



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Adequação dos espaços em contexto
pediátrico: Uma estratégia de
Enfermagem à participação da
criança/família no processo de cuidados.**

Emanuel de Moura Garcês

Orientação: Professora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem de *Saúde Infantil e
Pediatria*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Adequação dos espaços em contexto
pediátrico: Uma estratégia de
Enfermagem à participação da
criança/família no processo de cuidados.**

Emanuel de Moura Garcês

Orientação: Professora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem de *Saúde Infantil e
Pediatria*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

À minha Família.

Aos meus filhos.

À minha esposa.

AGRADECIMENTOS

À Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., pela oportunidade de realização da Unidade Curricular Estágio Final na Unidade de Saúde Familiar ALFA BEJA e Consultas Externas de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes.

Às Enfermeiras, Luisa Águas e Carla Antas pela disponibilidade, apoio e orientação nos módulos de estágio realizados no estágio final e as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal que proporcionaram.

À Professora Maria Gabriela Calado pela paciência, dedicação e carinho que demonstrou ao longo de todo este processo, bem como os conhecimentos e orientação que transmitiu, vitais para a realização deste relatório.

A todos os meus colegas de trabalho que me apoiaram e motivaram a continuar e a lutar, em especial às minhas colegas de Mestrado Rita e Sílvia que me apoiaram de uma forma especial no percurso realizado.

À minha família, e em especial à minha esposa e filhos que durante um período de grandes dificuldades tiveram a paciência e a sabedoria de me apoiar de forma incondicional e sem os quais não o teria conseguido.

RESUMO

Título - Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados.

Os ambientes das instituições prestadoras de cuidados de saúde são muitas vezes percebidos pelas crianças como lugares estranhos, autoritários e assustadores que podem levar a traumas que perduram até a idade adulta.

Este projeto teve como objetivo contribuir para minimizar o impacto dos fatores stressores ambientais, na saúde e bem-estar das crianças/famílias, em idade pré-escolar e escolar, com recurso à Metodologia de Projeto. Foi desenvolvido durante o Estágio Final do curso Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apresenta-se ainda neste relatório, uma análise reflexiva sobre o trajeto realizado e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro na referida área de especialização.

Com este projeto concluiu-se que, a adequação dos espaços físicos pediátricos nas instituições de saúde, diminuem os fatores stressores ambientais, contribuindo para o bem-estar físico, social e afetivo da criança em idade pré-escolar e escolar, tornando-se esta, uma estratégia facilitadora de uma efetiva prestação de cuidados à criança/família.

Palavras Chave: Ambiente/espaços físicos; criança/família; Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Title - Adequacy of spaces in the pediatric context: A Nursing strategy to the child / family participation in the care process.

The environments of health care institutions is often perceived by children as strange, authoritarian and frightening places that can lead to traumas that persist into adulthood.

The objective of this project was to contribute to minimize the impact of environmental stressors on the health and well-being of children / families at preschool and school age, using the Project Methodology. It was developed during the final stage of the Master's Degree in Association in the area of Specialization in Child and Pediatric Health Nursing.

Also presented in this report is a reflective analysis of the path taken and the process of acquisition and development of Master's and Nurse's competences in said area of specialization.

With this project, it was concluded that, the adequacy of pediatric physical spaces in health institutions, reduce environmental stressors, contributing to the physical, social and affective well-being of children in preschool and school age, becoming this, a strategy that facilitates an effective child / family care.

Keywords: Environment/physical spaces; child / family; Nursing Child Health and Paediatrics

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Representação do Modelo de Adaptação de Calista Roy.....	32
Figura 2 - Percentagem de Enfermeiros com formação sobre a temática (USF)	54
Figura 3 - Percentagem de Enfermeiros com formação sobre a temática (CEP)	54
Figura 4 - Intervenções mais selecionadas (CEP).....	55
Figura 5 - Intervenções mais selecionadas (USF).....	55
Figura 6 - Avaliação da sessão de formação (CEP).....	64
Figura 7 - Avaliação da sessão de formação (USF Alfa Beja)	64

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Número de consultas Saúde Infantil USF Alfa Beja.....	18
Quadro 2 - Número de Consultas na CEP nos meses de estágio.....	21
Quadro 3 - Análise SWOT	53
Quadro 4 - Atividades e estratégias planeadas USF Alfa Beja.....	58
Quadro 5 - Atividades e estratégias planeadas CEP do HJJF.....	61

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CEP – Consultas Externas de Pediatria

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

Nº - Número

p. – Página

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

UP – Urgência Pediátrica

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	11
2 – Contextualização dos estágios	15
2.1 - Caracterização dos Locais de Estágio	15
2.1.1 - Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja.....	16
2.1.2 - Consultas Externas de Pediatria do HJJF.....	19
2.2 - Análise Reflexiva Sobre a Prestação de Cuidados	22
3 – O Projeto.....	26
3.1 - Enquadramento Conceptual.....	26
3.1.1 - Ambiente e Cuidados de Saúde	27
3.1.2 - Enfermagem e Ambiente	28
3.1.3 - Ambiente Humanizado	34
3.1.4 - A criança em idade pré-escolar e escolar.....	36
3.1.5 - A criança em idade pré-escolar e escolar e as instituições de saúde.....	43
3.2 – Metodologia de Trabalho de Projeto	48
3.2.1 - Identificação do problema e diagnóstico da situação.....	49
3.2.2 - Definição de objetivos	56
3.2.3 - Planeamento.....	57
3.2.4 - Execução.....	63
3.2.5 - Avaliação	67
4 - Análise Reflexiva Sobre a Aquisição e desenvolvimento Competências	69
4.1 - Competências Comuns.....	69
4.2 - Competências específicas	75
5 - CONCLUSÃO.....	84
6 - Referências bibliográficas.....	84
Anexos.....	94
Anexo 1 – Creditação de Contexto Profissional	95
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	97
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da ULSBA.....	99

APÊNDICES	101
Apêndice I – Plano de sessão – Epilepsia.....	102
Apêndice II – Apresentação PowerPoint Epilepsia na Escola	105
Apêndice III – Questionário Diagnóstico de Situação.....	111
Apêndice IV – Cronograma	115
Apêndice V – Plano de sessão USF	117
Apêndice VI – Plano de sessão CEP	120
Apêndice VII – Avaliação Sessão de Formação	123
Apêndice VIII– Formação USF/CEP	125
Apêndice IX – Proposta USF Alfa Beja.....	129
Apêndice X – Proposta CEP	136
Apêndice XI– Consentimento	139
Apêndice XII– Revisão Sistemática da Literatura.....	141

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

De acordo com Mestrinho (2008), o estágio é um momento de aprendizagem indispensável no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, decorrendo este da aplicação dos conteúdos teóricos e saberes adquiridos num contexto de prestação de cuidados real.

O Estágio Final decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Alfa Beja e na Consulta Externa de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF) em Beja. Ao longo dos estágios desenvolvidos, tivemos a oportunidade de participar e colaborar em experiências de aprendizagem que contribuíram de forma significativa para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica bem como de competências de Mestre.

O Projeto realizado no âmbito do Estágio Final, reporta à relevância da problemática ambiental nos cuidados de saúde, designadamente à importância do ambiente físico/ adequação dos espaços, em contexto pediátrico, enquanto estratégia de Enfermagem a uma efetiva participação da criança/família no processo de cuidados. A opção pela temática trabalhada, de acordo com a metodologia de projeto, surgiu do diagnóstico das necessidades sentidas pelos profissionais de enfermagem, acrescida da forte motivação pessoal para o desenvolvimento da mesma.

Ao longo dos últimos anos tem surgido um maior interesse no impacto dos ambientes / adequação dos espaços físicos das instituições de saúde sobre o bem-estar psicossocial e afetivo das crianças. Vários autores têm vindo a salientar a importância desta problemática e a necessidade da adequação dos ambientes físicos mais amigos das crianças/famílias. Esta componente da humanização, apresenta-se como uma estratégia que contribui de forma positiva para a redução dos efeitos adversos provocados pelo contacto com as instituições de saúde nas crianças/família (Esteves, Antunes, & Caires, 2014).

A adequação dos espaços em contexto pediátrico apresenta-se como um alicerce para a humanização nos serviços de saúde, atuando positivamente na reestruturação dos mesmos e podendo produzir ganhos em saúde (Ribeiro, Gomes, & Thofehrn, 2014). O ambiente hospitalar pode ter um impacto importante nos níveis de ansiedade e dor dos pacientes e suas famílias, podendo reduzir significativamente os custos e ao mesmo tempo capacitar utentes e famílias na gestão dessa mesma ansiedade e dor (Laursen, Danielsen, & Rosenberg, 2014).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, principalmente os hospitais, são percebidos pelas crianças como lugares estranhos, desconhecidos, autoritários e de enormes dimensões que levam a que muitas vezes as mesmas se sintam solitárias, tristes, preocupadas, entediadas e assustadas no ambiente hospitalar (Water, Wrapson, Tokolahi, Payam, & Reay, 2017). De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento, a sua imaginação pode transportá-los para lugares maravilhosos ou contribuir para sentimentos de stress e ansiedade quando confrontados com um ambiente desconhecido (Norton-Westwood, 2014).

