forma a estar habilitado para informar convenientemente os cidadãos.

Todos os profissionais reconhecem o direito de ser questionados sobre a sua atuação e têm o dever de o fazer sempre que considerem que determinado procedimento não é correto.

A organização interna da USF tem por base o funcionamento em equipas nucleares multiprofissionais, sendo cada equipa de saúde constituída por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico que dentro da sua área de atuação são autónomos, regendo o seu procedimento por normas geradas em consenso no seio de cada equipa.

Cada um dos médicos e enfermeiros de família têm a seu cargo a prestação da globalidade dos cuidados de saúde (dentro do âmbito dos cuidados de saúde primários), aos utentes/famílias inscritos nas respetivas listas.

A definição ou alteração dos responsáveis por cada processo definido nas áreas de responsabilidade é da responsabilidade do Conselho Geral da USF.

A USF tem um modelo de gestão por objetivos, identificados, definidos e sempre que possível temporizados e quantificados em sede da elaboração do plano de ação.

Aos enfermeiros cabe a prestação de cuidados globais e personalizados aos indivíduos e famílias, ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até ao fim da vida, em diferentes contextos e aos diferentes níveis, de acordo com o Código Ético e Deontológico e

Regulamento do Exercício e Prática de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e na filosofia de Enfermeiro de Família.

Durante todo o tempo de atividade da USF é possível a qualquer utente obter uma orientação para o seu problema de saúde.

O estágio na USF teve a duração de 6 semanas e para este contexto foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança, jovem e família;
- Pugnar por manter uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento profissional e envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, contribuindo para a visibilidade dos serviços com organização inteligente e inovadora;
- Participar na gestão dos recursos materiais tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família e a obtenção de ganhos em saúde;
- Estabelecer técnicas de comunicação efetiva tendo em conta a intervenção nos seguintes domínios de atuação: envolvimento, parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados;
- Prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário a crianças, jovens e famílias com risco potencial de desenvolvimento;
- Referenciar situações de risco e promoção de redes de suporte no sistema familiar ou comunitário;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Realizar um panfleto sobre prevenção de acidentes mais frequentes nas crianças do 1º ao 4º ano de vida.

Descrição e análises crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde familiar

Prestar cuidados á criança/jovem e suas famílias, exige uma reflexão a nível dos fatores económicos, demográficos, socio culturais, políticos e legais, para que seja possível ultrapassar os obstáculos e aceder aos cuidados de saúde, conseguindo uma adaptação positiva ás situações específicas. Todos estes fatores são desafiantes para a saúde infantil e juvenil, pois exigem a implementação de medidas que levem á promoção da saúde e bem estar.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, a prestação de cuidados é essencialmente baseada na educação para a saúde e na prevenção da doença.

Durante o estágio promoveu-se práticas de cuidados de qualidade baseadas na evidência científica, com o intuito da promoção da saúde. Ao longo do estágio, houve oportunidade de participar nas consultas de enfermagem de saúde infantil, sob a orientação do enfermeiro tutor, especialista e mestre em saúde infantil e pediátrica que neste contexto presta cuidados como enfermeiro responsável pela família. O que permite um conhecimento prévio da mesma facilitando assim o processo terapêutico. No decorrer da consulta é avaliada a preocupação dos pais e/ou da própria criança, sendo que os mesmos são ouvidos no que respeita às suas dúvidas, bem como relativamente às competências adquiridas pelos pais e crianças. A avaliação do desenvolvimento, até aos 5 anos, é realizada através da aplicação da escala de Mary Sheridan Modificada, na idade escolar e na adolescência se seguem os parâmetros estabelecidos no PNSIJ (2013).

Durante a consulta existe uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de fatores de risco.

É através de uma observação crítica que os profissionais de saúde conseguem avaliar de forma adequada o desenvolvimento de uma criança, desde o momento em que esta entra na sala de consulta até que sai.

A passagem pela USF permitiu perceber que o ambiente da consulta, assim como a atitude dos profissionais pode influenciar o comportamento das crianças/ jovens e pais. Neste sentido procurou-se proporcionar aos pais um ambiente propício para estes exprimirem os seus receios e preocupações, para isso foi essencial usar estratégias de comunicação com a criança/jovem/família, de acordo com a sua idade, desenvolvimento e cultura. Estas estratégias aliadas à experiência de vinte anos a trabalhar com crianças permitiu ao longo do estágio estabelecer uma comunicação efetiva criando uma envolvimento com a criança e família, mantendo um discurso tranquilo na transmissão da informação negociando cuidados para promover a saúde com a criança, jovem e família.

Considerando a natural dependência da criança enquanto EESIP o estabelecimento de uma comunicação eficaz, é muito importante para promover a capacitação parental na prestação de cuidados.

A parceria de cuidados é igualmente importante nos cuidados de saúde primários e essencial para que estes sejam mais eficazes. Durante o estágio tentou-se sempre que possível orientar, aconselhar e educar os pais para o desempenho do seu papel parental.

No contexto de Cuidados Saúde Primários, destacou-se como focos de intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação

antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, assim como a gestão do bem-estar da criança através de momentos de educação para a saúde.

Durante o estágio da USF desenvolveu-se um trabalho de prestação de cuidados à criança, jovem e família mantendo uma atitude zelosa e ética em parceria com a equipa multiprofissional sempre como principal referência a promoção da excelência nos cuidados prestados. Sempre que necessário foi efetuada articulação com outros enfermeiros da equipa, secretários clínicos e médicos. É importante zelar por manter e melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre elementos para promover qualidade de vida às crianças e família.

De forma a melhorar e manter a qualidade nos cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família tentou-se gerir recursos materiais o mais eficazmente possível, no manuseio cuidadoso do material utilizado para avaliação antropométrica, a manutenção de uma temperatura agradável no gabinete durante as consultas de saúde infantil e gestão adequada na preparação do material para realização de procedimentos, nomeadamente preparação e administração de vacinas, realização do teste do pezinho.

Devido a situação pandémica que atravessamos e da necessidade de manter um ambiente seguro, houve necessidade de limpar e desinfetar as salas e material utilizado a cada mudança de utente, o que se tentou fazer gerindo da melhor forma os recursos existentes.

Durante o estágio, todas as oportunidades de aprendizagem foram aproveitadas, o que implicou a observação e análise dos cuidados tentando estar presente em qualquer situação que surgisse. As atividades desenvolvidas durante o estágio serviram para refletir acerca dos cuidados prestados e observados.

Sempre que possível, tentou-se atender ao longo do estágio às solicitações do serviço e da enfermeira tutora, bem como da criança, jovem e família. Demonstrou-se disponibilidade à equipa para qualquer experiência nova ou aprendizagem que pudesse surgir. Esta mesma equipa foi de excelência neste aspeto, pois sempre proporcionou as mais variadas experiências

Durante o estágio, infelizmente e devido ao atual contexto de pandemia que atravessamos, não houve oportunidade de fazer visitas domiciliárias a crianças inseridas no SNIPI com provável risco de desenvolvimento e intervenções escolares, a lotação da viatura de visita domiciliária está limitada a 3 ocupantes, o que não permitiu colaborar com a equipa, mas foi possível participar nas consultas de vigilância de saúde materna, planeamento familiar, que não sendo diretamente o foco do EESIP, foram uma mais valia, pois permitiram

abordar a preparação para a parentalidade e educação para a sexualidade aos jovens inscritos consulta .

Quanto á referenciação, no decorrer deste estágio não surgiu nenhuma situação, no entanto, houve oportunidade de avaliar uma situação que já tinham sido referenciada ficando desta forma mais consciente das situações de risco com que futuramente nos poderemos deparar para referenciação e promoção de redes de suporte no sistema familiar ou comunitário.

Cabe à equipa da USF apoiar este tipo de família, promovendo o papel parental. Contudo, é muito importante a vigilância ativa destas famílias, através de consultas periódicas e visitação domiciliária, de forma a evitar negligência ou maus tratos associados e que ponham em risco a saúde da criança/jovem.

De forma a promover cuidados de qualidade direcionados ao utente na sua individualidade geriu-se os cuidados tendo sempre em conta a otimização de uma resposta eficaz demonstrando disponibilidade e uma boa articulação com a restante equipa multiprofissional.

Como já referimos anteriormente a promoção da saúde é a base dos cuidados de saúde primários, e dentro desta promoção da saúde encontra-se a prevenção de acidentes em crianças. Cabe aos profissionais de saúde esclarecer todos os adultos que lidam diretamente com as crianças para as formas de os prevenir.

Durante o estágio e com a supervisão da enfermeira tutora foi realizado um panfleto (cf. Anexo 2) sobre os acidentes nos primeiros anos de vida, que são uma das causas de morte e incapacidade na criança, apesar de muitos serem evitáveis. Os destinatários deste panfleto seriam os pais e cuidadores que somos todos nós!

O folheto foi apresentado aos elementos da equipa de enfermagem da USF.

Em jeito de resumo, pode-se afirmar que todo o período de estágio foi um desafio, uma vez que se vivenciou uma realidade de prestação de cuidados diferente da experiência profissional. Apesar das dificuldades inerente, o empenho e a dedicação neste projeto pessoal e profissional foram imensos.

Este percurso, contribuiu de forma extremamente positiva na formação e no crescimento pessoal e profissional, visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. Todas as situações implicaram a mobilização e a aplicação de conhecimentos, assim como o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações menos familiares.

Tentou-se aproveitar todas as experiências que foram surgindo e procurou-se outras oportunidades para desenvolver as competências necessárias para a prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, pode-se dizer que este estágio se traduziu numa experiência muito gratificante com muitos momentos de oportunidades únicas para a aquisição de novos conhecimentos, pois, diariamente, surgiam novas situações e dificuldades, que fizeram com que fosse necessário procurar, pesquisar e enriquecer o nível de aprendizagens tendo contudo consciência que muito mais havia para aprender.

Ao longo deste percurso foi dada especial importância à observação dos diferentes profissionais com quem se contactou, e aqui com especial enfoque à enfermeira tutora, reconhecendo toda a sua experiência, profissionalismo e dedicação que demonstrou no dia-a-dia.

Este estágio, foi sem dúvida um importante passo nesta caminhada de aquisição de competências para ser um enfermeiro especialista saúde infantil e pediatria de excelência.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

2 – Papel parental na hospitalização da criança

O nascimento de uma criança obriga os pais à adaptação e desempenho de um novo papel, o parental. A adaptação ao papel parental compreende o assumir a responsabilidade de ser pai e mãe, utilizando atitudes que visam otimizar o crescimento e desenvolvimento dos filhos. Esta tarefa, que não é fácil constitui-se ainda mais difícil quando a criança adocece.

Por vezes, a condição de saúde da criança requer um episódio de hospitalização. Viver a experiência de ter um filho internado é muitas vezes difícil e complexo. A atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais dos pais, dos enfermeiros, bem como das características pessoais da própria criança. A atitude dos pais depende também do tipo de assistência de enfermagem que recebem e da própria condição de saúde da criança. Estabelecer uma parceria de cuidados, entre enfermeiros e pais em unidades hospitalares é visto como o melhor caminho para alcançar os melhores resultados.

2.1 - Descrição do estudo desenvolvido - Problemática

O processo de investigação necessita de ser planeado, desde o momento em que se seleciona a problemática, se escolhem os instrumentos de recolha de dados, até à fase em que se interpretam e comunicam os resultados (Coutinho, 2021). A mesma autora refere ainda que “uma investigação envolve sempre um problema, formalmente explicitado pelo investigador (...) quando a investigação adota uma metodologia qualitativa, menos estruturada e pré-determinada, o problema pode ser formulado de uma forma muito geral, como emergindo no decurso da investigação (...), havendo uma teoria de base que possa guiar o estudo” (Coutinho, 2021, p. 49).

Assim e atendendo aos pressupostos anteriormente referidos, centra-se esta investigação numa área de conhecimento profissional, para que se possa delimitar o estudo, o que se assume como importante para focalizar o fenómeno em análise. Deste modo, começa-se por referir que a hospitalização da criança pode ser stressante para as crianças e seus familiares, nomeadamente para os pais e/ou cuidador principal. As crianças vivenciam stresse e ansiedade devido ao ambiente desconhecido e às intervenções a que estão sujeitas. O seu estado emocional poderá causar muitas reações, pois a situação de doença, a separação da família, não conhecer o ambiente, a perda de contacto com os colegas, são

fatores que poderão levar, inclusive, a uma regressão, ou seja, à perda de controlo, agressão (negação), comportamento de protesto, estando propensas a experienciar medos face às intervenções (Salmela et al., 2011).

A hospitalização causa uma crise na vida das crianças. No hospital, as crianças têm que enfrentar um ambiente desconhecido e profissionais de saúde desconhecidos. Muitas vezes, estas têm que passar por procedimentos que causam dor, perda de independência e uma variedade de intervenções totalmente desconhecidas. A interpretação da criança face a estes eventos e as suas respostas às experiências vivenciadas durante o internamento é considerada uma experiência negativa, o que afeta indiretamente o seu nível de desenvolvimento (Suparto et al., 2019). Nessas horas, ainda em conformidade com os mesmos autores, os sentimentos da criança são preenchidos com uma carga de emoções como ansiedade, medo, sentimentos de baixa autoestima e sentimentos de raiva/revolta.