As crianças na idade pré-escolar e escolar em especial, respondem de forma diferente aos eventos stressantes, em função do seu nível de desenvolvimento e maturidade cognitiva, social e de personalidade. As crianças na idade pré-escolar e escolar são as que apresentam evidências de maiores níveis de sofrimento ligado à separação da família manifestando efeitos emocionais e comportamentais adversos que poderão manifestar-se até um ano após o contacto (Monti et al., 2012).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na prática dos cuidados, os enfermeiros especialistas em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica precisam de centrar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Ainda de acordo com o mesmo regulamento, todos os enfermeiros deverão empenhar-se na minimização do impacto negativo sobre a pessoa, gerado pelas alterações do seu ambiente e imposto pelas necessidades do processo de assistência à saúde.

Em particular o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deverá realizar atividades com o objetivo de, reduzir o efeito negativo dos fatores stressores

ambientais, relacionados com o contacto com as instituições de saúde. Em complementaridade, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, definem que este, deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo, promover a implementação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para prevenir danos aos utentes e profissionais, utilização de técnicas adequadas na comunicação com criança/jovem e família, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis e utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família na sua participação no processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Ancorado, na problemática em questão, o Projeto realizado encontra-se inserido, na linha de investigação, segurança e qualidade de vida, tendo como objetivo: Contribuir para minimizar o impacto dos fatores stressores ambientais, das instituições prestadoras de cuidados, na saúde e bem-estar das crianças/famílias, em idade pré-escolar e escolar. Pretendendo-se para tal, contribuir para a adaptação dos espaços, às necessidades dos utentes pediátricos destas faixas etárias, promovendo um ambiente de descontração, apropriado à comunicação com a criança/família, onde possam ser desenvolvidas estratégias motivadoras, direcionadas à criança/família, tendo como finalidade a sua participação no processo de cuidados.

O documento que agora se apresenta, teve em consideração os objetivos e resultados definidos para a unidade curricular Relatório, a qual visa capacitar o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências que permitam comunicar o desenvolvimento e conclusões do projeto de intervenção profissional.

Pretendemos, assim: Demonstrar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; Fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica; Descrever o desenho, implementação e respetiva avaliação de um projeto de intervenção ; apresentar um relatório para provas públicas.

O relatório encontra-se organizado de acordo com a seguinte estrutura:

- Contextualização dos estágios e caracterização dos locais
- Caracterização dos locais de estágio final, bem como as atividades

desenvolvidas;

- Projeto desenvolvido na prática clínica, onde será abordado o enquadramento conceptual, descrição detalhada dos passos desenvolvidos de acordo com a metodologia de projeto,
- Descrição e análise reflexiva das competências desenvolvidas e adquiridas no decorrer da realização do estágio
- Conclusão.

O texto redigido ao longo deste trabalho foi elaborado de acordo com as normas de referência American Psychological Association (American Psychological Association, 2018), e de acordo com o novo acordo ortográfico da língua Portuguesa.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS

Através da contextualização dos locais de estágio, procuramos descrever o ambiente e circunstâncias em que se desenvolveram o estágio do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e onde foram implementadas as atividades planeadas no projeto de intervenção.

Para o curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foram definidos dois estágios, o estágio 1 e o estágio final. No que se refere ao estágio 1 foi concedida creditação de competências profissionais, de acordo com o regulamento de creditações da Universidade de Évora (anexo I), sendo que o projeto de estágio desenvolvido e a respetiva caracterização do ambiente dizem respeito apenas ao estágio final, uma vez não ter sido realizado o estágio 1.

2.1 - Caracterização dos Locais de Estágio

O estágio final decorreu entre 18 de Setembro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018 sendo este dividido em dois módulos, um módulo A e um módulo B. O módulo A decorreu ao longo de 6 semanas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Alfa Beja tendo sido realizadas 130 horas de estágio neste local. O módulo B decorreu na Consulta Externa de Pediatria (CEP) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) onde foram realizadas 236 horas de estágio.

Para o estágio final, e tendo em consideração os requisitos definidos para a aquisição de grau de mestre bem como a atribuição do título de especialista, pretendeu-se nesta unidade curricular, aumentar o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas relacionadas com a prestação de cuidados da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida. Esta aquisição de competências e aptidões foram direcionadas para as necessidades do processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde.

Pretendeu-se ainda a aquisição e desenvolvimento de competências, técnica científicas e humanas tendo sido estas integradas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

2.1.1 - Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja

A Unidade de Saúde Familiar onde realizamos o estágio módulo A, é denominada de Alfa Beja e pertence à ULSBA, estando inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo. De acordo com o estabelecido pelo Decreto lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, o ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, compostos por diversas unidades funcionais, podendo agrupar vários centros de saúde, com a finalidade de assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população referente a uma determinada área geográfica.

O mesmo decreto lei define que, as unidades funcionais integradas no ACES são as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados e unidades ou serviços que as administrações regionais de saúde considerem necessários existindo uma intercooperação entre as várias unidades do ACES.

A USF Alfa Beja tem como missão a prestação de cuidados de saúde no contexto da: promoção da saúde; prevenção da doença; deteção, tratamento e referenciação dos utentes doentes; e na reabilitação de pessoas. Assegurar a continuidade e boa acessibilidade destes cuidados. A visão é de gerir a saúde de cada indivíduo, família e comunidade da sua área de atuação com base num alto grau de competência técnico-científica com o objetivo de proporcionar um elevado nível de satisfação dos utentes inscritos.

A área geográfica de influência envolve utentes que residem no Concelho de Beja em 6 freguesias da cidade e que por opção pessoal e voluntária queiram escolher para equipa nuclear de saúde uma das que incorporam esta USF. Existem ainda inscritos

nas listas das equipas nucleares de saúde da USF de utentes do Serviço Nacional de Saúde de freguesias do Concelho de Beja mais distantes sobre condições especiais de inscrição. Atualmente a USF presta cuidados de saúde a cerca de 14900 utentes inscritos.

A equipa da USF Alfa Beja é composta por 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 administrativos. Relativamente à organização interna é utilizado um modelo de equipa multidisciplinar onde, os médicos, enfermeiros e administrativos organizam-se em equipas nucleares de saúde, flexíveis e descentralizadas, onde os diferentes profissionais trabalham de modo autónomo, de acordo com as suas competências, tarefas e responsabilidades, e interdependente sendo assumida uma posição horizontal e não vertical.

Relativamente à área da Saúde Infantil e Pediátrica a USF realiza consultas de saúde infantil e Juvenil (SIJ), tendo como base orientadora das consultas de vigilância, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e as prioridades por este definidas. O PNSIJ descreve como aspetos prioritários "...a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados." (Direcção-Geral da Saúde, 2013, p. 6) De acordo com a mesma fonte compete aos profissionais de saúde a promoção e a facilitação do desenvolvimento do exercício da parentalidade por parte dos pais e famílias.

O quadro 1 mostra o número de consultas de saúde infantil realizadas durante 2017 na USF Alfa Beja.

As consultas de vigilância de SIJ obedecem às linhas mestres do PNSIJ.

A marcação das consultas de vigilância é realizada tendo em atenção às idades chave de acordo com etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade, e procurando conciliar com o esquema cronológico do novo Programa Nacional de Vacinação (PNV) no sentido de minimizar as deslocações à instituição de saúde.

Quadro 1 - Número de consultas Saúde Infantil USF Alfa Beja

Sexo	Grupo Etário	N^a Consultas 2017
Masculino	< 12 M	580
	12-23 M	444
	2 - 13 Anos	1 583
	14 - 18 Anos	440
	Total	3 047
Feminino	< 12 M	639
	12-23 M	435
	2 - 13 Anos	1 452
	14 - 18 Anos	599
	Total	3 125
Total		6 172

Fonte: Serviço de Produção, Planeamento e Controlo de Gestão da ULSBA

São realizados os cuidados antecipatórios promovendo a saúde e prevenindo a doença, transmitindo aos pais e cuidadores conhecimentos promotores e facilitadores do exercício da parentalidade, respeitando a promoção e proteção dos direitos da criança. Neste sentido, e face ao surgimento de alguns movimentos antivacinais (Direcção-Geral da Saúde, 2013), é tida uma especial atenção o reforço dos ensinamentos sobre a importância da vacinação para a proteção da saúde das crianças, tanto individual como saúde coletiva da população pediátrica.

É desenvolvida também especial atenção relativamente à deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações passíveis de influenciar de forma negativa a saúde e bem-estar das crianças, ao longo de toda a idade pediátrica, e que sejam possíveis de corrigir. Neste sentido a USF desenvolve articulação com instituições de apoio à criança como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Esta articulação ocorre também ao nível dos cuidados diferenciados, havendo também uma referência das crianças em situações de especial complexidade para a equipa de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF) da ULSBA, quer por referência direta para a Urgência Pediátrica (UP) ou pedido de marcação de consulta externa de uma área específica da Pediatria.

Esta articulação ocorre também no sentido inverso, sendo que, o serviço de Pediatria do HJJF solicita muitas vezes o apoio da USF estabelecendo contato com a enfermeira de família da criança para acompanhamento ou esclarecimento de situações referentes à saúde e dinâmica familiar da criança.

Para além destas atividades, são disponibilizadas consultas abertas que dão resposta a situações de doença aguda, tendo para este efeito um médico e enfermeiro disponível num horário que se estende das 8 às 22 horas durante a semana e das 8 às 14 horas ao fim de semana e feriados.

Mais recentemente, e dado o volume elevado de ocorrências ao serviço de UP do HJJF, foi estabelecido um protocolo onde as crianças em idade pediátrica, aos quais seja atribuída uma cor azul ou verde de acordo com a prioridade definida pelo sistema de Triagem de Manchester, é-lhes colocada a possibilidade de serem orientados para a USF para uma consulta aberta.

No sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, a USF tem vários projetos em curso, sendo de destacar o cantinho da amamentação. Este destina-se a promover o aleitamento materno através de um espaço destinado a apoiar as mães com dificuldade na amamentação. Para tal a USF criou uma sala exclusiva para este efeito tendo a mesma sido dotada de equipamentos e decoração apropriados para disponibilizar à mãe e criança um ambiente agradável, seguro e confortável. Na USF existem 3 enfermeiras conselheiras de amamentação que colaboram de forma mais proactiva neste projeto.

2.1.2 - Consultas Externas de Pediatria do HJJF

A CEP foi o local onde foi desenvolvido o estágio módulo B. Neste local são prestados cuidados de saúde diferenciados em regime de ambulatório a crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias. A CEP é parte integrante do serviço de pediatria da ULSBA, sendo que esta funciona em edifício anexo ao edifício principal do Hospital, durante os dias úteis.

A missão da CEP é a expressa pelo serviço de Pediatria da ULSBA, que tem como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade a crianças em idade pediátrica, no campo de ação dos cuidados médicos/cirúrgicos e ortopédicos, bem como a articulação e auxílio a outras instituições de Saúde. A sua atuação orienta-se pelo: profundo respeito e dignidade da vida humana centrando o seu desempenho no conforto

das crianças e comunidade onde pertencem; a harmonização entre a evolução tecnológica e a humanização dos cuidados de saúde; promover o conhecimento, competências técnicas e multidisciplinariedade; melhoria contínua dos indicadores de saúde da população abrangida pelo Serviço de Pediatria.

O espaço físico apresenta-se dividido em: cinco gabinetes de consulta, uma sala de enfermagem, uma sala de espera uma sala de reuniões e uma copa. Os recursos humanos que compõem a CEP são: uma assistente operacional, uma técnica administrativa, dois enfermeiros e nove pediatras. Relativamente ao método de trabalho é utilizado um modelo de equipa multidisciplinar, sendo que a equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria apoia com alguma regularidade a CEP na prestação de cuidados de enfermagem.

À CEP pode aceder a população pediátrica (até os 17 anos e 365 dias) de todo o distrito de Beja, provenientes do Médico de Família, Pediatra Assistente, Internamento, Hospital de Dia ou UP. A área assistencial da população pediátrica abrangida inclui 13 concelhos e 62 freguesias, correspondendo a cerca de 18500 crianças entre os 0 e 14 anos de acordo com os últimos censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

São realizadas consultas de Pediatria Geral, Neuropediatria/Epilepsia, Neonatologia, Desenvolvimento, Doenças Respiratórias, Diabetes Juvenil, Obesidade, Cardiologia Pediátrica, Aconselhamento Genético e Diabetes Juvenil. No que se refere à Consulta de Enfermagem, são realizadas consultas de Pediatria e consultas de Diabetes, sendo que nesta última são realizadas consultas multidisciplinares e consultas exclusivamente de enfermagem. O Número de crianças seguidas na CEP podem ser observadas no quadro 2.

Na consulta de pediatria, a equipa de enfermagem presta cuidados a crianças com consultas programadas, onde são realizadas as seguintes atividades: avaliação estatura-ponderal; vigilância e registo de sinais vitais; elaboração de exames complementares de diagnóstico como, colheitas de análises sanguíneas e uroculturas; realização de pensos; algaliações; realização de ensinios à criança e família; colaboração sempre que necessário na consulta médica. É realizado também prestação de cuidados de saúde e orientação a todas as crianças/famílias seguidas na CEP que por algum

motivo, agravamento ou dúvidas sobre a sua saúde, recorram espontânea e autonomamente a este local.

Quadro 2 - Número de Consultas na CEP nos meses de estágio

Especialidade	Out-17	Nov-17	Dez-17	Jan-18
Aconselhamento Genético	21	30	12	19
Cardiologia Pediátrica	0	41	17	13
Cons. Desenvolvimento	99	68	73	90
Cons. Obesidade Infantil	21	3	15	19
Doenças respiratórias	37	47	18	33
Neuropediatria/Epilepsia	95	79	58	102
Pediatria	117	100	127	135
Diabetes	21	13	27	22
Total	411	381	354	457

Fonte: Serviço de Produção, Planeamento e Controlo de Gestão da ULSBA

No que concerne à consulta da diabetes a equipa de enfermagem é parte integrante do grupo da diabetes infanto-juvenil, realizando consultas de enfermagem às crianças/família com diabetes. Estas consultas ocorrem desde o diagnóstico inaugural e são mantidas durante toda a idade pediátrica, sendo que a equipa de enfermagem se desloca ao internamento para realização dos primeiros ensinamentos e sempre que necessário. São realizadas também consultas de grupo com equipa multidisciplinar onde participam, enfermeira, médico, nutricionista e psicólogo.

A equipa de enfermagem da consulta de diabetes desempenha um papel de dinamização de diversas atividades na área do apoio à criança/família bem como na formação e partilha de experiências entre os diversos profissionais de saúde. Desenvolve ainda a articulação com as demais instituições de saúde e comunidade, promovendo atividades de formação contínua e de partilha de experiências.

Na CEP são prestados ainda cuidados de enfermagem a crianças em hospital de dia, uma vez que este se realiza no espaço físico da CEP. As principais atividades de enfermagem neste setor são o acompanhamento e vigilância das crianças com leucínose, realização da vacina palivizumabe na prevenção da infeção pelo vírus sincicial respiratório e ainda colaboração na realização da toxina botulínica às crianças com problemas neuromusculares.

A seleção destes campos de estágio prenderam-se essencialmente com o trajeto profissional que temos percorrido ao longo dos anos como enfermeiro a exercer funções em Pediatria. Uma vez todo o trajeto profissional até à data ter sido desenvolvido em meio hospitalar, em variadas áreas da pediatria, e o conhecimento do trabalho de excelência desenvolvido por estes locais de estágio no âmbito da saúde infantil e pediátrica, consideramos uma mais valia no sentido do desenvolvimento e aquisição de competências a escolha destes campos de estágio.

Esta escolha respondeu às expectativas, uma vez que estes locais contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas na área de Especialização da Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre, bem como permitiram responder aos objetivos de aprendizagem definidos para o curso de Mestrado em Enfermagem em Associação. Esta aquisição de competências adquiridas e desenvolvidas, serão descritas de forma mais pormenorizada mais à frente neste relatório.

2.2 - Análise Reflexiva Sobre a Prestação de Cuidados

O desenvolvimento do projeto de intervenção ao longo de ambos os módulos do estágio final permitiu aumentar o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas relacionadas com a prestação de cuidados da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida. Em conjunto com o desenvolvimento do projeto, foram realizadas várias atividades relacionadas com a prestação de cuidados à criança/família que contribuíram para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No módulo do estágio final desenvolvido na USF Alfa Beja participamos de forma ativa na realização de consultas de SIJ, seguindo as orientações do PNSIJ. Em todas as consultas realizadas procuramos utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família, comunicamos com a criança/família utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento e transmitimos conhecimentos e habilidades no sentido de permitir o desenvolvimento de competências para a assunção

do seu papel na saúde.

De acordo com o Committee on Hospital Care & Institute for Patient and Family-Centered Care, (2012) os que praticam cuidados de saúde centrados na criança e família reconhecem o papel vital da família em assegurar a saúde e bem-estar da mesma, e percebem a prestação de cuidados como uma oportunidade para suportar as famílias no seu papel de cuidadores e centro de decisões.