A experiência profissional no Serviço de Pediatria (internamento), desde 2001, tem mostrado que a condição de saúde da criança que leva à hospitalização e a experiência de ter um filho internado configura-se como um evento penoso e complexo. Neste sentido, sempre se procurou envolver os pais/cuidador principal da criança, recorrendo as estratégias de enfermagem para direccionar esta díade a vivenciar positivamente a hospitalização, ou seja, dando aos pais e às crianças a oportunidade de obterem informações, melhorar o autocontrolo e facilitar a socialização. O impacto positivo das intervenções de enfermagem faz aumentar o desenvolvimento real da criança e as suas habilidades de enfrentamento, resultando no aumento da sua autoestima. As crianças e os pais/cuidador principal ficam mais confiantes nos profissionais de saúde, no caso concreto em relação aos enfermeiros, reduzindo a sua ansiedade durante a hospitalização. Ao longo dos anos de experiência profissional também se tem verificado que muitos pais revelam muita ansiedade e stresse, o que afeta diretamente a criança e até a sua recuperação. Neste sentido, sempre se procurou incentivar os pais para uma parceria dos cuidados. Este papel ativo e cooperativo dos pais é necessário, incluindo a tomada de decisões, participando no cuidado à criança, modificando o ambiente com a promoção de atividades lúdicas, por exemplo, dar brinquedos às crianças, ler uma história, para criar condições, dentro do possível, idênticas às que as crianças têm em casa. A parceria de cuidados em relação ao cuidado à criança hospitalizada assume-se de grande importância, para facilitar às crianças um ambiente mais calmo e para que estas desenvolvam habilidades que estejam alinhadas com o seu estágio de desenvolvimento, o que favorece a minimização dos danos resultantes da situação da hospitalização e a sua recuperação.

É neste sentido que se formulou a seguinte questão de investigação: Qual o papel dos pais na minimização dos danos resultantes da situação da hospitalização da criança, o que se constitui como objetivo principal, fio condutor de todo o estudo.

2.2 - Enquadramento teórico - Efeitos da hospitalização na criança e nos pais

A hospitalização das crianças significa a saída de casa e dos seus familiares e a interrupção das suas atividades e rotinas diárias. Além disso, o serviço de internamento é frequentemente associado a permanecer num ambiente “frio” e desconhecido, em que a criança enfrenta o medo de exames médicos, dor, incerteza e perda de controlo e segurança, por exemplo. Esta é uma situação particularmente complexa, sobretudo para crianças com idade entre os 3 e os 10 anos, que se encontram num momento de desenvolvimento de ajustamento mental, emocional e social (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016).

A literatura sobre hospitalização pediátrica ressalta como, em curto prazo, o sofrimento extremo pode comprometer a realização dos procedimentos necessários, enquanto, a longo prazo, pode levar a dificuldades em futuras intervenções (Delvecchio et al., 2019). Além disso, e de acordo com os mesmos autores, a experiência da hospitalização que provoca ansiedade podem afetar o desenvolvimento físico, a personalidade ou o desenvolvimento emocional da criança. Os mesmos autores enfatizaram que, para determinar as necessidades das crianças no ambiente hospitalar, deve fazer-se uma avaliação psicológica a fim de detetar o potencial de stresse, ansiedade, habilidades de enfrentamento e habilidades lúdicas para fornecer intervenções adequadas à faixa etária da criança (Delvecchio et al., 2019).

Geralmente, a criança fica ansiosa ao vivenciar a hospitalização. Estudos empíricos sugerem que as crianças expressam ansiedade, regressão de comportamentos, agressão, falta de cooperação nos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor (Di Riso et al., 2017). “Dependendo das condições físicas, capacidade de compreensão e colaboração da criança, os procedimentos dolorosos (como as punções venosas) podem ser difíceis e demoradas, provocando aumento dos níveis de ansiedade tanto dos pais, como da criança e dos enfermeiros” (Infante, 2016, p. 28).

A ansiedade traço acompanha a criança nas experiências quotidianas, aumentando com a hospitalização e, como tal, quando esta atinge níveis elevados, deve ser reconhecida como uma vulnerabilidade para a criança. A ansiedade traço pode aumentar com a experiência da hospitalização. Em crianças de 5 a 11 anos de idade, ela desaparece desde a admissão até a alta hospitalar. A ansiedade traço desempenha um papel importante na resposta da criança à hospitalização. Quanto maior a ansiedade traço da criança, maior será

sua percepção da hospitalização como uma experiência stressante e menos eficaz será sua capacidade de enfrentá-la (Delvecchio et al., 2019).

“A hospitalização pode levar a criança a uma regressão no seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, revelando a sua fragilidade emocional por meio de reações de negação, fantasias e da necessidade da presença dos pais ou pessoa significativa” (Infante, 2016, p. 28). De acordo com a mesma autora, Este é um momento que se pode manifestar como angustiante, uma vez que pode experienciar sentimentos de medo do desconhecido, da dor, dos tratamentos e, inclusive, da morte

A hospitalização de uma criança é uma fonte de ansiedade, depressão e stresse para os pais. Uma melhor saúde emocional e mental dos pais está associada a uma melhor saúde física e mental das crianças. Se as habilidades dos pais participarem dos cuidados de uma criança hospitalizada são comprometidos por um sofrimento emocional, as crianças são suscetíveis de sofrer (Als, Picouto, Hau, Nadel, Cooper, Pierce, Kramer & Garralda, 2015). No estudo de Doupnik, Hill, Palakshappa, Worsley, Bae, Shaik, Qiu, Marsac e Feudtner (2017), os pais de crianças hospitalizadas relataram que o trabalho em parceria com os profissionais de saúde nos cuidados prestados ao seu filho, uma comunicação eficiente e uma relação empática com os enfermeiros ajuda-os a minimizar o impacto negativo da hospitalização no seu filho. Os mesmos autores referem que as intervenções para apoiar a saúde emocional dos pais têm o potencial de beneficiar as crianças.

A experiência da hospitalização, para as crianças, pode ter um impacto emocional difícil de ser exteriorizado e expressado em palavras, o que, em muitos casos, pode, inclusive, levar a um conflito interno, cujo sintoma passa a ser algo difícil de expressar caso não haja uma boa gestão por parte da equipa de profissionais de saúde em parceria com os pais (Gomes et al., 2012). De acordo com Sousa (2012, p. 30), “a doença é, com frequência, a primeira crise que a criança tem que enfrentar e a conseqüente necessidade de hospitalização o evento que a afasta de sua casa”. Por conseguinte, ainda em consonância com a mesma autora, a hospitalização configura-se como uma fonte de “ameaças reais e imaginárias já que o ambiente é desconhecido e muito diferente do habitual, apresentando-se como uma estrutura rígida, uma complexa divisão do trabalho, canais de comunicação e normas reguladoras e, inclusivamente, uma linguagem própria (Sousa, 2012, p. 30). O hospital constituiu-se como um espaço desconhecido para a díade crianças/pais. A ansiedade dos pais em virtude da hospitalização do filho e de estar separado família e do “lar onde a privacidade e controlo são realidade coloca-os numa posição vulnerável” (Santos, 2012, p. 30).

A hospitalização de uma criança, tal como se tem vindo a expor, é uma fonte de ansiedade, depressão e stresse quer para a criança, quer para os pais. Uma melhor saúde emocional e mental dos pais está associada a uma melhor saúde mental e física das crianças. As intervenções destinadas a fornecer apoio aos pais de crianças hospitalizadas podem ajudá-los a reduzir o stresse e a participar nos cuidados. As intervenções destinadas a apoiar os pais para enfrentarem a hospitalização do seu filho pode passar pela comunicação assertiva, empatia, ensinamentos, para melhorar o seu bem-estar e o do seu filho durante e após a hospitalização. As intervenções para apoiar a saúde emocional dos pais têm o potencial de beneficiar crianças hospitalizadas (Doupnik et al., 2017).

No seu estudo, Suparto et al. (2019) entrevistaram enfermeiros para determinar o papel dos pais na superação do impacto da hospitalização de crianças em idade pré-escolar. A sua amostra era constituída por 60 pais cujos filhos estavam hospitalizados no Hospital Distrital de Subang. Os resultados indicam que 56% das crianças mostraram um impacto negativo face à hospitalização e 74,0% dos pais desempenharam um bom papel na parceria de cuidados durante a hospitalização da criança, o que ajudou a minimizar o efeito negativo da hospitalização na criança.

A doença e a hospitalização podem ser as primeiras crises que uma criança enfrenta. Tendo em conta estes pressupostos, Bsiri-Moghaddam et al. (2011) realizaram um estudo fenomenológico de pesquisa qualitativa para averiguar o significado da hospitalização na criança, evidenciar a vivência e o comportamento da criança hospitalizada e descobrir o significado e a compreensão da hospitalização nas mesmas. Este estudo contou com crianças na faixa etária dos 7 aos 11 anos e seus pais. A análise das entrevistas e das narrativas dos participantes levaram à extração de categorias sobre a forma como as crianças e os pais viram a hospitalização: meio ambiente desconhecido e causador de medo, o stresse e a ansiedade dos pais que agudiza ainda mais o estado emocional das crianças. Por outro lado, os pais viram na hospitalização do filho um processo de esforço para o retorno à saúde e, de maneira geral, a reconquista da condição da criança no mundo. De acordo com os pais e as crianças, os enfermeiros facilitaram esse processo ao darem oportunidade quer aos pais, quer às crianças de expressarem os seus sentimentos no momento da hospitalização, o que os ajudou a adaptarem-se ao novo ambiente.

Como refere Sousa (2012), a atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais dos pais, dos enfermeiros, bem como das características pessoais da própria criança. Nesta situação, a atitude dos pais para minimizar os danos resultantes da situação de hospitalização na criança também está dependente do tipo de cuidados e da própria condição de saúde da criança. Assim, é fundamental que se fortaleça a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em unidades pediátricas

hospitalares, sendo este um excelente caminho para se poder minimizar os sentimentos de medo, stresse e ansiedade que a criança vivencia. A criança hospitalizada, por vezes, experiênciamedos e preocupações, que incluem: a separação dos pais e da família, ambiente desconhecido, tratamentos e perda da autodeterminação, o que exacerba os seus medos e preocupações. Assim, a prestação de cuidados centrados na família deve assentar na crença de que esse modelo de atendimento atende às necessidades psicossociais, emocionais e físicas da criança hospitalizada e da própria família. A corroborar, Doupnik et al. (2017) referem que os pais podem experimentar sofrimento psicológico quando o filho é hospitalizado, o que pode afetar negativamente os resultados da criança, o que implica intervenções destinadas a apoiar os pais para terem o potencial de amenizar esse sofrimento. Os mesmos autores acrescentam que um estado emocional positivo dos pais está associado a melhor saúde mental e física das crianças. Se os pais não se envolverem na parceria de cuidados há um aumento do sofrimento emocional da criança. Deste modo, realçam a necessidade de intervenções destinadas a promover apoio aos pais, o que os ajuda a enfrentar esta experiência e a suavizar o estado emocional da criança, tornando a hospitalização menos penosa para ambos.

Devido ao facto de a tensão provocar uma mudança no estado de saúde e na rotina ambiental, e as crianças apresentarem menos mecanismos de compatibilidade para enfrentarem as tensões, estas estão mais vulneráveis às crises decorrentes da doença e da hospitalização. A maneira das crianças reagirem a essa crise depende da idade em que ocorre a experiência da doença e da hospitalização, a gravidade da doença e sistemas de suporte presentes, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos pais (Bsiri-Moghaddam et al., 2011). O estudo dos mesmos autores concluiu que crianças hospitalizadas passam por muito stresse e experimentam vários medos e ansiedade, especialmente, a separação dos pais e restante família. O estado de doença pode causar uma experiência traumática face aos procedimentos invasivos, resultando em efeitos emocionais adversos nas crianças decorrentes da hospitalização e nos próprios pais. Como tal, os pais de crianças hospitalizadas também precisam de apoio e de um sentimento de segurança. A hospitalização de crianças requer colaboração entre pais e enfermeiros em parceria.

2.3-A parceria de cuidados na hospitalização da criança: modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey

A capacidade dos enfermeiros para trabalhar em parceria com os pais é uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais devem ser vistos pelos enfermeiros como parceiros no cuidar da criança

(Sousa, 2012). No entanto, a mesma autora refere que o nível e tipo de participação devem ser orientados para os objetivos terapêuticos. Neste contexto, a parceria de cuidados deve ser orientada pelos objetivos terapêuticos e para o alcançar dos resultados desejados estabelecidos no planeamento de enfermagem.

A parceria ideal entre enfermeiros e pais de crianças hospitalizadas deve caracterizar-se pela flexibilidade e reciprocidade, baseada na comunicação, empatia, escuta ativa e assertividade (Sundal & Vatne, 2020). No seu estudo, os mesmos autores constaram que a colaboração pais-enfermeiros é bem-sucedida no seu fluxo e dinâmica, garantindo mais a participação das crianças nos tratamentos. O mesmo estudo revela que o cuidado centrado no tratamento concentra-se nas seguintes tarefas na construção de relações: ganhar confiança, proteger, ganhar voluntariedade, distrair, confortar e proteger a criança. Esta parceria deve proporcionar situações quotidianas à criança num ambiente desconhecido. A evidência apoia que a criação de uma parceria com os pais ou outros membros da família melhora a qualidade de cuidar crianças hospitalizadas, bem como a qualidade da prática de enfermagem pediátrica.

É neste âmbito que ganha toda a relevância o modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, suportado em valores e crenças que fazem com que os pais sejam melhores prestadores de cuidados à criança, no respeito e na valorização da sua experiência.

Anne Casey desenvolveu o Modelo de Enfermagem em 1988, enquanto trabalhava na Unidade de Oncologia Pediátrica do *Great Ormond Street Hospital* em Londres. O Modelo de Casey é um modelo pediátrico que se concentra na parceria dos enfermeiros com as crianças e suas famílias para promover a saúde das crianças. O Modelo inclui cinco conceitos básicos - criança, família, saúde, meio ambiente e enfermeiro, baseando-se na filosofia de que a família é a entidade melhor provida para cuidar de uma criança com a ajuda dos profissionais de saúde (Casey, 1993). No caso concreto dos cuidados pediátricos o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey é o seguido, uma vez que a sua autora garante que é de extrema importância centrar os cuidados de enfermagem pediátrica quer na criança, quer na sua família, defendendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência ímpares no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança (Casey, 1993).