Com este ideal presente, permitimos sempre uma discussão aberta com os pais facilitando a exposição das suas preocupações e o reconhecimento do seu papel como uma equipa - mãe, pai e criança. Tivemos sempre presente a participação dos pais durante a prestação de cuidados num modelo de parceria envolvendo os pais em todas as atividades realizadas na consulta e aproveitando todas as ocasiões para reforçar e realizar ensinamentos no sentido de promover e facilitar o seu papel como principais cuidadores e o desenvolvimento do exercício da parentalidade por parte dos pais e famílias.

Tivemos também a oportunidade de participar ativamente na realização e promoção da vacinação dando cumprimento ao PNV e às orientações do PNSIJ no sentido de reforçar a sua implementação. Para tal realizamos ensinamentos aos pais sobre a importância da cobertura vacinal a nível da saúde individual e coletiva e esclarecemos dúvidas que surgiram durante as consultas de SIJ e a vacinação.

Existindo um projeto em curso na USF Alfa Beja denominado Cantinho da Amamentação, e sendo a nossa enfermeira orientadora neste módulo de estágio uma conselheira de amamentação, tivemos a oportunidade de colaborar neste projeto. Participamos no sentido de facilitar o atendimento à mãe que amamenta, promovendo o desenvolvimento de competências maternas, diminuindo o risco de problemas associados com a amamentação e contribuindo para o bem estar do recém-nascido. Esta atividade permitiu a mobilização de competências previamente adquiridas durante os anos em que prestamos cuidados de enfermagem em Pediatria/Neonatologia e aplicá-las num contexto de cuidados de saúde primários.

No módulo de estágio final que decorreu nas CEP, além das atividades desenvolvidas no sentido da implementação do projeto de intervenção, tivemos

oportunidade de participar ativamente na prestação de cuidados às crianças das várias consultas de Pediatria bem como a participação e desenvolvimento de várias atividades e projetos do próprio serviço no sentido da melhoria da prestação de cuidados à criança/família.

Uma das atividades que desenvolvemos foi a realização de uma ação de formação dirigida a todos os funcionários das escolas sobre a epilepsia e como agir perante uma crise epilética. Esta iniciativa surgiu da dificuldade manifestada por escrito, por parte de professores e funcionários de escolas com crianças com patologia epilética, no decorrer da participação e prestação de cuidados de enfermagem a crianças no contexto da consulta de neuropediatria.

De acordo com o exposto decidimos a realização de uma sessão de formação, com o objetivo de transmitir conhecimentos básicos sobre a epilepsia e o que fazer perante uma crise epilética, com vista a uma melhor resposta por parte da comunidade escolar onde as crianças com este tipo de patologia se encontram inseridas. Para este efeito foi realizado um plano de sessão (apêndice I) e uma apresentação (apêndice II) sobre esta temática, tendo ficado agendada uma primeira apresentação numa escola do distrito de Beja.

Outras atividades em que participamos, prenderam-se com a consulta de diabetes juvenil. Durante o estágio tivemos oportunidade de colaborar na realização das diversas consultas de Enfermagem e de Grupo da diabetes juvenil, realizando ensinamentos, esclarecendo dúvidas e promovemos a adaptação à doença ao mesmo tempo que procuramos desenvolver aquisição de competências por parte dos pais e prestadores de cuidados significativos como principais cuidadores.

Uma das problemáticas detetadas nas CEP e que é extensível aos restantes serviços de Pediatria do HJJF prende-se com o aumento significativo do número de utentes em idade pediátrica a utilizar dispositivos de administração subcutânea contínua de insulina e que recorrem por múltiplas razões aos serviços de saúde de Beja. Neste sentido participamos na elaboração e desenvolvimento de um projeto de acompanhamento a estas crianças com vista uma melhor prestação de cuidados de saúde às crianças com diabetes tipo 1.

A participação no desenvolvimento e implementação do projeto de acompanhamento às crianças com Diabetes Tipo 1, utilizadores de dispositivos de administração subcutânea contínua de insulina das CEP, permitiu aquisição de competências no cuidado da criança / jovem e família em situação de especial complexidade. Da aquisição destas competências resultou a nossa nomeação como elemento de referência e interligação para a área da diabetes juvenil na Urgência Pediátrica do HJJF.

Os enfermeiros detêm um papel fundamental na prestação de cuidados especializados às crianças com diabetes, tanto a nível da educação para a saúde como no suporte às crianças e família. Para que tal aconteça torna-se necessário que os mesmos sejam detentores de conhecimentos atualizados face aos novos tipos de tratamento e equipamentos para que possa ser dada uma resposta eficaz que se traduza em ganhos para a saúde (Visekruna et.,al 2017).

Para este efeito participámos em ações de formação no âmbito da diabetes tipo 1 e a utilização dos dispositivos de administração subcutânea contínua de insulina, que permitam a aquisição e desenvolvimento de competências no acompanhamento da criança com diabetes.

Todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final permitiram contribuir para aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica bem como competências de Mestre. O desenvolvimento destas competências adquiridas no estágio final, será abordado mais detalhadamente no decorrer deste relatório.

3 – O PROJETO

Neste capítulo procuramos realizar o enquadramento concetual da temática que orienta o estudo e a descrição e desenvolvimento das diferentes fases de metodologia de projeto.

3.1 - Enquadramento Conceptual

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, principalmente os hospitais, são percecionados pelas crianças como lugares estranhos, desconhecidos, autoritários e de enormes dimensões que levam a que muitas vezes as mesmas se sintam solitárias, tristes, preocupadas, entediadas e assustadas no ambiente hospitalar (Water et al., 2017). De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento, a sua imaginação pode transportá-los para lugares maravilhosos ou contribuir para sentimentos de stress e ansiedade quando confrontados com um ambiente desconhecido (Norton-Westwood, 2014).

As crianças na idade pré-escolar e escolar em especial, respondem de forma diferente aos eventos stressantes, em função do seu nível de desenvolvimento e maturidade cognitiva, social e de personalidade. As crianças na idade pré-escolar e escolar são as que apresentam evidências de maiores níveis de sofrimento ligado à separação da família manifestando efeitos emocionais e comportamentais adversos que poderão manifestar-se até um ano após o contacto (Monti et al., 2012).

O ambiente proporcionado pelas instituições de saúde assume uma importância primordial na forma como as crianças percecionam estas instituições (Monti et al., 2012; Water et al., 2017). O enfermeiro assume um papel importante na implementação de estratégias e atividades que contribuam para a criação de um ambiente adequado às crianças e na minimização dos efeitos negativos contribuindo para a promoção e proteção da saúde da criança/família (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

3.1.1 - Ambiente e Cuidados de Saúde

A definição da palavra ambiente tem vindo a sofrer uma evolução ao longo dos anos, sendo esta um conceito dinâmico e complexo. Os dicionários de língua Portuguesa têm vindo a enriquecer a definição da palavra e podemos observar várias definições que se foram tornando cada vez mais abrangentes, (Lopes, 2015).

Em 1948 Artur Bivar apresenta o ambiente como “o conjunto de condições exteriores em que vivem os organismos, compreendendo os fatores físicos e fatores biológicos” (Bivar, 1948), o mesmo autor faz referência ainda à esfera social em que se vive e conjunto de ideias predominante nessa esfera. Mais recentemente a Academia das Ciências de Lisboa refere que o ambiente diz respeito ao conjunto de condições físicas, químicas e biológicas que tem o potencial de agir sobre uma dada população animal, vegetal ou humana. O que cerca e envolve, diz respeito às circunstâncias que circundam os seres vivos, relativo ao meio físico, social e moral em que habitam os seres vivos bem como “as circunstâncias sociais, intelectuais, morais, emocionais... que envolvem uma pessoa e que a podem influenciar ou determinar o seu comportamento” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001). Mais recentemente ainda podemos encontrar a introdução de novos conceitos de ambiente relacionados com a evolução da era digital e tecnologias de informação, como o ambiente dizendo respeito ao espaço cibernético ou ambiente de trabalho do computador (Porto Editora, 2018).

Na área da saúde é universalmente aceite que um ambiente adequado às necessidades dos pacientes e cuidadores é protetor e promotor da saúde. O Instituto Samueli nos Estados Unidos, inventou o termo ambiente terapêutico ideal em 2004 para descrever um sistema de saúde que é projetado para estimular, proteger e apoiar a capacidade de cura inerente de pacientes, famílias e seus prestadores de cuidados. O mesmo instituto salienta a importância das questões ambientais relacionadas com a organização dos espaços físicos e estratégias na redução dos fatores stressores, como medidas que protegem e estimulam a capacidade inata do corpo se curar (Sakallaris, Macallister, Voss, Smith, & Jonas, 2015).