Três conceitos importantes dentro deste modelo são a criança, a família e o meio ambiente. A criança é o ponto focal do modelo, pois tudo o que acontece é para o benefício da criança. O modelo reconhece que a criança é profundamente afetada pelos outros componentes do modelo e que é necessário que todos sejam abordados. A família é o principal agente do modelo. Juntamente com os profissionais de saúde, a família é a entidade

mais significativa para além da criança, porque estando com a criança todos os dias e estando ciente das suas necessidades e problemas, a família pode ser fundamental para ajudar a criança a alcançar e manter a saúde. O ambiente pode ter um efeito relevante no bem-estar da criança. Um ambiente favorável reforça a saúde, enquanto um ambiente negativo pode ter um efeito reverso (Casey, 1993).

O Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey é relativamente flexível, pois é aplicado ao processo de enfermagem, o que permite que seja adaptado à situação particular da criança hospitalizada, incluindo o seu estado de saúde. A equipa de enfermagem precisa de ter em consideração as habilidades e disposição dos pais para cuidar da criança, tendo de haver negociação com os pais para se determinar o quanto eles podem assumir em relação ao cuidado da criança com a ajuda da equipa de enfermagem. Essa cooperação e colaboração podem criar um ambiente mais propício à recuperação e melhorar alguns dos desafios que a criança hospitalizada enfrenta. Este modelo leva os enfermeiros a considerarem as suas relações com os pais como uma parceria real, para que estes não se sentiam constrangidos a estar presentes nos cuidados a serem prestados ao seu filho no hospital, sem que se impute unicamente essa responsabilidade para os enfermeiros. O Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey permite a flexibilidade necessária para negociar com os pais e poder-se chegar a um acordo. Assim sendo, a equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados à criança, deverá incluir os pais no seu seio e na prestação de cuidados à mesma (Casey, 1993).

A criança é encarada como um ser cuja satisfação das necessidades está dependente de outras pessoas, maioritariamente, dos pais e/ou de outros membros da família, que é uma unidade de membros que possuem a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança, exercendo uma grande influência no crescimento e desenvolvimento da criança (Casey, 1993). Aquando da sua hospitalização, o enfermeiro assume uma variedade de responsabilidades e de ações para potenciar e restabelecer o bem-estar da criança, promovendo-lhe cuidados especializados, sempre que o estado de saúde da criança assim o requiera (Casey, 1993). De acordo com a autora, o enfermeiro deve facultar apoio, ensino e encaminhamento aos pais para que estes possam satisfazer as necessidades da criança. Farrell (1992) e (Casey, 1993) defendem que as estratégias de apoio devem suportar-se intrinsecamente no envolvimento dos pais nos cuidados a prestar à criança, o que decorre através da relação de ajuda entre a tríade: criança, pais e enfermeiro. Por meio dos ensinamentos, os enfermeiros orientam os pais nos cuidados a prestar à criança hospitalizada, o que permite a partilha de conhecimentos e o ensino de técnicas adequadas que possibilitem satisfazer de forma adequada as necessidades da criança.

O cuidado centrado na família como forma de cuidar de crianças hospitalizadas tornou-se onipresente no universo da pediatria. Esta parceria garante que o cuidado seja planejado em torno dos pais, não apenas na criança, sendo esta díade reconhecida como destinatária de cuidados. Os cuidados centrados na criança e nos pais devem pautar-se pelo reconhecimento de que a família é a unidade constante na vida de uma criança. Como tal, deve facilitar-se a colaboração entre pais/ profissionais de saúde em todos os níveis dos cuidados, reconhecer os pontos fortes e a individualidade da família e respeitar os diferentes métodos que esta tem para enfrentar a situação de hospitalização da criança, partilhar informações completas aos pais sobre os cuidados à criança, de uma forma contínua e de uma maneira adequada, tendo em conta o nível de literacia dos pais. Deve encorajar-se e facilitar o apoio dos pais nos cuidados prestados à criança, o que ajuda a minimizar o impacto da hospitalização. Implementar programas adequados que sejam abrangentes e que promovam apoio emocional aos pais, de acordo com as suas necessidades (Shields, 2011).

Mano (2002) e Casey (1993) defendem dois fatores principais que podem ajudar uma abordagem de parceria: o primeiro refere-se aos cuidados centrados na criança/família, ou seja, diz respeito ao *empowerment* da criança e da sua família, o que é conseguido por meio da partilha de informação e de conhecimentos, empoderando-os para a tomada de decisão e para a prestação de cuidados. O segundo fator que facilita a abordagem de parceria de cuidados refere-se aos cuidados negociados, nomeadamente a relação terapêutica assente numa relação de confiança e de respeito mútuos entre os enfermeiros e os pais, cujo processo de negociação leva a um plano de cuidados acordado mutua, bem como a um nível de participação na prestação de cuidados, de acordo com a capacidade e a vontade de cada um.

Em suma, a parceria de cuidados configura-se, deste modo, como um fator de evidência nos cuidados pediátricos, devendo estar sempre presente no pensar e na atuação do enfermeiro que presta cuidados à criança hospitalizada e sua família, particularmente no modo de agir do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

2.4 - Metodologia

Neste capítulo descreve-se o tipo de estudo de investigação, seguindo-se a formulação dos objetivos. Posteriormente são apresentados os participantes, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos metodológicos e éticos realizados. Este capítulo compreende também os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as principais conclusões do estudo.

Objetivos

Com o presente estudo objetiva-se:

- Compreender o papel parental na minimização dos danos resultantes da hospitalização;
- Identificar a importância dos cuidados centrados na família;
- Reconhecer a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em unidades pediátricas hospitalares.

Tipo de estudo

Atingir a excelência na assistência da Enfermagem apresenta-se como um caminho decisivo e inevitável, caminho este que sinaliza a constante preocupação dos enfermeiros na procura do aperfeiçoamento, do conhecimento científico e da atuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis no âmbito da prestação de cuidados (Moreno, 2011). Sendo a Enfermagem uma ciência que assume como foco de atuação as respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa no processo de saúde/doença, com ênfase na necessidade de desenvolvimento das práticas, como suporte de um exercício profissional mais crítico-reflexivo é, claramente indispensável que os Enfermeiros partam da prática baseada na evidência científica, ou seja, da investigação, para prestarem cuidados de qualidade à população (Alves, 2015). “A prática baseada em evidências é definida como uma abordagem de solução à prática clínica pela integração da pesquisa sistemática e avaliação crítica das evidências mais atuais para responder a perguntas clínicas, considerando a experiência do enfermeiro” (Pina et al., 2020). Deste modo, “cada vez mais, a prática baseada em evidências é enfatizada internacionalmente como uma das disposições fundamentais de cuidados de saúde de qualidade e da melhoria dos resultados de saúde, incluindo a qualidade da prática de enfermagem (Pina et al., 2020, p. 139).

Tendo em conta a importância da prática baseada em evidências, que incluem evidências empíricas como os estudos descritivos e qualitativos, entre outros, optou-se por um estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, uma vez que pretende descrever e interpretar as narrativas de pais de crianças hospitalizadas, com idade compreendida entre os 3 e os 10 anos, no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, como forma de se compreender o papel dos pais na minimização dos danos resultantes da situação da hospitalização da criança.

De acordo com Coutinho (2021, p. 349), o que destaca a fenomenologia em relação a outras formas de investigação qualitativa é “o facto de pôr a tónica sobre o ‘individual’ e sobre ‘a experiência subjetiva’, ou seja, o investigador pretende conhecer e compreender um fenómeno - o seu problema de investigação – e, para o conseguir, vai reunir um conjunto de ‘experiência vividas’ desse fenómeno, interpretá-las, analisá-las e extrair a essência do fenómeno, ou seja, o seu significado”.

Neste âmbito, refere a fenomenologia da Prática de van Manen, um caminho e diretrizes sobre as quais se baseia este estudo fenomenológico. Este autor criou um modelo teórico - visão prática da hermenêutica - ou seja, a metodologia fenomenológica hermenêutica. A fenomenologia hermenêutica consiste numa ciência humana que possibilita o estudo da experiência vivida (van Manen, 2015). Esta metodologia, segundo o autor, tem como ponto de partida e de chegada a experiência vivenciada, sendo orientada para que o investigador possa descobrir precisamente isso. Assim, este método permite descobrir o significado da experiência vivida e a forma como determinado fenómeno foi vivenciado, sem que haja a pressuposição de conhecimento explícito (Van Manen, 2015). Por conseguinte, a fenomenologia configura-se como uma ciência que possibilita o estudo do mundo de uma pessoa, ou seja, como esta o vivencia, indagando uma compreensão mais profunda das suas experiências (Van Manen, 2015). A pesquisa hermenêutica-fenomenológica permite compilar o conhecimento da experiência de uma pessoa, possuindo uma abordagem metodológica que, para além de consentir e estimular a expressão da complexidade da experiência, potencia igualmente uma inteligência mais profunda da natureza e do significado das experiências (van Manen, 2017). Pelo exposto, seguiram-se as orientações do método fenomenológico-hermenêutico, recorrendo a uma entrevista semiestruturada, cujo alcance temporal é do tipo transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento junto de cada entrevistado.

Participantes

Neste estudo participaram 10 pais (pai/mãe) de crianças hospitalizadas, com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Foram considerados como participantes elegíveis para o estudo: pais de crianças hospitalizadas na faixa etária referenciada e que concordaram livremente em participar no estudo.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo foi a entrevista semiestruturada (cf. Anexo 3), que é uma técnica de recolha de dados que pode conter questões abertas, fechadas ou uma mistura de ambas (Coutinho, 2021). É um método que pressupõe “a interação entre o entrevistado e o entrevistador, possibilitando a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de um questionário, uma vez que pode sempre pedir esclarecimentos adicionais ao inquirido no caso da resposta obtida não ser suficientemente esclarecedora” (Coutinho, 2021, p. 141). De acordo com a mesma autora, entre as várias possibilidades de entrevistas, as entrevistas semiestruturadas dão possibilidade de deixar que a entrevista (conversa) siga da forma mais natural possível. Nessa

modalidade de entrevista, grande parte das perguntas podem surgir à medida que o diálogo entre o entrevistador e entrevistado vai ocorrendo, o que resulta em flexibilidade para aprofundar ou confirmar as informações apresentadas, caso haja necessidade. Apesar de se preconizar que as entrevistas devem ser gravadas, no presente estudo as mesmas foram respondidas face a face com cada participante, mas com registo direto pelo investigador em suporte papel, uma vez que a maioria dos participantes assim preferiu, após o consentimento informado.

Procedimentos éticos e legais

Qualquer processo de pesquisa deve iniciar-se com a explicação dos objetivos do estudo. Foi feito um pedido de autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu para aprovação da realização do estudo, o qual foi favorável (cf. Anexo 4).

Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos participantes no estudo, bem como a confidencialidade dos dados aquando da sua análise. As entrevistas, como já referido, foram transcritas pelo investigador, as quais serão destruídas, após discussão e apresentação do trabalho em prova pública. Todos os dados foram codificados com atribuição de uma letra e um número (E1), impossibilitando a sua identificação com a fonte. Assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da UE em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados). Assim, iniciou-se com a legitimação da entrevista e garantia de confidencialidade das informações, esclareceu-se cada entrevistado sobre a temática da entrevista, seguindo-se a indicação dos objetivos da entrevista, pedindo a colaboração do entrevistado. Por fim, garantiu-se que as informações eram confidenciais e que apenas seriam utilizadas no âmbito desta investigação.

2.5 - Análise dos dados

A interpretação dos fenómenos e a atribuição de significados são essenciais no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a recolha de dados e o investigador é o instrumento-chave. É descritiva porque se tende a analisar os dados indutivamente. O processo e o seu significado são os focos principais de abordagem. Envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema em estudo (Coutinho, 2021).

Seguiu-se também uma análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2015). Na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo é um método de ordenação e análise dos dados. Por conseguinte, a análise das entrevistas foi realizada com base na análise de conteúdo, que se refere à organização das informações, sem que se induza a desvios no material em análise, mas que possibilite divulgar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2015, p. 117). A análise de conteúdo pode ser feita de duas formas: de acordo com um sistema de categorias existente ou em conformidade com um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), isto é, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Delineou-se, desta feita, uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*, cujo processo descrito diz respeito a uma interpretação da realidade segundo as vivências de cada entrevistado, o que possibilita compreender as suas vivências a partir do seu discurso. Uma compreensão do texto (entrevistas) é formulada a partir de uma leitura inicial, sendo, *a posteriori*, dividido em unidades de significado que são agregadas para formar subtemas, temas e possivelmente temas principais. Os temas - categorias - refletem o significado da experiência vivida por cada entrevistado e é formulada uma compreensão abrangente. A compreensão abrangente das experiências de cada entrevistado revela novas possibilidades de se interpretar o fenómeno (Bardin, 2015).