A importância de um ambiente adequado às necessidades das pessoas em contexto de instituições de saúde e as respetivas intervenções com potencial de influenciar a saúde dos indivíduos continua aberto a discussões, sendo que a

importância do ambiente sobre a saúde e bem estar dos pacientes remonta já há cerca de 400 anos antes de Cristo por Hipócrates (Huisman, Morales, van Hoof, & Kort, 2012).

3.1.2 - Enfermagem e Ambiente

Desde as suas origens e afirmação que a Enfermagem tem assumido um papel de destaque no que concerne à preocupação com o ambiente favorável ao bem estar, conforto e recuperação dos pacientes, estando muito presente a consciência e importância da influência do ambiente sobre a saúde ao longo de toda a história da enfermagem (Lopes, 2015).

Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna século XIX, foi pioneira nas preocupações com as questões ambientais, tendo descrito nas suas notas de enfermagem o dever de o enfermeiro colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir sobre ele ou ela. Durante a sua trajetória de vida Nightingale empenhou-se na compreensão das atividades que poderiam desencadear a recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos (Gomes, Backes, Padilha, & Vaz, 2007).

Um legado importante foi o que se intitulou de teoria ambientalista de Nightingale, norteada por princípios relacionados ao ambiente físico, psicológico e social, como princípios fundamentais para a saúde e bem-estar dos pacientes. Como conceito central dos seus escritos, o ambiente aparece descrito como o conjunto das circunstâncias e forças externas que influenciam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de contribuir para a manutenção, recuperação da doença e morte (Gomes et al., 2007).

Florence preocupou-se com a reformulação e a estrutura dos hospitais, desde os aspetos construtivos até aos aspetos funcionais, alegando a sua importância na manutenção da saúde e recuperação da doença nos pacientes. Sugeriu a existência de cinco elementos essenciais para um ambiente de cura ideal: ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz. A mesma referiu ainda a importância que os objetos, a cor e a luz apresentados aos doentes têm na recuperação da sua doença (Wilkins,

1992). Podemos afirmar que estes elementos continuam a ter a mesma validade hoje que tinham no tempo de Nightingale.

A par do que foi a evolução da definição e compreensão da palavra ambiente e a sua influência na saúde das pessoas, também foi possível observar esta mesma evolução ao longo dos principais paradigmas que influenciaram a enfermagem, o paradigma da categorização, o paradigma da integração e o paradigma da transformação e a forma como as teóricas o abordaram e valorizaram (Lopes, 2015).

Inicialmente este é representado como tudo que é exterior ao indivíduo e à percepção da sua influência favorável ou desfavorável sobre a pessoa. Posteriormente começa-se a valorizar as relações interpessoais e familiares e o papel significativo que estas têm no bem-estar e recuperação da saúde das pessoas. São tidos em consideração os aspetos culturais, os contextos, espaço e tempo do ambiente. Assim o ambiente do paciente inclui o contexto da prestação dos cuidados de enfermagem e a percepção da situação e capacidade de adaptação são considerados decisivos para a recuperação. O cuidado à saúde começou a considerar o bem estar emocional, espiritual e outras dimensões do indivíduo, assumindo uma visão holística da saúde como aspeto importante no bem estar físico do indivíduo (Lopes, 2015; Potter, 2014).

O ambiente nas instituições de saúde, surge no contexto de um ambiente no qual as relações terapêuticas podem ser promovidas. Apesar da imagem estereotipada muitas vezes transmitida pelos media das instituições de saúde e imagem do enfermeiro associada a procedimentos dolorosos, a enfermagem atual tem vindo a contrariar esta tendência. Este facto constata-se principalmente no ambiente pediátrico onde o enfermeiro assume cada vez mais a parceria de cuidados sendo um dos seus objetivos criar um ambiente descontraído em que as famílias se sintam capazes de desempenhar funções com a equipa de enfermagem no cuidado de crianças no hospital (Campbell, O'Malley, Watson, Charlwood, & Lowson, 2000).

De acordo com Tomey & Alligood, (2002), o ambiente surge contemplado como um dos conceitos metaparadigmáticos, integrantes da disciplina e profissão de Enfermagem, em paralelo com os conceitos Pessoa, Saúde e a Cuidado.

Nas suas teorias, todas as teóricas de enfermagem abordaram de forma explícita ou implícita a importância do ambiente e sua repercussão na saúde e bem-estar das pessoas. Teóricas como: Fraye Glenn Abdellah; Jean Watson; Myra Levineno; Rogers; Dorothy e Johnson; Betty Neuman; Kolcaba; Kathryn E. Banard, todas estas teóricas abordam de forma explícita a importância de várias dimensões do ambiente nas suas teorias (George, 2000; Tomey & Alligood, 2002).

De entre as várias Teóricas de Enfermagem que abordaram de forma explícita a importância do ambiente e as suas dimensões e importância na manutenção e promoção da saúde da pessoa, decidimos salientar a teoria da Adaptação desenvolvida por Callista Roy e sua aplicabilidade à criança / família e adaptação dos mesmos no contacto com as instituições de saúde em possíveis situações de doença, aguda ou crónica.

Tendo trabalhado como enfermeira pediátrica Roy observou a grande aptidão de resiliência das crianças e a sua capacidade de adaptação em resposta a alterações físicas e psicológicas, tendo-a impressionado pela adaptação enquanto estrutura conceptual apropriada para a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Roy define três conceitos importantes na sua teoria, a pessoa, ambiente e a saúde. A pessoa surge como um ser adaptativo, um sistema, em interação com o ambiente interno e externo em processos que atuam para manter a adaptação em quatro modos adaptativos. A pessoa é vista como um sistema tem a habilidade de se adaptar e gerar mudanças no meio ambiente. O ambiente surge como o mundo exterior e interior da pessoa, todas as condições e circunstâncias que circundam, estimulam e afetam o comportamento da pessoa, sendo a contínua mudança do ambiente que estimula respostas de adaptação por parte da pessoa. A saúde é vista como a habilidade de lidar com os estímulos de forma competente através de um processo de adaptação contínuo (Tomey & Alligood, 2002).

Para Roy a enfermagem define-se como uma profissão de cuidados de saúde centrada nos processos de vida humanos e dá ênfase à promoção dos cuidados de saúde aos indivíduos, grupos e comunidade na sua globalidade (Tomey & Alligood, 2002). De acordo com o seu modelo, a enfermagem é definida como a prática e ciência que permite a expansão das capacidades de adaptação e aperfeiçoa a transformação ambiental e da pessoa.

A prática de enfermagem leva em consideração a avaliação dos comportamentos e estímulos que interferem na adaptação sendo as intervenções de enfermagem planejadas com vista à gestão dos estímulos. Roy diferencia enfermagem enquanto disciplina prática de enfermagem de ciência de enfermagem, sendo que esta é um sistema dinâmico em constante evolução que observa e estuda os processos pelos quais a saúde dos indivíduos pode ser positivamente afetada e a disciplina prática aplica o conhecimento científico de enfermagem para fomentar a capacidade de influenciar positivamente a saúde (Tomey & Alligood, 2002).

A adaptação é promovida através da ação de enfermagem na melhoria da interação pessoa com o ambiente, contribuindo assim para a saúde e qualidade de vida, sendo que a enfermagem assume um papel fundamental como facilitadora do processo de adaptação (Tomey & Alligood, 2002).

Roy apresenta uma visão coletiva para a explicação de uma interação perfeita com o meio ambiente, definindo os humanos como seres biopsicossociais que vivem dentro do ambiente. Segundo a teoria de Roy, a pessoa é vista como um sistema, o qual possui a capacidade de se adaptar criando alterações no meio ambiente. Desde a sua elaboração na década de 70 que o modelo da adaptação de Roy tem considerado a pessoa humana inserida num contexto social (Hanna & Roy, 2001).

Existe uma constante interação com o ambiente através de estímulos internos e externos. A entrada dá-se sobre a forma de estímulos que vão iniciar mecanismos de regulação e cognitivos que contribuem para a adaptação a partir de modos adaptáveis. As respostas dos indivíduos são as saídas, os comportamentos, que por sua vez vão também influenciar o ambiente e novos estímulos tornando-se num processo de *feedback* denominado como respostas adaptativas. Estas respostas adaptativas promovem a integridade da pessoa, sendo refletido no seu comportamento capaz de atingir metas de sobrevivência, crescimento, reprodução, mestria e transformação da pessoa e do ambiente. As respostas ineficazes não são capazes de atingir as metas esperadas e ameaçam os objetivos da adaptação (Medeiros et al., 2015).

Os estímulos são quaisquer fatores que originam uma resposta, podendo estes ser provenientes de um ambiente externo ou interno. Na teoria de Roy poderão existir três tipos de estímulos, estímulo focal, contextual e residual. O efeito combinado dos estímulos focal, contextual e residual vão determinar o nível de adaptação da pessoa.

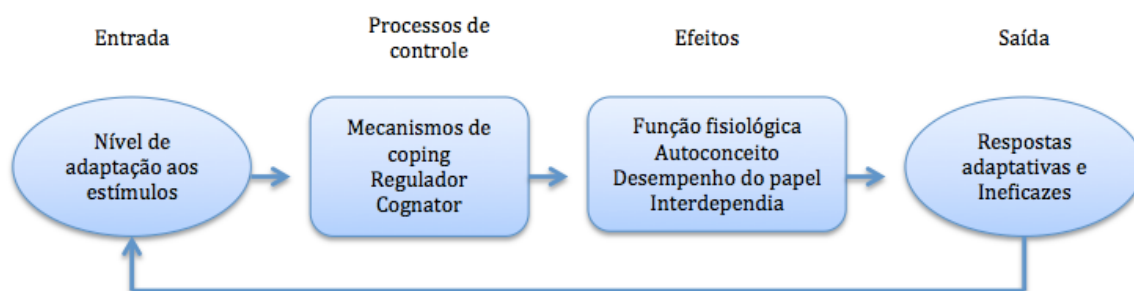


Figura 1 - Representação do Modelo de Adaptação de Calista Roy

O objetivo da enfermagem é a obtenção de um nível ótimo de bem estar por parte da pessoa através da ajuda no esforço de adaptação, gerindo o ambiente (Tomey & Alligood, 2002).

No contexto de doença ou contacto com instituição de saúde, criança e familiar estão expostos e recolhem estímulos, sendo em muitos casos o principal estímulo, ou focal, a doença. Todos os outros fatores como alterações de rotinas de vida, ambiente estranho e desconhecido são os estímulos contextuais. A forma como a criança é recebida, a estimulação proveniente do ambiente quer físico quer psicológico, vão influenciar os efeitos do estímulo focal acentuando ou atenuando a intensidade do mesmo. Os estímulos residuais serão todos aqueles que embora não possuem uma relação direta com a circunstância atual vão influenciar a situação, como experiências de contactos anteriores com instituições de saúde ou experiências com outros familiares (Tremarin, Gawleta, & Rocha, 2009).

O cuidado de enfermagem deve contemplar a criança e familiar considerando a pessoa como um ser integral com emoções, problemas e experiências prévias que geram impacto em ambos. A intervenção de enfermagem deve ser no sentido de perceber o nível de adaptação e a necessidade de intervenção englobando os quatro modos de adaptação. Acreditamos que a teoria de adaptação de Roy aplica-se à realidade do

projeto de intervenção, uma vez que tendo por base este modelo torna-se possível determinar as intervenções a realizar no sentido de ajudar a criança e família a revelar comportamentos eficazes que produzam efeitos positivos na sua adaptação.

A perspetiva da enfermagem fundamentada numa filosofia do cuidar define como objetivo o cuidar da pessoa na sua totalidade e o reconhecimento de que a totalidade engloba a saúde biológica, psicológica, social e espiritual. A ênfase na totalidade incorpora atenção à cultura, aos valores e às crenças do indivíduo em conjunto com uma abordagem atenciosa, curativa e integradora dos cuidados de saúde (Swanson & Wojnar, 2004). De acordo com os mesmos autores a prática profissional de acordo com estes valores leva ao aumento da satisfação tanto pessoal como profissional dos enfermeiros, contribuindo para sentimentos do ponto de vista pessoal de autorrealização, sentir-se útil e importante, atento, integrado e reconhecido. Do ponto de vista profissional leva a uma intuição aprimorada, empatia, julgamento clínico apropriado e satisfação no trabalho.

Na sua última versão de 2015, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem faz a parametrização do ambiente focando o ambiente seguro e o stress gerado pela mudança de ambiente. São descritas relativamente ao ambiente as intervenções, avaliar o ambiente e gerir a segurança do ambiente. Como diagnóstico encontramos parametrizado, o risco de stress por mudança de ambiente, stress disfuncional por mudança de ambiente, Stress por mudança de ambiente e Stress por mudança de ambiente melhorado (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

O ambiente proporciona uma pluralidade de estímulos, com origem em fatores humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e/ou organizacionais, devendo garantir-se que este seja promotor de saúde, disponibilizando a sustentação emocional e os cuidados à criança/jovem, promovendo a sua independência e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na prática dos cuidados, os enfermeiros especialistas em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica precisam de centrar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Ainda de acordo com o mesmo regulamento, todos

os enfermeiros deverão empenhar-se na minimização do impacto negativo sobre a pessoa, gerado pelas alterações do seu ambiente e imposto pelas necessidades do processo de assistência à saúde. Em especial o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deverá realizar atividades com o objetivo de reduzir o efeito negativo dos fatores stressores relacionados com o contacto com as instituições de saúde.

3.1.3 - Ambiente Humanizado

Durante a década de 90 começam a surgir na área da saúde, um conjunto de princípios que puseram em causa a forma impessoal e desumanizada como são prestados os cuidados de saúde. Este movimento veio a originar diferentes propostas com vista à modificação das condutas na prestação de cuidados de saúde, surgindo a ideia de humanização como parte do léxico da saúde (Vaitsman & Andrade, 2005). Este conceito de humanização na saúde aparece acoplado ao paradigma dos direitos humanos onde é defendida a igualdade e dignidade de todos os seres humanos (United Nations, 1948; Vaitsman & Andrade, 2005).

A humanização constitui um método que tem como objetivo a modificação da cultura institucional através da elaboração de compromissos na gestão dos serviços de saúde e prestação de cuidados com base no respeito e valorização do indivíduo como pessoa humana, (Stigar et al., 2016; Vaitsman & Andrade, 2005). Neste contexto o ambiente surge como um alicerce para a humanização nos serviços de saúde, atuando positivamente na reestruturação dos serviços de saúde e podendo produzir ganhos em saúde (Ribeiro et al., 2014). Para os mesmos autores uma humanização robusta requer também uma atenção especial para com o ambiente físico hospitalar e as suas principais dimensões. Um espaço confortável, que permita a contribuição de todos os sujeitos intervenientes no espaço, discussão e reflexão, e que sirva como facilitador do processo de trabalho respondendo às expectativas e necessidades dos utentes.

Na concepção de serviços para a prestação de cuidados de saúde deverão ser levados em consideração aspetos como, a qualidade das estruturas físicas e equipamentos sendo que a humanização de uma estrutura ou lugar obriga que seja

despendido tempo e atenção a projetar aspetos como o conforto espacial e sensorial (Monti et al., 2012).

A humanização em pediatria assume uma dimensão muito significativa, uma vez existem fatores de risco acrescidos, associados com as particularidades da idade pediátrica. Entre as várias dimensões da humanização em Pediatria o ambiente físico associado ao meio hospitalar assume-se como um fator de extrema importância para a sua implementação (Esteves et al., 2014).

Para que seja possível a implementação de uma humanização de forma eficaz, é necessário que esta tenha em consideração medidas de que visam tanto os utentes como os profissionais de saúde. Tendo isto em consideração, a adoção de medidas para cuidados mais humanizados requerem que estes também tenham em consideração a melhoria das condições de trabalho e de atendimento; relações mais humanizadas entre funcionários e chefias, e todos os profissionais intervenientes no sistema de saúde (Ribeiro et al., 2014).

Ao longo das últimas décadas a comunidade científica demonstrou a importância da relação entre características ambientais e a saúde, sendo o ambiente hospitalar importante para diminuir os efeitos negativos do contacto com as instituições de saúde e hospitalização no paciente, especialmente no caso das crianças em idade pré-escolar e escolar, (Monti et al., 2012).

A criação e implementação de espaços lúdicos, devidamente adequados à idade e estágio de desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar e escolar nas instituições de saúde, têm sido consideradas de extrema importância para a satisfação e bem-estar das crianças e famílias. Estas medidas permitem uma oportunidade para desviar a atenção dos elementos stressantes relacionados com o espaço hospitalar e condição clínica individual bem como uma promoção da sua autonomia e estimulação importante ao seu desenvolvimento (Esteves et al., 2014).

3.1.4 - A criança em idade pré-escolar e escolar

O meio físico, social e económico com o qual as crianças se encontram em contacto são fatores e experiências vivenciadas nos primeiros anos de vida que moldam a saúde e desenvolvimento das crianças (Carrondo, 2006). A evidência científica tem demonstrado existirem períodos críticos no processo de desenvolvimento, onde determinados estímulos ambientais ou ocorrências produzem maior interferência no desenvolvimento infantil, em particular e com maior relevância durante o período pré-escolar. (Papalia, Olds, & Feldman, 2009; Thompson & Ashwill, 1996).

O período pré-escolar, compreendido entre os 3 e os 5 anos, é um intervalo etário de rápido desenvolvimento cognitivo, comportamental, afetivo e social sendo que a estimulação, as brincadeiras, o jogo e as oportunidades de aprendizagem que ocorrem durante este período crítico, são de vital importância para um desenvolvimento saudável e capacitam a ultrapassagem de problemas que podem surgir nesta idade (Carrondo, 2006).