2.6 - Apresentação dos resultados

De seguida faz-se a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas a 10 participantes (pai/mãe) de crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Caracterização dos participantes – pais/família

Verifica-se que a maioria dos entrevistados são mães das crianças hospitalizadas (n=9), excetuando o E5 que é o pai. As idades das mães oscilam entre os 36 e os 46 anos e a idade dos pais entre 31 anos e os 48 anos. Todos são casados. Quanto à profissão da mãe, estas são: ajudante de lar, diretora comercial, empregadas fabris, professora, vendedora, doméstica, enfermeira, técnica de seguros e engenheira informática. Em relação à profissão dos pais, variam entre oficial do exército, polícias de segurança pública, motoristas, empregados fabris, vendedor e comercial de vendas. A maioria tem um vínculo de trabalho efetivo, com exceção do marido da E6 que trabalha por conta própria e a E5 que leciona no ensino privado. Em relação às habilitações literárias da mãe, sobressaem as que possuem o 12º ano de escolaridade, a E4 e a E7 possuem o 9.º ano, a E5, E8, E9 e E10 são licenciadas. No que se refere às habilitações literárias do pai, 7 possuem o 12.º ano, o marido da E5 tem

o bacharelato, e os maridos das E6 e da E8 possuem o 9.º ano. A maioria possui mais filhos, para além do que se encontra hospitalizado, à exceção da E10 que apenas tem o filho que se encontra hospitalizado. Todos os entrevistados que possuem mais filhos referem que os mesmos são saudáveis. A grande maioria das crianças hospitalizadas coabita com o pai, mãe e irmãos, com 4 a coabitar também com os avós, sendo todos reformados (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização pessoal dos entrevistados – pais/família

Entr.	Idade da mãe	Grau de parentesco com a criança	Idade do pai	Com quem coabita a criança	Estado civil dos pais	Profissão da mãe	Profissão do pai	Vínculo de trabalho pai/mãe	Habilitações literárias da mãe	Habilitações literárias do pai	Possuir mais filhos	Filhos saudáveis
E1	43 anos	Mãe	48 anos	Pai, mãe e irmãos	Casados	Ajudante de lar	Oficial do exército	Efetivo	12.º ano	12.º ano	Mais 2 1 com 15 anos e está no 10.º ano; outro com 17 anos e está no 12.º ano	Sim
E2	37 anos	Mãe	42 anos	Pai, mãe e irmã	Casados	Diretora comercial	Polícia de Segurança Pública	Efetivo	12.º ano	12.º ano	Mais 1 com 12 anos e está no 7.º ano	Sim
E3	43 anos	Mãe	41 anos	Pai, mãe, avó (65 anos), avó (65 anos) e irmãos	Casados	Empregada fabril	Motorista	Efetivo	12.º ano	12.º ano	Mais 2 filhos, um com 19 anos e está no 12.º ano, outro com 12 anos e está 7.º ano	Sim
E4	42 anos	Mãe	33 anos	Pai, mãe e avó (68 anos)	Casados	Empregada fabril	Empregado fabril	Efetivo	9º ano	12º ano	Mais 1 filho com 4 anos	Sim
E5	36 anos	Pai	40 anos	Pai, mãe e irmãos	Casados	Professora	Vendedor	Pai efetivo; mãe leciona no ensino privado	Licenciada	Bacharelato	Mais 2 filhos, 1 com 6 anos no 1.º ano e outro com 9 anos no 3.º ano	Sim
E6	36 anos	Mãe	44 anos	Pai, mãe e irmãos	Casados	Vendedora	Comercial de vendas	Pai trabalha por conta própria; mãe efetiva	12.º ano	9.º ano	Mais 2 filhas; 1 com 9 anos no 2.º ano; outra 17 anos e está no 12.º ano	Sim
E7	46 anos	Mãe	48 anos	Pai, mãe e irmãos	Casados	Doméstica	Polícia de Segurança Pública	Pai efetivo	9.º ano	12.º ano	Mais 2 filhos: 1 com 9 anos no 5.º ano, outro com 17 anos no 12.º ano	Sim
E8	37 anos	Mãe	40 anos	Pai, mãe e irmão	Casados	Enfermeira	Motorista	Efetivos	Licenciatura	9.º ano	Mais 1 filho com 17 anos no 12.º ano	Sim
E9	42 anos	Mãe	38 anos	Pai, mãe, irmã e avó (78 anos)	Casados	Técnica de seguros	Empregado fabril	Efetivos	Licenciatura	12.º ano	Mais uma filha com 5 anos	Sim
E10	36 anos	Mãe	31 anos	Pai, mãe e avó (66 anos)	Casados	Engenheira Informática	Motorista de pesados	Efetivos	Licenciatura	12.º ano		

Características sociodemográficas e clínica da criança

A idade das crianças oscila entre os 3 e os 10 anos, com um nível de escolaridade adaptado para a sua faixa etária. Quanto ao motivo da hospitalização, os mesmos foram: apendicite aguda, gânglio inflamado, diabetes inaugural, abscesso da parede abdominal, queda com fratura do braço esquerdo, convulsão febril, cirurgia programada e artrite séptica. Os dias de hospitalização variaram entre os 2 e os 9 dias. Constatou-se que 5 crianças já tiveram outra hospitalização, nomeadamente por apendicite aguda (E4), amigdalectomia (E5), mastite (E7), infeção urinária (E8) e por bacteriemia (E10) (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e clínica das crianças

Entre.	idade da criança	Ano de escolaridade	Motivo da hospitalização	Tempo de hospitalização	Hospitalizações anteriores
E1	9 anos	4.º ano	Apendicite aguda	3 dias	Não
E2	7 anos	2º ano	Gânglio inflamado	5 dias	Não
E3	8 anos	2.º ano	Diabetes inaugural	9 dias	Não
E4	10 anos	4.º ano	Abscesso da parede abdominal	7 dias	Sim, 5 dias por apendicite aguda
E5	8 anos	3.º ano	Queda com fratura do braço esquerdo	2 dias	Sim, por amigdalectomia
E6	6 anos	Pré-escola	Convulsão febril	3 dias	Não
E7	10 anos	5.º anos	Convulsão febril	2 dias	Sim, por mastite
E8	6 anos	Pré-escola	Cirurgia programada	2 dias	Sim, infeção urinária
E9	10 anos	5.º ano	Artrite séptica	6 dias	Não
E10	3 anos	Infantário	Convulsão febril	2 dias	Sim, por bacteriemia

Perceção face à informação disponibilizada pela equipa de saúde

A categoria “Perceção face à informação disponibilizada pela equipa de saúde” é constituída por 9 subcategorias: “Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença”, “Adequação do momento em que a informação foi dada”, “Os enfermeiros informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está hospitalizada”, “Os enfermeiros informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento”, “Situações em que os enfermeiros pediram o consentimento”, “Utilização de uma linguagem clara por parte dos enfermeiros para explicação da doença e tratamentos”, “Validação da informação por parte dos enfermeiros”, “Quando não compreendia a informação, perguntava novamente”, “Informação sobre todos os prognósticos possíveis para o(a) seu/sua filha(a)”.

Esta categoria permitiu conhecer e averiguar a perspectiva dos pais (pai/mãe) acerca da informação disponibilizada pela equipa de saúde.

Assim, verificou-se-se que 8 entrevistados referiram que foi o médico(a) pediatra quem os informou acerca do motivo do internamento e da doença do seu filho, tendo um entrevistado referido que foi a enfermeira na triagem e outro o ortopedista.

Todos os entrevistados consideraram que o momento em que a informação foi dada foi adequado e que os enfermeiros informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está hospitalizada.

No que se refere ao facto de os enfermeiros terem informado sobre os tratamentos/procedimentos e pedir o assentimento/consentimento, 9 entrevistados referiram que estes o faziam sempre, enquanto a E6 referiu que os enfermeiros não costumavam pedir o consentimento.

Todos os entrevistados referem que os enfermeiros utilizaram sempre uma linguagem clara para explicação da doença e tratamentos, tendo 9 entrevistados mencionado que houve sempre uma validação da informação por parte dos enfermeiros, todavia, a E6 relatou que nem sempre tal acontecia. Os discursos dos 9 entrevistados deixaram transparecer que o uso de uma linguagem clara por parte dos enfermeiros foi sempre muito importante porque as crianças são muito vulneráveis à hospitalização, a todo o ambiente que lhes é desconhecido e, sendo os pais informados claramente, podem explicar “à sua maneira ao filho que tudo quanto os enfermeiros e os médicos vão fazer é para ficar bem e voltar depressa para casa” (E2). A E8 relatou que “as crianças têm poucos mecanismos para saberem lidar com a doença e com o internamento, o que lhes pode causar muita ansiedade e stresse, sendo fundamental que todos os pais tenham conhecimentos da doença e dos tratamentos para que, assim, consigam arranjar estratégias para poderem aliviar o stresse e ansiedade dos filhos face aos procedimentos mais invasivos”. A E4 salientou que “os enfermeiros estavam sempre atentos à forma como o filho reagia a todo o processo de tratamento”.

Quanto à subcategoria “Situações em que os enfermeiros pediram o consentimento”, todos os entrevistados referiram para administração da terapêutica e realização de exames complementares de diagnóstico. Dois entrevistados referiram que foi pedido o consentimento para a realização de cirurgia.

Constata-se também que 9 participantes referiram que quando não compreendiam a informação, perguntavam novamente e que os enfermeiros e os médicos explicavam sempre outra vez de uma forma clara para que pudessem compreender. Todavia a E7 referiu que não costumava perguntar, alegando: “Não perguntava, porque confiava nos enfermeiros e nos médicos, mesmo não percebendo tudo”. A E8 relatou “É sempre importante os pais

compreenderem claramente todas as informações, para que possam eles explicar à sua maneira ao filho tudo quanto se passa, os tratamentos, os exames complementares de diagnóstico, entre outros (...) é sempre importante essa clarificação de informações, tendo em conta ainda que todas as crianças são diferentes, desde a idade até ao seu estadio de desenvolvimento, o que requiere uma forma clara de transmitir as informações acerca da doença e dos tratamentos quer aos pais, quer à própria criança, para que tudo se torne o menos traumático possível”.

No que se refere a terem-nos informado sobre todos os prognósticos possíveis para o(a) seu/sua filho(a), 9 entrevistados referiram que sempre foram informados, o que os deixava mais tranquilos e com esperança numa recuperação. A E6 mencionou que nem sempre foi informada sobre todos os prognósticos possíveis para o seu filho. Os discursos da maioria dos entrevistados deixaram transparecer que qualquer pai/mãe está sempre preocupado em relação ao futuro dos filhos e, no caso de uma doença que requereu hospitalização, essa preocupação é ainda maior, pois preocupam-se com o facto de saberem quanto tempo mais é que o filho poderá ficar hospitalizado e em relação à sua recuperação.

Tabela 3 – Percepção face à informação disponibilizada pela equipa de saúde

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta	N
Percepção face à informação disponibilizada pela equipa de saúde	Profissional que informou acerca do motivo do internamento e da doença	Médico(a) pediatra	8
		Enfermeira na triagem	1
		Ortopedista	1
	O momento em que recebeu a informação	Adequado	10
	Os enfermeiros informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está hospitalizada	informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está hospitalizada	10
	Os enfermeiros informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento	informaram sobre os tratamentos/procedimentos	9
		Não costumavam pedir consentimento	1
	Situações em que os enfermeiros pediram o consentimento	Administração terapêutica	10
		Exames complementares	10
		Para a cirurgia	2
	Utilização de uma linguagem clara por parte dos enfermeiros para explicação da doença e tratamentos	Sempre	10
	Validação da informação por parte dos enfermeiros	Sempre	9
		Nem sempre	1
Quando não compreendia a informação, perguntava novamente	Sempre	9	
	Não costuma perguntar	1	
Informação sobre todos os prognósticos possíveis para o(a) seu/sua filha(a)	Sempre	9	
	Nem sempre	1	

Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental

A categoria “Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental” permitiu averiguar a perspetiva do cuidador (pai/mãe) acerca do seu exercício parental nos cuidados em parceria durante a hospitalização, sendo esta constituída por 13 subcategorias: “Envolvimento por parte dos enfermeiros nos cuidados prestados à criança”, “Benefício da parceria enfermeiro/pais”, “Reação e/ou como se sente quando têm de ser realizados procedimentos/tratamentos invasivos, sobretudo os dolorosos na criança”, “Estratégias utilizadas para minimizar o impacto desses procedimentos na criança”, “Incentivado pelos enfermeiros a ficar com o(a) seu/sua filha(a) durante um procedimento/tratamento”, “Benefícios da sua presença para a criança durante um procedimento/tratamento”, “Sentir que os enfermeiros incentivam a fazer perguntas e a procurar respostas”, “Envolvimento por parte

dos enfermeiros para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança”, “Se a criança perceber que está ansioso, aborrecido ou inseguro quanto aos procedimentos, os seus medos aumentam”, “Estratégias adotadas pelos pais para diminuição dos medos da criança”, “Conversar com a criança para lhe promover conhecimento e facilitar a aceitação dos procedimentos/tratamentos a realizar”, “Importância da criança ter acesso ao brinquedo terapêutico para minimizar os efeitos da hospitalização”, “Perceção do impacto da pandemia durante a hospitalização”.

Todos os participantes referiram que houve sempre um envolvimento por parte dos enfermeiros nos cuidados prestados à criança, “(...) o que se tornou muito positivo e benéfico para a criança, tornando-a mais calma e segura” (E3), o que foi unânime a todos os entrevistados.

Quanto à subcategoria “Benefício da parceria enfermeiro/pais”, todos os entrevistados referiram que esta parceria transmite conforto para os pais e para a criança, que reduz a ansiedade e stresse nos pais e na criança e que é uma forma de transmitir segurança/tranquilidade à criança, pois, como referiu o E5 “(...) o meu filho ao saber que estou junto dele e que também colaboro nos cuidados que lhes são prestados, sinto que fica mais calmo, mais tranquilo e mais recetivo aos tratamentos”; 7 participantes consideram que contribui para melhoria no desempenho dos pais para participar nos cuidados à criança, 7 referiram que é uma forma de valorizar as competências dos pais para a realização de cuidados mais complexos e conseguem dar resposta às necessidades complexas da criança, como se exemplifica com o testemunho da E8 “(...) essenciais à recuperação da sua saúde, relacionadas com o equipamento, a questão da dor, a toma de medicação, a realização de procedimentos diagnóstico/tratamento”. Todos os entrevistados foram unânimes aos considerarem que a parceria enfermeiro/pais é uma forma de os preparar para prestar cuidados mais complexos em casa, o que implica “(...) cuidados diferenciados” (E8) e que “(...) lhes transmite mais conhecimento, habilidade e/ou recursos para cuidarem do filho em casa, para que não haja necessidade de outra hospitalização” (E2).

No que se refere à subcategoria “Reação e/ou como se sente quando têm de ser realizados procedimentos/tratamentos invasivos, sobretudo os dolorosos na criança”, constata-se que 9 entrevistados referem sentir angústia, como salientou a E6 “(...) não é fácil ver um filho a ser sujeito a tratamentos dolorosos, é sempre angustiante para nós”. A ansiedade também está presente em 8 entrevistados, dando-se como exemplo o testemunho da E3 “Eu já em casa quando um dos meus filhos fica doente fico sempre com grande ansiedade e angústia, pois eles são o meu bem mais precioso. Até prefiro que seja eu a ficar doente do que os ver sofrer, quanto mais vê-lo internado e a receber tratamentos que causa

dor e que o deixam ainda mais ansioso (...) é sempre complicado para os pais (...) mas os enfermeiros são meiguinhos e atenciosos (...). De acordo com o E5 “Não é confortável ver um filho sofrer, de todo”. Verifica-se que a E4 referiu “tento manter a calma, pois se eu não tiver calma, transmito o nervosismo ao meu filho e ainda piora a situação”, de igual modo a E1 também referiu que se tenta manter calma “(...) se eu transmitir ansiedade ou medo, a criança fica ainda mais angustiada e pouco colaborativa com os procedimentos/tratamentos”.

No que diz respeito à subcategoria “Estratégias utilizadas para minimizar o impacto desses procedimentos na criança”, constatou-se que 7 entrevistados referiram que dão a mão ao seu filho, “(...) como forma de ele sentir que estou com ele e tudo vai correr bem, de lhe transmitir tranquilidade”, como referiu a E1. Outra estratégia referenciada por 4 entrevistados é “dar carinhos/mimos”, para que a criança se sinta “(...) mais confortável e menos nervosa” (E6). Segundo 4 entrevistados, uma das estratégias utilizadas consiste em falar com a criança, sendo esta (...) uma forma de a distrair (...), pois ao falar estou a desviar a sua atenção do procedimento que lhe estão a fazer (...)” (E8). Verifica-se também que 2 entrevistados referiram que mantêm a calma, como aludiu a E3 “Se eu não manter a calma, transmito-lhe ainda mais ansiedade o que torna a situação mais penosa (...). Por sua vez, a E7 referiu que uma das estratégias utilizadas por si é “Pedir à filha que não olhe (...)”. A E4 relatou “Explico a verdade”.

No respeitante à subcategoria “Incentivado pelos enfermeiros a ficar com o(a) seu/sua filha(a) durante um procedimento/tratamento”, todos os entrevistados referiram que foram incentivados pelos enfermeiros.

Regista-se que na subcategoria “Benefícios da sua presença para a criança durante um procedimento/tratamento”, 8 entrevistados relataram que a sua presença durante um procedimento/tratamento faz com que a criança fique mais calma/tranquila, 6 também referiram que a sua presença faz com que a criança se sinta mais segura e a E8 referiu também que reduz a ansiedade da criança.

Relativamente à subcategoria “Sentir que os enfermeiros incentivam a fazer perguntas e a procurar respostas”, obtiveram respostas contraditórias, ou seja, 5 participantes (E1, E2, E3, E8 e E9) admitem que são incentivados pelos enfermeiros a fazer perguntas e a procurar respostas, enquanto outros 5 (E4, E5, E6, E7 e E10) relataram que não sentem esse incentivo, como refere o E4 “Quando tenho dúvidas, eu é que pergunto, mas incentivarem não incentivam”, a corroborar a E7 disse “Não incentivam a fazer perguntas”.

A subcategoria “Envolvimento por parte dos enfermeiros para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança” é constituída por 8 indicadores de resposta, sendo os mais referenciados os que os enfermeiros

envolveram os pais para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança (n=5): “Alimentação”, “Sono/repouso”, “Higiene e conforto”, “Segurança”, Desenvolvimento infantil”. No entanto, há a ressaltar que 2 participantes referiram que não houve esse envolvimento e o proporcionar de aprendizagens, como demonstram os seguintes relatos: E7 “Não envolveram, não proporcionaram aprendizagens”, E6 “Não foi necessário, mas também não envolveram”. A E4 referiu que foi “O básico, pois as suas necessidades não são muitas”

Tabela 4 – Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta	N	
Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental	Envolvimento por parte dos enfermeiros nos cuidados prestados à criança	Sempre	10	
	Benefício da parceria enfermeiro/pais	Conforto para os pais e para a criança		10
		Melhoria no desempenho dos pais para participar nos cuidados à criança		7
		Valorizar as competências dos pais para a realização de cuidados mais complexos		7
		Redução da ansiedade e stresse nos pais e na criança		10
		Transmitir segurança/tranquilidade à criança		10
		Preparação dos pais para prestar cuidados mais complexos em casa		10
		Conseguirem dar resposta às necessidades complexas da criança		10
		Reação e/ou como se sente quando têm de ser realizados procedimentos/tratamentos invasivos, sobretudo os dolorosos na criança	Angústia	
	Ansiedade			8
	Tentar manter a calma			2
	Estratégias utilizadas para minimizar o impacto desses procedimentos na criança	Dar a mão para transmitir tranquilidade		7
		Dar carinho/mimos		4
		Falar para distrair		4
		Manter a calma		2
		Pedir à filha para não olhar		1
		Explicar a verdade		1
	Incentivado pelos enfermeiros a ficar com o(a) seu/sua filha(a) durante um procedimento/tratamento	Incentivados		10
	Benefícios da sua presença para a criança durante um procedimento/tratamento	Ficar mais calmo/tranquilo		8
		Ficar mais seguro		6
		Reduzir a ansiedade		1
	Sentir que os enfermeiros incentivam a fazer perguntas e a procurar respostas	Incentivam		5
		Não incentivam		5
	Envolvimento por parte dos enfermeiros para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança	Alimentação		5
		Sono/repouso		5
		Higiene e conforto		5
		Segurança		5
		Desenvolvimento infantil		5
Não envolveram/não proporcionaram aprendizagens			2	
O básico			1	
Não foi necessário			1	

Procurou-se saber qual a opinião dos entrevistados, se o seu filho perceber que está ansioso, aborrecido ou inseguro quanto ao procedimento, os seus medos aumentam, tendo-se constituído como subcategoria, à qual 9 entrevistados referiram que os seus medos aumentam, apenas o E4 relatou que não. Dos entrevistados que referiram que os medos da criança aumentam, as “Estratégias adotadas pelos pais para diminuição dos medos da criança” são as seguintes, por ordem de maior referência: “Dialogar com a criança” (n=6), “Acalmar a criança” (n=5), “Explorar as causas dos medos” (n=2), “Dar mimos” (n=1), “Fazer com que a criança se abstraia dos procedimentos” (n=1) e “Relativizar a situação” (n=1).

Em relação à subcategoria “Conversar com a criança para lhe promover conhecimento e facilitar a aceitação dos procedimentos/tratamentos a realizar”, todos os entrevistados referiram que o fazem, cujos testemunhos deixaram transparecer que esta é uma forma de as acalmar e as tomar mais colaborativas nos procedimentos/tratamentos a realizar.

Todos os entrevistados são unânimes a referirem que é muito importante que a criança tenha acesso ao brinquedo terapêutico para minimizar os efeitos da hospitalização, o que se constituiu como subcategoria., neste âmbito dá-se como exemplo os seguintes relatos: E2 “Ajuda a passar o tempo”; E3 “Sim, muito importante a presença de jogos, folhas para pintar, facilita a calma”; E4 “Sim, muito importante para passar o tempo”, E8 “O brinquedo terapêutico faz com que criança reduza a ansiedade nas situações de dor e sofrimento vivenciadas, fique mais calma, ajudando-a a preparar-se para os procedimentos a que é submetida. Tem um efeito positivo no comportamento de aceitação dos procedimentos/tratamentos”. E9 “Sim, a sala dos computadores e dos telemóveis ajuda a passar o tempo”.

Quanto à subcategoria “Perceção do impacto da pandemia durante a hospitalização”, constata-se que todos os entrevistados referiram que é um impacto negativo, tendo justificado da seguinte forma: E3 “Negativo, não permite a visita de outros familiares, faz falta essa visita”, E4 “Negativo, ficar isolado do pai e irmãos, psicologicamente começa-se a ficar mais sensível”, E7 “Negativo, não há visitas de outros familiares, pouco contacto com o pai”, E9 “Negativo, não existe proximidade da família quando os internamentos são longos”. Refere-se que 5 entrevistados (E5, E6, E7, E8 e E10) referiram que, para além de não haver visitas da família, torna-se muito cansativo para quem está a acompanhar a criança.

Tabela 5 – Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental (continuação)

Categoria	Subcategorias	Indicadores de resposta	N
Percepção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental	Se a criança perceber que está ansioso, aborrecido ou inseguro quanto aos procedimentos, os seus medos aumentam	Aumentam	9
		Não aumentam	1
	Estratégias adotadas pelos pais para diminuição dos medos da criança	Acalmar a criança	5
		Explorar as causas dos medos	2
		Dialogar com a criança	6
		Dar mimos	1
		Fazer com que a criança se abstraia dos procedimentos	1
		Relativizar a situação	1
	Conversar com a criança para lhe promover conhecimento e facilitar a aceitação dos procedimentos/tratamentos a realizar	Conversam	10
	Importância da criança ter acesso ao brinquedo terapêutico para minimizar os efeitos da hospitalização	Muito importante	10
		Reduz a ansiedade	1
		Ajuda a preparar a criança para aceitar os procedimentos/tratamentos	1
		Transmite calma	2
		Ajuda a passar o tempo	2
	Percepção do impacto da pandemia durante a hospitalização	Negativo – ausência de contacto com a família	10
		Cansativo para a mãe/pai (acompanhante)	5

2.7 – Discussão de resultados

Numa amostra de 10 entrevistados, a maioria dos entrevistados são mães das crianças hospitalizadas (n=9), com apenas um pai (E5) como acompanhante da criança. As idades das mães oscilam entre os 36 e os 46 anos e a idade dos pais entre 31 anos e os 48 anos, sendo todos são casados. Estes resultados corroboram os encontrados por Sousa (2012), cuja amostra também era maioritariamente constituída por mães (88,7%), sendo estas as acompanhantes das crianças hospitalizadas, com idade entre os 30 e 40 anos, diferindo o máximo das idades no presente estudo, pois estão acima dos 40 anos. Quanto ao seu estado civil, também no estudo de Sousa (2012) a maioria era casada, com 72,1% dos pais (pai/mãe) a terem completado o ensino secundário e 22,1% eram trabalhadores não qualificados. No presente estudo, em relação às habilitações literárias da mãe, sobressaem as que possuem o 12º ano de escolaridade, 2 possuem o 9.º ano e 4 são licenciados. No que se refere às habilitações literárias do pai, 7 possuem o 12.º ano, 1 o bacharelato e os 2 o 9.º ano, com a maioria a ser trabalhador qualificado. No presente estudo, 9 participantes possuem mais filhos, para além do que se encontra hospitalizado, o que está em conformidade com o estudo em comparação.

No presente estudo, a idade das crianças oscila entre os 3 e os 10 anos, com um nível de escolaridade adaptado para a sua faixa etária. Quanto ao motivo da hospitalização, os mesmos foram: apendicite aguda, gânglio inflamado, diabetes inaugural, abcesso da parede abdominal, queda com fratura do braço esquerdo, convulsão febril, cirurgia programada e artrite séptica. Os dias de hospitalização variam entre os 2 e os 9 dias, tendo 5 crianças experienciado outra hospitalização, nomeadamente por apendicite aguda (E4), amigdalectomia (E5), mastite (E7), infeção urinária (E8) e por bacteriemia (E10). Relativamente às experiências anteriores de hospitalização, no estudo de Sousa (2012), 37,2% dos pais não tinham experiências prévias de hospitalização com os filhos, sendo considerada a causa da hospitalização do filho, em 62,8% dos participantes, que a mesma não era grave. No estudo de Infante (2016), a maioria das crianças teve como motivo de hospitalização patologia gastrointestinal, seguindo-se a cirurgia, com grande parte a ter já tido experiência de hospitalizações anteriores.

No que se refere à categoria “Perceção face à informação disponibilizada pela equipa de saúde”, emergiram 9 subcategorias: “Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença”, “Adequação do momento em que a informação foi dada”, “Os enfermeiros informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está

hospitalizada”, “Os enfermeiros informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento”, “Situações em que os enfermeiros pediram o consentimento”, “Utilização de uma linguagem clara por parte dos enfermeiros para explicação da doença e tratamentos”, “Validação da informação por parte dos enfermeiros”, “Quando não compreendia a informação, perguntava novamente”, “Informação sobre todos os prognósticos possíveis para o(a) seu/sua filho(a)”.