Por outro lado, a idade escolar ou anos escolares, compreendida entre o período do ciclo de vida dos 6 anos até aproximadamente os 10 anos, é uma etapa onde a maior influência sobre a criança, ocorre através do meio ambiente escolar, tendo este um impacto muito importante no seu desenvolvimento e nas suas interações sociais (Hockenberry & Wilson, 2011).

Na idade pré-escolar, verifica-se um rápido crescimento cerebral, atingindo o tamanho de um cérebro adulto por volta dos 5 aos 6 anos de idade. Durante esta fase de rápido desenvolvimento cerebral surgem as maiores mudanças na sua capacidade mental. Se durante este período de rápido crescimento ocorrer algum evento com impacto negativo no desenvolvimento cerebral, as consequências terão um impacto muito superior do que se o mesmo evento ocorrer num período de crescimento lento. Por este motivo proporcionar a uma criança, neste período de desenvolvimento, um ambiente adequado é tão crítico e imperativo, (Kuzma & Clair, 2006).

De acordo com Hockenberry & Wilson, (2011), o período pré-operatório como definido por Piaget é o responsável pela passagem entre a inteligência sensório-motora e a representativa sendo que esta transição para uma inteligência representativa se

poderá estender até aos 10 anos de idade atravessando o estágio pré-operatório e o operatório concreto. As crianças, na idade pré-escolar, compõem sobre esboços e capacidades previamente adquiridas sendo as energias física e psíquica direcionadas para a aquisição do novo conhecimento e do brincar, que se tornam as atividades com maior relevância para as crianças que estão a atravessar esta etapa.

Tendo em consideração o desenvolvimento psicossocial de Erickson, na idade pré-escolar, a criança adquire controle por meio das perguntas e iniciação das atividades. Começa a interiorizar os padrões comportamentais dos adultos que a rodeiam e adquire a noção da responsabilização pelas suas ações. Erickson denomina esta fase de estágio iniciativa / culpa, (Hockenberry & Wilson, 2011).

Erikson apresentou a tarefa do desenvolvimento psicossocial das crianças em idade escolar como o desenvolvimento do sentimento de indústria / inferioridade. Durante este período as crianças aprendem a fazer as coisas bem, sendo de extrema importância o elogio e o reconhecimento das suas habilidades e tarefas fazendo com que o seu sentimento de indústria cresça. Quando este reconhecimento e incentivo não estão presentes, em especial por parte dos pais, a criança poderá desenvolver sentimentos de inferioridade em vez de orgulho e realização (Pillitteri, 2009).

O mundo das crianças na idade escolar cresce passando a incluir os ambientes escolar e comunitário. As crianças alcançam elevados níveis de satisfação a partir do seu comportamento de independência na exploração e manipulação do seu ambiente e por intermédio da interação com os seus pares. A aprovação dos pares é um forte fator de motivação. Todas as crianças, mesmo aquelas que têm sucesso na grande maioria das atividades, não são capazes de dominar com mestria algumas tarefas. Torna-se por isso importante que a criança interiorize também nesta fase que não é possível dominar todas as habilidades (Hockenberry & Wilson, 2011; Pillitteri, 2009).

As principais tarefas de aprendizagem que as crianças têm na idade pré-escolar, são emocionais. Durante toda esta fase é importante a criança sentir-se importante, especial e muito amada pelos seus pais e por aqueles que cuidam dela (Hockenberry & Wilson, 2011).

Quanto ao nível do desenvolvimento cognitivo de acordo com Piaget, as crianças na idade pré-escolar, encontram-se no estágio pré-operatório, sendo este dividido em pré-conceptual até os 4 anos e fase intuitiva dos 4 aos 7 anos de idade. Não existe distinção entre o real e a fantasia, a criança assume uma história como sendo real acreditando no sentido literal daquilo que lhe é transmitido. Na fase pré-conceptual o simbolismo adquire um papel de destaque nas brincadeiras e na linguagem da criança.

A mesma não possui a capacidade de colocar-se na posição do outro e perceber como este poderá pensar ou sentir, apresentando por isso um pensamento egocêntrico. Na fase intuitiva já vai existir uma diminuição do egocentrismo, dificuldade em perceber conceitos de conservação de quantidade como números ou volume, prevalece o raciocínio transdedutivo onde a criança liga factos que não mantêm relação entre si e apresenta dificuldades em perceber relações causa efeito (Hockenberry & Wilson, 2011).

Segundo Brazelton (2009), a criança ao entrar na idade pré-escolar começa a dar asas à sua imaginação e às suas fantasias. A criança observa as pessoas e o meio que a rodeia, fazendo uma leitura do que está a acontecer, baseado na sua imaginação e inserindo todo esse cenário num ambiente imaginário e fantasiado por ela própria. Com o jogo simbólico, a criança utiliza as pessoas que a rodeiam como símbolos, criando assim as suas próprias personagens imaginárias.

Na idade pré-escolar, a criança também cria os seus próprios amigos imaginários, que podem fazer tudo que é bom e tudo que é mau sem saírem lesionados. É com esse amigo imaginário que a criança conversa, representando todas as suas experiências ou sonhos imaginados. É importante que os adultos saibam respeitar a privacidade, a imaginação da criança na idade pré-escolar e a sua relação com os seus amigos imaginários (Brazelton, 2009).

De acordo com o desenvolvimento cognitivo de Piaget é durante a idade escolar que ocorre a organização do pensamento. A criança muda do estágio do pré-operatório para o estágio das operações concretas adquirindo a capacidade de relacionar acontecimentos e ações com representações mentais. Reconhece relações causa-efeito e consegue descobrir soluções concretas para os problemas do dia a dia. Nesta idade as crianças adquirem a capacidade de representar ações mentalmente, sem ser preciso a

realização efetiva dessas ações (Hockenberry & Wilson, 2011). A criança recorre-se das suas próprias experiências para perceber princípios gerais. É adquirido o conceito de conservação, líquidos, números, peso, volume e o raciocínio durante a idade escolar tende a ser intuitivo, passando do específico ao geral (Pillitteri, 2009).

Quando a criança inicia a idade pré-escolar, aos 3 anos, surge um período no seu relacionamento com os pais caracterizado por ausência de conflitos, uma autêntica segunda lua-de-mel na sua relação com os pais, altura essa em que a criança torna-se calma e cooperante. Este período tranquilo surge entre um período prévio de autêntico negativismo que ocorreu no segundo ano de vida e o início de uma adolescência precoce que se vai verificar entre os quatro e os seis anos (Brazelton, 2009).

O início da idade pré-escolar é também marcado com o início dos medos e fobias. A criança pode ter, por exemplo, medo quando tem que ir a uma instituição de saúde, onde tem de ser observada por um médico / enfermeiro. Essas fobias podem ter por base um medo real, que até então ainda não foi manifestado, cabendo aos pais e profissionais de saúde desmistificar esses medos, ajudar a criança a desmistificar as suas fobias, mas sempre com cuidado e com paciência (Brazelton, 2009).

Nesta idade existem medos que desaparecem e outros que são intensificados ou surgem de novo. O medo de estranhos, de barulhos e movimentos repentinos, quedas ou dor diminui enquanto que vão surgindo medos reais como o fogo, afogar-se, ficar sozinho ou o escuro. Surgem também medos não reais como fantasmas e monstros escondidos debaixo da cama (Kuzma & Clair, 2006). Estes medos e fobias também têm por base a sua rivalidade com irmãos e com a necessidade de controlar os seus sentimentos de agressividade, sentimentos esses que são para a própria criança indesejados (Brazelton, 2009).

De acordo com Kuzma & Clair (2006), na idade escolar surgem dois grandes medos, o medo da rejeição e o medo do fracasso sendo que nesta etapa as crianças não adquiriram ainda maturidade suficiente para lidar com estes dois grandes medos, principalmente quando demonstram ainda dificuldades em serem aceites por outras crianças. Para os mesmos autores, estes sentimentos precoces de fracasso e rejeição poderão perdurar ao longo de todo o trajeto escolar e até prolongar-se para o resto da vida.

O medo surge de acordo com a auto percepção da criança sobre a sua incapacidade de lidar com a situação. A maior parte dos medos são aprendidos pela associação de episódios traumáticos ou eventos dolorosos com objetos dos quais a criança tem medo, por isso o método mais eficaz para ultrapassar o medo é a associação de experiências felizes e agradáveis com os objetos dos quais elas têm medo, ou seja, fazer com que a criança associe uma situação / objeto desagradável com um local ou objetos agradáveis, acompanhando estes estímulos agradáveis durante toda a situação de stress (Kuzma & Clair, 2006).