Assim, verificou-se que 8 entrevistados referiram que foi o médico(a) pediatra quem os informou acerca do motivo do internamento e da doença do seu filho, tendo um entrevistado referido que foi a enfermeira na triagem e outro o ortopedista. Todos os entrevistados consideram que o momento em que a informação foi dada foi adequado e que os enfermeiros informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde a criança está hospitalizada. É importante realçar que o facto de, no presente estudo, 5 crianças não terem tido experiência prévia de hospitalizações reforça ainda mais o papel dos enfermeiros perante as vivências dos pais e das crianças hospitalizadas, que entraram num ambiente completamente desconhecido. Como refere Almeida (2016), os cuidados de saúde pediátricos têm de assumir sempre uma vertente holística, o que compreende “os aspetos do ambiente, da relação e da compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença”. Deste modo, é fundamental um acolhimento humanizado, para que se consiga uma adaptação e aceitação das crianças e dos pais à hospitalização, para que esta diáde se sinta confiante nesta sua experiência e veja na equipa de saúde um apoio a todos os níveis. Não se pode imiscuir da ideia que a doença e hospitalização configuram-se como eventos inesperados para as crianças e seus familiares, acontecimentos que despoletam experiência de dor e de sofrimento. Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros que exercem em pediatria promovam a adaptação da criança e dos pais intervenientes a esta nova realidade. É neste contexto que ganha toda a relevância, os cuidados centrados na família, o que promove a redução da tensão, da ansiedade, dos medos e do stresse emocional, sendo esta uma forma de se minimizarem os efeitos negativos da hospitalização, potenciando-se os seus benefícios, asseverando o planeamento e a preparação para a alta, proporcionar conforto e apoio à criança/pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

É também relevante referir, como menciona Infante (2016, PP. 68-69), que “o hospital é um local de cruzamento de múltiplas relações entre pessoas, um lugar de constantes negociações entre doentes e profissionais de saúde”. Assim sendo, ainda de acordo com a mesma autora, “a primeira negociação começa com o acolhimento, que tem como objetivo apoiar a criança/jovem e os pais e/ou pessoa significativa, visando reduzir os sentimentos negativos que possam emergir, bem como dar possibilidade aos profissionais de saúde de desmistificar as questões que ocorram na criança/jovem e pais acerca dos aspetos do

funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com a finalidade de lhes transmitir segurança”. Por conseguinte, cabe aos profissionais de saúde, no caso concreto aos enfermeiros, ajudarem a desmistificar todos os procedimentos inerentes à hospitalização da criança, solicitando sempre o assentimento/consentimento, tal como se verificou na maioria dos casos do presente estudo (n=9). Todos os entrevistados referiram que foi sempre solicitado o assentimento/consentimento para administração da terapêutica e realização de exames complementares de diagnóstico, tendo dois referenciado que foi pedido o consentimento para a realização da cirurgia. Neste sentido, cabe ao enfermeiro integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todos os ambientes de cuidados, orientando a sua atuação segundo os princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (Carta dos Direitos da Criança, Declaração dos Direitos Humanos, Código Deontológico do Enfermeiro), o que está em consonância com uma das competências do Enfermeiro Especialista, que, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio configuram-se duas competências: “A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Todos os entrevistados referiram que os enfermeiros utilizaram sempre uma linguagem clara para explicação da doença e tratamentos, tendo 9 entrevistados mencionado que houve sempre uma validação da informação por parte dos enfermeiros, todavia, a E6 relatou que nem sempre tal acontecia. Neste âmbito faz-se referência a Hockenberry e Wilson (2014), que defendem que a essência da enfermagem pediátrica está na relação que se estabelece com a criança e seus familiares, tendo sempre como objetivo o bem-estar terapêutico, sendo uma das formas para o alcançar a transmissão de informações, a explicação da doença e tratamentos/procedimentos quer à criança, quer aos pais, usando de uma linguagem clara em conformidade com a literacia que esta díade apresenta. Os mesmos autores defendem ainda que estabelecer uma relação terapêutica é a suporte fundamental para se promover um cuidado de enfermagem de excelência, promotora da parceria de cuidados entre enfermeiro/família, respeitando sempre a sua dignidade, autonomia e capacidades, prestando cuidados culturalmente congruentes. Estes pressupostos são corroborados com o facto de se ter constatado que 9 participantes afirmaram que quando não compreendiam a informação, perguntavam novamente e que os enfermeiros e os médicos explicavam sempre outra vez de uma forma clara para que pudessem compreender. De igual modo, a maioria (n=9) aludiram que sempre foram informados sobre todos os prognósticos

possíveis para o seu filho, o que os deixava mais tranquilos e com esperança numa recuperação.

A categoria “Perceção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental” possibilitou averiguar a perspetiva do cuidador (pai/mãe) acerca do seu exercício parental nos cuidados em parceria durante a hospitalização, sendo esta constituída por 13 subcategorias. Assim, todos os participantes referiram que houve sempre um envolvimento por parte dos enfermeiros nos cuidados prestados à criança. Todos mencionaram que esta parceria transmitiu conforto para os pais e para a criança, que reduz a ansiedade e stresse nos pais e na criança e que é uma forma de transmitir segurança/tranquilidade à criança, 7 participantes consideram que contribui para melhoria no desempenho dos pais para participar nos cuidados à criança, sendo uma forma de valorizar as competências dos pais para a realização de cuidados mais complexos e conseguirem dar resposta às necessidades complexas da criança. Todos os entrevistados foram unânimes aos considerarem que a parceria enfermeiro/pais é uma forma de os preparar para prestar cuidados mais complexos em casa. É neste contexto que o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey ganha toda a relevância, uma vez que se apoia no reconhecimento e no respeito pela habilidade da família no cuidado à criança (Casey, 1993). De acordo com a autora, se os pais estiverem ausentes, cabe ao enfermeiro preservar as rotinas das crianças à semelhança do que fariam os pais, em detrimento das rotinas hospitalares. Mas quando os pais estão presentes, deve ser instituída a negociação, um processo que implica que os enfermeiros e outros profissionais de saúde prestem apoio e ensinamentos necessários para que os pais tomem decisões informadas ao longo de todo o processo de cuidado à criança, fazendo parte dele. Este Modelo possibilita o desenvolvimento físico, emocional e social da própria família, tornando-se os pais parceiros nos cuidados à criança, uma vez que a sua presença, ao longo da hospitalização, reduz as dificuldades que a criança possa ter na sua adaptação e, simultaneamente, permite que se mantenha o vínculo afetivo entre a díade criança/pais. Assim, para que ocorra uma efetiva parceria de cuidados e capacitação dos pais, os enfermeiros têm de desenvolver competências relacionais empáticas, de comunicação assertiva, ensinar e colaborar com a criança e pais, para que promova o uma adaptação positiva, o quanto possível, desta díade.

No que se refere à subcategoria “Reação e/ou como se sente quando têm de ser realizados procedimentos/tratamentos invasivos, sobretudo os dolorosos na criança”, constata-se que 9 entrevistados referem sentir angústia, a ansiedade também está presente em 8 entrevistados, tendo 2 entrevistados referido que tentam manter a calma para não causar mais ansiedade na criança e para que esta experiência seja o menos traumática possível. Face a tal, as “Estratégias utilizadas para minimizar o impacto desses procedimentos na criança”, foram dar a mão ao seu filho (n=7), para que o mesmo se sinta mais tranquilo; 4

entrevistados mencionaram “dar carinhos/mimos”, para que a criança se sinta mais confortável e menos nervosa, 4 entrevistados também dizem que falam com a criança, sendo esta uma forma de a distrair, tendo outros dito que eles próprios procuram manter a calma, para não transmitirem mais nervosismo à criança. Estes resultados vão ao encontro das evidências do estudo de Seliner et al. (2016), onde os pais revelaram preocupação com o bem-estar da criança, tendo essencialmente centrado nas áreas de “Dor”, “Complicações” e “Desenvolvimento”. A percepção do bem-estar da criança rege a extensão do cuidado dos pais, confortando a criança, dialogando com ela, arranjar formas de distração. Esta preocupação dos pais e estratégias definem as necessidades de apoio dos pais para receber informações e ensinamentos, estarem acompanhados por enfermeiros experientes, o que lhes garante um sentimento de segurança que, por sua vez, é transmitido às crianças. Deste modo, os autores supracitados referem que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, podem aliviar o “fardo” dos pais, promovendo a confiança dos pais no bem-estar dos seus filhos durante a hospitalização. Isto tem sucesso se houver uma parceria de cuidados e se as competências dos pais forem garantidas, como defende Casey (1993).

No respeitante à subcategoria “Incentivado pelos enfermeiros a ficar com o seu filho durante um procedimento/tratamento”, todos os entrevistados referiram que foram incentivados pelos enfermeiros. Uma vez mais se reforçam estes resultados com a necessidade dos cuidados centrados na família, cuja participação dos pais no processo de cuidados durante a hospitalização podem ser complexos e desafiantes, o que requer que os enfermeiros tenham sempre em consideração a maneira como essa experiência é vivenciada e solicitem a parceria dos pais durante os procedimentos/tratamentos, para que seja uma experiência menos traumática para a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Estes pressupostos são corroborados pelos resultados obtidos na subcategoria “Benefícios da sua presença para a criança durante um procedimento/tratamento”, pois verificou-se que 8 entrevistados relataram que a sua presença durante um procedimento/tratamento fez com que a criança ficasse mais calma/tranquila, 6 também referiram que a sua presença resultou num sentimento de mais segurança para a criança, reduzindo, como afirmou a E8, a ansiedade da criança.

Relativamente à subcategoria “Sentir que os enfermeiros incentivam a fazer perguntas e a procurar respostas”, obtiveram respostas contraditórias, ou seja, 5 participantes (E1, E2, E3, E8 e E9) admitem que são incentivados pelos enfermeiros a fazer perguntas e a procurar respostas, enquanto outros 5 (E4, E5, E6, E7 e E10) relataram que não sentem esse incentivo, como refere o E4 “Quando tenho dúvidas, eu é que pergunto, mas incentivarem não incentivam”, a corroborara a E7 disse “Não incentivam a fazer perguntas”. Neste contexto, importa salientar que a experiência de ser hospitalizado é geralmente uma experiência que

acarreta ansiedade e até mesmo traumática, especialmente para as crianças, que são particularmente propensas aos efeitos adversos de estar doente e a sua hospitalização é um acontecimento stressante com potenciais consequências desagradáveis para as crianças e para os pais (Rokach, 2016). Como tal, é fundamental que os enfermeiros incentivem os pais a fazer perguntas e a procurar dar-lhes respostas, para que estes sintam segurança face a todos os procedimentos e situação clínica do seu filho, pois se os pais estiverem informados, sentir-se-ão mais tranquilos e transmitem essa tranquilidade aos filhos. É fundamental que todos (profissionais de saúde/pais) zelem pelo bem-estar das crianças, visando minimizar as consequências emocionais da hospitalização. Como salienta Rokach (2016), quando as crianças estão com medo, cansadas ou com dor, elas estão particularmente dependentes de um ambiente seguro e estável, para o que muito contribui a pareceria de cuidados. Os pais têm de ter apoio para serem capazes de enfrentar toda esta situação e sentir força e capacidade para colaborar nos cuidados à criança. Para as crianças, isto não é apenas uma necessidade subjetiva, mas também vital, pois são muito dependentes dos seus pais, especialmente quando ficam doentes, elas necessitam do apoio dos pais mais do que nunca, uma vez que têm limitadas as suas capacidades para enfrentar a doença e a hospitalização. É neste contexto que os enfermeiros têm de envolver os pais em todo este processo, tal como se registou na subcategoria “Envolvimento por parte dos enfermeiros para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança”, onde se registou que os enfermeiros envolveram os pais para proporcionar aprendizagens de habilidades sobre as necessidades desenvolvimentais da criança (n=5): “Alimentação”, “Sono/repouso”, “Higiene e conforto”, “Segurança”, “Desenvolvimento infantil”. No entanto, há a ressaltar que 2 participantes referiram que não houve esse envolvimento e o proporcionar de aprendizagens.

Apurou-se que 9 entrevistados referiram que os seus medos aumentam, se a criança percebesse que estavam ansiosos, aborrecidos ou inseguros quanto aos procedimentos. Face a tal, adotam estratégias para diminuição dos medos da criança, nomeadamente: “Dialogar com a criança” (n=6), “Acalmar a criança” (n=5), “Explorar as causas dos medos” (n=2), “Dar mimos” (n=1), “Fazer com que a criança se abstraia dos procedimentos” (n=1) e “Relativizar a situação” (n=1). Conversam com a criança para lhe promover conhecimento e facilitar a aceitação dos procedimentos/tratamentos a realizar. Estas estratégias/recursos emocionais ajudam a criança a lidar com os medos, stresse físico e emocional, deixando de estar tão assustadas. É necessária sempre a colaboração dos pais e proporcionar um ambiente seguro e empático, contrariando o ambiente desconhecido, intimidante e desconfortável que o hospital lhes transmite (Franck et al., 2014).

Todos os entrevistados mencionaram que é muito importante que a criança tenha acesso ao brinquedo terapêutico para minimizar os efeitos da hospitalização, reduzindo a sua ansiedade, sobretudo em situações de dor e sofrimento, proporcionando-lhes mais calma e tranquilidade. Sossela e Sage (2017, pp. 25-26) referem que a utilização do brinquedo terapêutico se configura como “um recurso facilitador da aceitação dos procedimentos, podendo auxiliar na minimização da resistência e no aumento da alegria da criança hospitalizada”. Através da vivência proporcionada pelo brinquedo terapêutico, “associado ao manuseio de materiais hospitalares, com a dramatização dos procedimentos, o brinquedo pode ser percebido como uma estratégia útil na criação de vínculos seguros entre a criança e a equipa de saúde, bem como contribui para a “promoção dos cuidados emocionais e físicos necessários à recuperação da criança”.

Por último, quanto à “Percepção do impacto da pandemia durante a hospitalização”, constatou-se que todos os entrevistados referiram que é um impacto negativo, pois não permite a visita de outros familiares, afastando a criança dos irmãos, do pai, o que a torna ainda mais vulnerável. De acordo com 5 entrevistados, para além de não haver visitas da família, torna-se muito cansativo para quem está a acompanhar a criança. Estes resultados são congruentes com as evidências do estudo de Conlon et al. (2021), que mostram que a pandemia por COVID-19 e as restrições de saúde pública tiveram um impacto adverso no bem-estar psicossocial das crianças hospitalizadas, afastando-as ainda mais dos seus familiares.

Conclusão

Durante o percurso formativo, deu para perceber que a parceria de cuidados em enfermagem pediátrica é um conceito que deve ser trabalhado e interiorizado pelos enfermeiros, nomeadamente na promoção da parentalidade positiva como forma de prevenir efeitos nefastos da hospitalização, e para isso é importante que esta seja do conhecimento de todos os profissionais. Este percurso, foi uma experiência extremamente positiva na formação e crescimento pessoal e profissional, proporcionou o desenvolvimento de competências essenciais ao alcance de uma prática assistencial de excelência no âmbito do EESIP. O desenvolvimento de uma prática baseada em evidencia científica foi um fator essencial para o processo de cuidar.

A enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige que o EESIP apresente uma intervenção especializada, autónoma, independente e/ou interdependente, bem como o domínio de competências técnico científicas, crítico reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético deontológicas.

A passagem pelos vários locais de estágio, possibilitou conhecer a criança, jovem e família nos diferentes estadios de crescimento e desenvolvimento. Permitiu a atuação num processo integrado que passa desde a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, respeitando a individualidade que caracteriza cada criança/jovem e família e comunidade onde estão inseridos.

Relativamente ao estudo, as principais conclusões a que se chegou permitiu dar resposta aos objetivos delineados.

Assim, concluiu-se que o papel parental é de grande importância na minimização dos danos resultantes da hospitalização da criança, o que requer uma parceria de cuidados, o que dá fundamento à importância dos cuidados centrados na família, pois a hospitalização da criança configura-se como uma situação de crise para todos. Se houver um reconhecimento por parte dos enfermeiros da necessidade de haver uma parceria de cuidados com os pais nas unidades pediátricas hospitalares, a experiência da hospitalização não é tão penosa quer para a criança, quer para os pais. Esta parceria de cuidados implica a transmissão de informações, esclarecimentos sobre o estado de saúde da criança, tratamento/procedimentos, propiciando a disponibilização dos pais para estarem presentes nos tratamentos ou para que estes estejam capacitados para ajudar a responder às necessidades da criança que se encontra a vivenciar uma experiência que pode ser traumática. Assim, uma das intervenções dos enfermeiros é proporcionar aos pais maior tranquilidade, capacitando-os para a gestão

das suas emoções e da criança. É que quando os pais são tidos como parceiros no cuidar da criança hospitalizada, esta também fica mais capacitada para reduzir o stresse e a ansiedade experienciados ao longo da hospitalização.

Mediante tudo o que se mencionou, refere-se como implicações para a prática profissional, enquanto futuro enfermeiro especialista, alertar e aumentar a capacidade de todos os profissionais para a importância do trabalho em parceria com os pais, sendo esta, uma competência essencial para alcançar e melhorar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para se alcançarem estes padrões, devemos ter em atenção a promoção da participação dos pais nos cuidados habituais, a promoção de competências parentais para prestar cuidados mais diferenciados e redução no nível de stresse parental e da criança. Os enfermeiros devem avaliar as capacidades e limitações dos pais, é da sua responsabilidade motivar, ensinar e instruir, assim como supervisionar os cuidados prestados por eles, respeitando a sua vontade em participar. A participação dos pais não significa diminuição de trabalho para os enfermeiros, mas sim uma mais-valia para a criança hospitalizada.

O enfermeiro necessita ser capaz de satisfazer as necessidades da criança/jovem, qualquer que seja a estrutura familiar que lhe está subjacente. Deve avaliar a estrutura familiar e dar o seu contributo para a promoção da parentalidade, em qualquer das situações, respondendo sempre às necessidades da criança/ família. Na transição para a parentalidade cabe a cada enfermeiro a competência do saber ser, saber estar e saber fazer para manter funcional as alterações inerentes a esta fase da vida. A adaptação a parentalidade é um momento importante de desenvolvimento da vida dos pais, a hospitalização cria um impacto quer na vida da criança, quer da família e é o enfermeiro que detém o papel promotor de adaptação a esta situação e á transição de saúde doença.

Pode-se em jeito de conclusão, referir que no final deste percurso a pratica será vivida de forma diferente, não só pelos conhecimentos adquiridos, pelas realidades com que houve contacto, mas sobretudo pela reflexão que este percurso implicou.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico - fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Editora Formasau.
- Almeida, S.H.,N.F. (2016). *Vivências emocionais do cliente pediátrico hospitalizado: Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento Humanizado*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18132/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Sandra%20Almeida.pdf>
- Als, L.C., Picouto, M.D., Hau, S.M., Nadel, S., Cooper, M., Pierce, C.M., Kramer, T., & Garralda, M.E. (2015). Mental and physical well-being following admission to pediatric intensive care. *Pediatr Crit Care Med*; 16(5), e141-9. doi: 10.1097/PCC.0000000000000424.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L., & Ahmadi, F. (2011). The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. *Iranian journal of pediatrics*, 21(2), 201–208.
- Burns-Nader, S., & Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*; 45, 1–21. doi: 10.1080/02739615.2014.948161
- Cabral,J.M. (2012) Necessidades dos pais da criança submetida a cirurgia cardíaca apos o regresso a casa : Intervenções de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Casey, A. (1993). Development and use of partnership model of nursing care. In: Glasper, E. A., & Tucher, A. (p. 193). *Advances in child health nursing*. London: Scutari.
- Casey. A(1995) – Partenership nursing :influences in involvement if informal cares.Journal of Advenced Nursing.22,1058-1062.
<https://www.a.ebscohost.com/ehost/pdf>
- Conlon, C., McDonnell, T., Barrett, M. *et al.* (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on child health and the provision of Care in Paediatric Emergency Departments: a qualitative study of frontline emergency care staff. *BMC Health Service Reshourch*; 279, 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06284-9>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina.

- Delvecchio, E., Salcuni, S., Lis, A., Germani, A., & Di Riso, D. (2019). Hospitalized Children: Anxiety, coping strategies, and pretend play. *Journal Frontiers in Public Health*; Vol. 7, 250. DOI=10.3389/fpubh.2019.00250
- Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & Delvecchio, E. (2017). From research to clinical settings: validation of the affect in play scale – preschool brief version in a sample of preschool and school aged Italian children. *Front Psych.* ; 12, 728. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00728
- Doupnik, S. K., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, M. K., Marsac, M., & Feudtner, C. (2017). Parent coping support interventions during acute pediatric hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 140(3), e20164171. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal Nursing.* ; 24;1(4), 175-6. doi: 10.12968/bjon.1992.1.4.175. PMID: 1643373.
- Franck, L., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Alsberge, I., & Lee, K. A. (2014). Where do parents sleep best when children are hospitalized? A pilot comparison study. *Behavioral Sleep Medicine*; 12(4), 307–316. doi:10.1080/15402002.2013.801347
- Gomes, I.L.V.G., Queiroz, M.G.V.O., Bezerra, L.L.A.L., & Souza, N.P.G. (2012). A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare Enferm.*; 17(4), 703-709. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30378>
- Hockenberry, J. M., & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente (9ªed)*. Loures: Lusociência.
- Infante, M.M.M.S. (2016). *Sentimentos da criança/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde Instituto politécnico da Guarda. Acedido em <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/3586>
- Instituto Superior Politecnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). Guia Orientador: Estagio com Relatório Final: Estagio de Saúde Infantil e familiar, de Pediatria e de Neonatologia, 7º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º curso de Pós licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Viseu.
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*; 8, 53-61.
- Moura, F. H., & George, H. M. (2013). Norma da direcção geral de saúde 010/2013: programa nacional de saúde infantil e juvenil. *Direcção Geral de Saúde*.

- Oerther, S. (2020). Analysis methods in hermeneutic phenomenological research: interpretive profiles. *Front Nursing*; 4, 293-298. DOI: <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0038>
- Portugal, Decreto-Lei nº 28/2008. (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, I.P. [Portugal]. *Diário da República*, 1(38), pp. 1182-1189. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Portugal, Despacho nº 10143/2009. (2009, abril 16). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade [Portugal]. *Diario da Republica*, 2(74), pp. 15438-15440. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/2216310/details/3/maximized?serie=II&search=Pesquisar&ano=2009&perPage=100&types=DR&drelid=750692>
- Portugal, Despacho nº 10143/2009. (2009, abril 16). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade [Portugal]. *Diario da Republica*, 2(74), pp. 15438-15440. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/2216310/details/3/maximized?serie=II&search=Pesquisar&ano=2009&perPage=100&types=DR&drelid=750692>
- Portugal, Regulamento nº140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista, *Diário da República*, 2(26), pp nº 140/2019 2ª série <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento nº422/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,.*Diario da Republica* 2ªserie, nº133 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media78733/Infantil.pdf>
- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec nº5), 137-145. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clin Case Rep Rev*;; Vol. 2(4), 399-401. doi: 10.15761/CCRR.1000227
- Salmela, M., Aronen, E.T., & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4-to 6-year-old children. *Child: care, health and development*, vol. 37(5), 719-726.
- Seliner, B., Latal, B., & Spirig, R. (2016). Erleben und Unterstützungsbedarf von Eltern hospitalisierter Kinder mit Mehrfachbehinderung. Eine qualitative Studie [Experiences and support needs of parents of hospitalized children with multiple disabilities: a qualitative study]. *Pflege*.; 29(2), 73-82. German. doi: 10.1024/1012-5302/a000475.

- Shields, L. (2011). Family-Centred Care: Effective Care Delivery or Sacred Cow? *Forum on Public Policy*, 1-10. Acedido em https://espace.curtin.edu.au/bitstream/handle/20.500.11937/17020/163609_40086_Family%20centred%20care%20effective%20care%20delivery.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Sossela, C.R., & Sage, F. (2017). A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. *Rev. SBPH*; 20, (1), 17-31. Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100003
- Sousa, P.C.M. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde – Porto. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Sundal, H., & Vatne, S. (2020). Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study. *BMC Nurs*; 48, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00445-7>
- Suparto, T.A., Somantri, B., Andriani, S., Puspita, A.P.W., Rohaedi, S., Amalia, L., Syihab, S., & Sari, A.T. (2019). Parents' Roles in Overcoming the Impact of Hospitalization on Preschool Children. *Advances in Health Sciences Research, volume 21 4th International Conference on Sport Science, Health, and Physical Education (ICSSHPE 2019)*, 140-143. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/339572110_Parents'_Roles_in_Overcoming_the_Impact_of_Hospitalization_on_Preschool_Children/link/5e59bbd092851cefa1cd85ae/download
- Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Walnut Creek,: Left Coast Press.
- Van Manen, M. (2017). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779. Acedido em <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Escala de EDIN

EDIN

Escala de dor e desconforto do RN

EDIN		Pontuação – definição
Atividade Facial		0 – relaxada 1 – testa ou lábios franzidos, alterações de boca transitórias 2 – caretas frequentes 3 – mímica de choro ou totalmente sem mímica
Movimento Corporal		0 – relaxado 1 – agitação transitória, geralmente quieto 2 – agitação frequente, mas dá para acalmar 3 – agitação persistente, hipertonia mmii/ss ou parado
Qualidade do Sono		0 – dorme fácil 1 – dorme com dificuldade 2 – sonecas curtas e agitadas 3 – não dorme
Contacto com enfermagem		0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora à mínima manipulação 3 – Não há contacto, geme à manipulação
Consolabilidade		0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade 3 – Não acalma, suga desesperadamente

Define-se dor quando a pontuação é ≥ 7

Anexo II: Panfleto sobre os acidentes nos primeiros anos de vida



- Guarde todos os produtos de higiene, limpeza, venenos e medicamentos fechados em lugar alto e longe do alcance das crianças;
- Mantenha os produtos de limpeza e outro químicos nas suas embalagens originais;
- Não tome medicamentos na presença das crianças e guarde-os imediatamente após a sua utilização;
- Nunca se refira a um medicamento como um "doce", isso pode levar a criança a pensar que não é perigoso;
- Leia a bula e os rótulos antes de dar os medicamentos à criança;
- Dê preferência aos produtos cujas embalagens possuam tampas de segurança;
- Nunca deixe bebidas alcoólicas a o alcance do seu filho.

Ensine o seu filho a:

Dizer o nome, morada, n.º telefone e o nome dos pais;
 Manter-se afastado de estranhos e não aceitar nada destes;
 Dizer "não" à realização de algo desconfortável, brincadeiras perigosas ou envolvendo partes íntimas do corpo;
 Ensine regras básicas de segurança rodoviária coerentes com a prevenção de acidentes.



- Não de alimentos redondos e lisos, corte os alimentos em pedaços pequenos;
- As crianças devem dormir de barriga para cima;
- Use berços certificados, com grades de protecção fixa e colchão firme e bem preso;
- Remova todos os brinquedos e travesseiros quando a criança estiver a dormir;
- Deve evitar vestir roupas com correntes, tiras ou cordas com mais de 15 cm;
- Não deixe as crianças brincarem em parques quando usarem, colares, bolsas ou roupas com correntes;
- Nunca deixe a criança dentro do carro, mesmo com o vidro aberto;
- Ao escolher brinquedos considere a idade da criança e procure brinquedos certificados;
- Inspeccione os brinquedos frequentemente à procura de danos;
- Evite utilizar balões e tenha atenção com os fragmentos destes quando rebentam.

Números de telefones importantes:
 Número Nacional de Socorro: 112
 Centro de Intoxicações: 808 250 143
 Saúde24: 808 24 24 24
 Elaborado por: Ana Seixas e Rui Miragaia



USF LUSITANA



- Nunca deixe o seu filho perto de água sem vigilância;
- Nunca deixe o seu filho (com menos de 3 anos) sozinho na banheira;
- Coloque colete salva vidas ou braçadeiras ao seu filho, mesmo que só esteja a brincar perto da piscina ou do mar;
- Ensine o seu filho a nadar, mas com supervisão;
- Escolha praias e piscinas vigiadas;
- Ensine o seu filho a não correr ou empurrar outras crianças para a água;
- Deve proteger a piscina com cercas de 1,5 mts de altura e cadeados.



- Mantenha portas, portões e janelas fechados ou protegidos com rede ou grades de protecção e coloque cancelas nas escadas;
- Tenha cuidado com pisos escorregadios e coloque antiderrapantes nos tapetes;
- Quando mudar a fralda do seu filho, mantenha-o seguro e nunca o deixe sozinho em mesas ou camas mesmo que seja por pouco tempo;
- A cadeira onde o seu filho toma as refeições deve ser fixa, estável e estar perto da parede, se cadeira de encaixe nunca colocar uma cadeira por baixo da cadeira, pois este pode pôr-se de pé e cair;
- Mantenha camas, armários ou outros móveis longe das janelas;
- Ensine as crianças a guardarem os brinquedos após brincarem;
- Certifique-se que o seu filho, quando anda de bicicleta, trotineta, patins ou skate usa equipamento de segurança (capacetes, joelheiras, cotoveleiras...)
- Mantenha fora do alcance do seu filho ferramentas e instrumentos perfurantes;
- Crianças com menos de 6 anos não devem dormir em beliches, ou colocar grades laterais de protecção.



- Mantenha a criança longe do fogão, não deixe panelas ao lume sem supervisão;
- Colocar a comida e líquidos quentes no centro da mesa, longe do alcance das crianças;
- Cozinhe nos bicos de trás do fogão e sempre com as asas das panelas viradas para a parte interior do mesmo;
- Evite toalhas de mesa compridas;
- Guarde fósforos, isqueiros ou velas em locais altos e longe do alcance das crianças;
- Não deixe o seu filho brincar com fósforos;
- Não deixe as crianças brincarem perto de si quando estiver a passar a ferro;
- Durante o banho da criança coloque a água fria em primeiro lugar e verifique sempre a temperatura da mesma;
- Verifique sempre a temperatura do biberon antes de o oferecer;
- Deve evitar ligar vários aparelhos eléctricos ao mesmo tempo e proteger as tomadas. Elimine fios soltos extensões;
- Coloque grades protectoras em frente da lareira.

Anexo III: Guião da Entrevista Semiestruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

BLOCOS	OBJETIVOS	QUESTÕES/ASSUNTOS
Legitimação da entrevista e garantia de confidencialidade	Legitimar a entrevista e assegurar a confidencialidade das informações.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer o(a) entrevistado(a) sobre a temática da entrevista. - Indicar os objetivos da entrevista pedindo a colaboração do entrevistado(a). - Garantir que as informações são confidenciais e que apenas serão utilizadas no âmbito desta investigação.
Caraterização dos pais (pai/mãe) família	Caraterizar os pais/família do ponto de vista sociodemográfico e profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Com quem coabita a criança? - Qual é a idade do pai/mãe/filhos e coabitantes? - Qual a profissão do pai/mãe e coabitantes? - Qual o vínculo de trabalho pai/mãe e coabitantes? - Quais são as habilitações literárias (pai/mãe/filhos) e coabitantes? - Qual o seu estado civil? - Qual o seu grau de parentesco com a criança (pai/mãe)? - Tem mais filhos? Se sim, com que idade e escolaridade? (pode incluir nas questões anteriores?) - Os seus filhos são saudáveis?
Caraterização da criança	Identificar as características sociodemográficas e clínicas da criança.	<ul style="list-style-type: none"> - Qual é a idade do(a) seu(sua) filha(a)? - Qual o ano de escolaridade? - Qual o motivo da hospitalização? - Qual o tempo de hospitalização do(a) seu(sua) filha(a)? - Já teve hospitalizações anteriores? Qual o motivo?
Perceção dos pais (pai/mãe) face à informação disponibilizada pelo enfermeiro	Averiguar a perspetiva dos pais (pai/mãe) acerca da informação disponibilizada pela equipa de saúde (enfermeiro/médico ou outros)	<ul style="list-style-type: none"> - Quando o(a) seu(sua) filha(a) ficou hospitalizado(a), quem o informou acerca do motivo do internamento e da sua doença? - Sentiu que o momento em que a informação foi dada foi o mais adequado? - Os enfermeiros informaram-no(a) acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde o(a) seu(sua) filha(a) está hospitalizado(a)? - Os enfermeiros o(a) informaram sempre sobre os tratamentos/procedimentos? - Em que situações pediram o seu assentimento/consentimento? - Considera que os enfermeiros utilizam uma linguagem clara para explicarem a doença e os tratamentos que o(a) seu(sua) filha(a) tem de fazer? Os enfermeiros validam a informação para saberem que compreendeu? Quando não compreende pergunta novamente? - Foi informado(a) sobre todos os prognósticos possíveis para o(a) seu(sua) filha(a)? - Considera que os enfermeiros o envolvem nos cuidados prestados ao(à) seu(sua) filha(a)? Qual o benefício, para si, dessa parceria? - Como reage/se sente quando têm, de ser realizado procedimentos/tratamentos invasivos, sobretudo os dolorosos, no(a) seu(sua) filha(a)? - Quais as estratégias que utiliza para minimizar o impacto desses procedimentos no(a) seu(sua) filha(a)? - Durante um procedimento/tratamento é incentivado(a) pelos enfermeiros a ficar com o(a) seu(sua) filha(a)? Quais os benefícios da sua presença para a criança? - Sente que os enfermeiros o(a) incentivam a fazer perguntas e a procurar respostas? - Considera que os enfermeiros o(a) envolvem e lhe têm proporcionado
Perceção dos pais (pai/mãe) acerca do exercício parental	Averiguar a perspetiva do cuidador (pai/mãe) acerca do seu exercício parental nos cuidados em parceria durante a hospitalização	

Anexo IV: Pedido de autorização á comissão de ética do Centro Hospitalar Tondela

Viseu

Exm^o Senhor

Presidente do Conselho de Administração do CHTV EPE

Dr Nuno Duarte

Frequentemente, as condições de saúde das crianças levam à hospitalização e a vivência de ter um filho internado é uma situação difícil e complexa.

A atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais dos pais, da própria criança, bem como da filosofia de cuidados da equipa de enfermagem.

Nesta situação reconhecer a importância do papel parental durante a hospitalização é fundamental para a implementação da parceria de cuidados mais efetiva. Assim, a prestação de cuidados centrados na família deve assentar na crença de que esse modelo de cuidados atende às necessidades psicossociais, emocionais e físicas da criança hospitalizada e da própria família.

A COVID-19, doença provocada pelo SARS-CoV-2 que rapidamente atingiu todo o mundo, levou à aplicação de medidas sanitárias para controlar a contaminação. As restrições de visitas e permanência de um dos pais vieram condicionar a saúde mental da criança e família hospitalizada.

Neste sentido, e frequentando actualmente o curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria na escola superior de saúde de Viseu, venho solicitar como investigador principal a realização de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativo, através da realização de uma entrevista aos pais de crianças internadas com idade escolar e pré-escolar.

Com o presente estudo pretende-se avaliar **"Promoção do papel parental durante a hospitalização"** e tem como objectivos:

- Compreender o papel parental na minimização dos danos resultantes da hospitalização.
- Identificar a importância que os pais atribuem aos cuidados centrados na família durante a hospitalização.
- Identificar a existência da parceria de cuidados entre enfermeiros e pais durante a hospitalização.

Anexo

- O Projecto de investigação, que tem como anexos a declaração de consentimento informado ao participante e o guião da entrevista semiestruturada.
- O pedido de submissão do projecto de investigação para a Comissão de Ética para a Saúde do CHTV EPE.

Esperando o melhor seguimento, com os melhores cumprimentos

HOSPITAL DE SAUDE DE VISEU	
GERENCIAMENTO	
ENTRADA Nº	176/2021
Entrada em	15/03/2021
Empl. nº	
Sit. Diagnóstica	
Regulação em	

Viseu, 8 de fevereiro de 2021

Rui Manuel Miragaia Monteiro

Rui Manuel Miragaia Monteiro Mec. Nº 4309

Enfermeiro do Serviço de Pediatria/Internamento do CHTV EPE

**Pedidos de Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Relativo a Estudo de Investigação**

Título do trabalho: Promoção do papel parental durante a hospitalização

Identificação do Proponente

Nome(s):

Rui Manuel Miragaia Monteiro

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV

Orientadora:

Professora Doutora Isabel Bica

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV

Justificação do Estudo:

Por vezes, a condição de saúde da criança leva à hospitalização e a vivência de ter um filho internado é uma situação difícil e complexa. A atitude dos pais ao lidar com o internamento do seu filho depende das características pessoais dos pais, dos enfermeiros, bem como das características pessoais da própria criança. Nesta situação, a atitude dos pais para minimizar os danos resultantes da situação de hospitalização na criança também está dependente do tipo de cuidados e da própria condição de saúde da criança. Assim, é fundamental que se fortaleça a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em unidades pediátricas hospitalares, sendo este um excelente caminho para se poder minimizar os sentimentos de medo, stresse e ansiedade que a criança vivencia. A criança hospitalizada, por vezes, experiencia medos e preocupações, que incluem: a separação dos pais e da família, ambiente desconhecido, tratamentos e perda da autodeterminação, o que exacerba os seus medos e preocupações. Assim, a prestação de cuidados centrados na família deve assentar na crença de que esse modelo de atendimento atende às necessidades psicossociais, emocionais e físicas da criança hospitalizada e da própria família.

A hospitalização de uma criança é uma fonte de ansiedade, depressão e stresse para os pais. Uma melhor saúde emocional e mental dos pais está associada a uma melhor saúde física e mental das crianças. Se as habilidades dos pais em participarem nos cuidados dos filhos hospitalizados são comprometidos por um sofrimento emocional, as crianças são suscetíveis de sofrer (Als, Picouto, Hau, Nadel, Cooper, Pierce, Kramer & Garralda, 2015). No estudo de Doupnik, Hill, Palakshappa, Worsley, Bae, Shaik, Qiu, Marsac e Feudtner (2017), os pais de crianças hospitalizadas relataram que o trabalho em parceria com os profissionais de saúde nos cuidados prestados ao seu filho, uma comunicação eficiente e uma relação empática com os enfermeiros ajuda-os a minimizar o impacto negativo da hospitalização no seu filho. Os mesmos autores referem que as intervenções para apoiar a saúde emocional dos pais têm o potencial de beneficiar as crianças.

A experiência da hospitalização, para as crianças, pode ter um impacto emocional difícil de ser exteriorizado e expressado em palavras, o que, em muitos casos, pode, inclusive, levar a um

conflito interno, cujo sintoma passa a ser algo difícil de expressar caso não haja uma boa gestão por parte da equipa de profissionais de saúde em parceria com os pais (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

Als, L.C., Picouto, M.D., Hau, S.M., Nadel, S., Cooper, M., Pierce, C.M., Kramer, T., & Garralda, M.E. (2015). Mental and physical well-being following admission to pediatric intensive care. *Pediatr Crit Care Med.*; 16(5), e141-9. doi: 10.1097/PCC.0000000000000424.

Doupanik, S. K., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, M. K., Marsac, M., & Feudtner, C. (2017). Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*; 140(3), e20164171. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>.

Gomes, I.L.V.G., Queiroz, M.G.V.O., Bezerra, L.L.A.L., & Souza, N.P.G. (2012). A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare Enferm.*; 17(4),703-709. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30378>

Objetivo do Estudo:

- Compreender o papel parental na minimização dos danos resultantes da hospitalização.
- Identificar a importância dos cuidados centrados na família.
- Reconhecer a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em unidades pediátricas hospitalares

Metodologia

Tipo de Estudo:

Estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativo.

População e Amostra/Informantes:

O estudo terá como participantes os pais de crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu de 01 de Abril a 30 de 2021.

Amostra por conveniência constituída por pais (pai/mãe).

Crítérios de Inclusão/Exclusão:

Inclusão

- Idade das crianças internadas entre os 3 e 10 anos

Exclusão

- Acompanhantes e/ou representantes legais

Locais onde Decorre a Investigação:

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Instrumento(s) de Recolha de Dados (Anexo):

Entrevista semiestruturada. Recorrer-se à análise qualitativa de dados, apoiada pelo Nvivo12.

É dada a garantia de anonimato no tratamento dos dados obtidos

A entrevista será realizada a um dos pais, numa sala isolada para permitir sigilo e confidencialidade.

Garantia de Confidencialidade:

Apenas os investigadores terão acesso aos dados. Após o tratamento estatístico os dados serão destruídos.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes:

Será apresentado o estudo ao Centro Hospitalar em causa e as condições do mesmo, para que, depois de devidamente informado, conceda a sua autorização para a recolha de dados.

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de proponente da investigação e na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:**O investigador:**

(Rui Miragaia)