No início desta nova etapa, a idade pré-escolar, torna-se bastante difícil para a criança aprender a lidar e a dominar os seus próprios sentimentos de fúria e agressividade. Este processo vai estender-se por vários anos e vai tomar formas diferentes à medida que a criança cresce. Como método de aprender aquilo que é socialmente aceitável e não é, aquilo que os pais aceitam e discordam a criança vai testar cada um dos seus pais até fazê-los reagir na sua exaustão. Um método difícil para a criança na idade pré-escolar de crescer e lidar com a sua fúria e agressividade, vai ser voltar a fazer as suas antigas birras, ficando por isso muitas vezes furiosa e agindo de um modo imprevisível para os seus familiares (Brazelton, 2009).

A criança começa a desenvolver a sua capacidade de humor e até mesmo de empatia pelos outros com o início da idade pré-escolar, indo desenvolve-la cada vez mais, à medida que cresce. Estas duas características são importantes no desenvolvimento de uma personalidade flexível e na criação da sua autoimagem e autoestima (Brazelton, 2009).

Aos três e quatro anos começa a manifestar a necessidade de sociabilizar-se com outras crianças com a mesma idade. Este relacionamento vai proporcionar às várias crianças aprenderem novos padrões de comportamento, e a oportunidade de pôr em prática os seus próprios padrões. É frequente nesta nova etapa da vida as crianças arremetem-se, zangarem-se, levarem-se ao extremo umas às outras. Com estas manifestações de sentimentos nos seus limites, as crianças têm a oportunidade de aprender e experimentar umas com as outras modos mais ou menos seguros de manifestar os seus próprios sentimentos (Brazelton, 2009; Hockenberry & Wilson, 2011). Estas amizades que começam a ser criadas nesta etapa são importantes e

fornece à criança a oportunidade de se sentirem mais seguras de si próprias e com maior autoconfiança (Brazelton, 2009).

As crianças na idade pré-escolar aprendem melhor quando estão envolvidas em jogos, pois durante um jogo estão envolvidas em experimentar várias técnicas diferentes com o objetivo de aprenderem o que tem melhores resultados para si própria. Nestes jogos pode experimentar sentimentos de frustração quando não consegue realizar qualquer objetivo, mas essa mesma frustração vai ajudá-la a descobrir métodos inovadores para realizar o que está interessada e contribui para o seu crescimento. Quando consegue sozinha, sente-se realizada e é com este jogo que vai construindo a sua autoestima (Brazelton, 2009; Kuzma & Clair, 2006).

Um método bastante poderoso para as crianças em idade pré-escolar crescerem, terem um bom desenvolvimento cognitivo, e aprenderem a realizar tarefas importantes tanto em casa como na escola é a brincar, pois estão a aprender a lidar com outras crianças, com vários adultos e aprendem assim a ser mais sociáveis e a estarem inseridos numa sociedade (Brazelton, 2009).

Quando estão a brincar, as crianças experimentam diferentes aspetos da vida, lidam com emoções conflituosas e complexas ao encenarem situações reais da vida. Brincar faz de tal forma parte da vida da criança nesta idade que a mesma não consegue diferenciar a realidade de fantasia. A sua imaginação em muitas ocasiões é a realidade. Podemos por isso classificar esta idade como os anos mágicos (Kuzma & Clair, 2006).

O jogo e a brincadeira nas crianças em idade escolar assumem novas dimensões, relacionadas com o estágio de desenvolvimento em que a mesma se encontra. O sentimento de pertença a um grupo, sociedades, organizações e participar em jogos coletivos assumem uma grande importância neste estágio de desenvolvimento (Pillitteri, 2009). A brincadeira permite-lhes alcançar tudo aquilo que a sua imaginação lhe permitir, conseguindo assim o controle sobre aquilo que quiserem (Hockenberry & Wilson, 2011).

Para Hockenberry & Wilson, (2011) apesar das crianças na idade escolar ocuparem grande parte do seu tempo com brincadeiras que exigem um alto grau de atividade física, as mesmas apreciam também muitas atividades calmas e solitárias. O

gosto por coleções, normalmente desordenadas e muitas vezes sem relação entre os objetos, jogos de cartas e jogos de computador começam a assumir a sua importância. A criança começa a desenvolver o gosto pela adesão às regras dos vários jogos em que participa, o que dá origem a muitas discussões e argumentações, mas que acabam por ser ultrapassadas e importantes na sua sociabilização.

Um aspeto importante no desenvolvimento na idade escolar é o gosto pela leitura. As crianças obtêm um grande prazer e relaxamento através da leitura de livros à medida que vão desenvolvendo a capacidade de leitura. A leitura de livros permite-lhes aumentar o conhecimento que possuem do mundo que as rodeia e aumentar a suas habilidades de leitura. A par do que sucede na idade pré-escolar as crianças na idade escolar adoram que lhe contem histórias através da leitura de livros, sendo esta uma atividade de grande prazer e descontração (Hockenberry & Wilson, 2011).

No início do período pré-escolar a criança também começa a tomar consciência dos seus próprios sentimentos de agressividade que manifesta com muita frequência. Como tem maior consciência do meio que a rodeia e de si própria, também começa a ter receios relativamente a si própria que inevitavelmente vão acompanhar os surtos de agressividade que começa a manifestar. Como consequência, de noite, a criança revive estes medos e sonha com eles (Brazelton, 2009).

Sempre que o ambiente normal da criança, tanto físico como social seja modificado, é um fator de stress para a criança. Quando ela tem de se adaptar a uma nova situação, um internamento num hospital, várias visitas a instituições de saúde, os receios inevitavelmente vão manifestar-se à noite, provocando pesadelos e terrores noturnos (Brazelton, 2009).

As crianças na idade escolar tornam-se mais sólidas e complexas com habilidade de comunicar e manifestam comportamentos sociais e motores de maior sofisticação. Tanto nos aspetos físicos como nos emocionais, o crescimento e desenvolvimento são graduais e mais constantes (Hockenberry & Wilson, 2011). De acordo com o mesmo autor, as mudanças físicas ocorridas neste período permitem à criança adquirir uma melhor postura e maior facilidade na realização de atividades como andar de bicicleta ou escalar. Este facto deve-se a modificações nas proporções corporais e alteração do centro de gravidade com o aumento dos membros inferiores.

Nesta fase, observa-se ainda uma diminuição do tecido adiposo e aumento do tecido muscular chegando ao final deste período com o dobro da sua força e habilidades físicas. É importante realçar que embora aumente a força, os músculos continuam imaturos sendo facilmente lesionáveis.

3.1.5 - A criança em idade pré-escolar e escolar e as instituições de saúde

Segundo Monteiro (2003), os contactos com as instituições de saúde provocam uma alteração profunda no equilíbrio familiar e desenvolvimento das crianças na idade pré-escolar e escolar. Estas são especialmente vulneráveis à separação do seu meio ambiente habitual e relação emocional com os seus pais e familiares diretos bem como a relação emocional com os mesmos. Experiências relacionadas com lesões, doenças médicas agudas e tratamento médico encontram-se entre os acontecimentos mais traumáticos na infância. De acordo Marsac et al., (2014) as crianças que enfrentam eventos médicos agudos pediátricos, que podem incluir lesões, tratamentos invasivos, internamentos ou visitas inesperadas a instituições de saúde, apresentam regularmente sintomas de stress pós-traumático significativos.

O período pré-escolar, devido as suas características inerentes, nomeadamente, um desenvolvimento cerebral acelerado (Kuzma & Clair, 2006), intensidade da capacidade criativa e imaginária, medos que se tornam mais limitantes, e menor capacidade para se adaptar a um ambiente novo, constitui um período mais vulnerável no que se refere ao contacto com instituições de saúde (Brazelton, 2009).

Na atualidade os resultados da investigação científica produzida, sobre a problemática em questão, continuam a confirmar o impacto do ambiente físico sobre a saúde e o bem-estar. As crianças em idade pré-escolar e escolar quando em contacto com instituições de saúde, por doença crónica ou aguda, ou apenas nas visitas de rotina, são muitas vezes sujeitas a trauma psicológico. Uma vez que as mesmas não possuem capacidade de controlo do ambiente que as rodeia, manifestam sentimentos como ansiedade, agressão, raiva e outras expressões semelhantes de emoção. Estas respostas emocionais podem atrasar intervenções importantes, prolongar o tempo para as completar e podem reduzir a satisfação do paciente (Lerwick, 2016).

As crianças em idade pré-escolar e escolar, quando entram numa instituição de saúde encaram-na como assustadora, um ambiente estranho, rodeadas de equipamentos e procedimentos assustadores, cheia de pessoas diferentes e sons desconhecidos, (Macedo, Silva, & Setúbal, 2015; Water et al., 2017).

Todo este ambiente tem um impacto no seu bem estar físico, emocional e de desenvolvimento, (Water et al., 2017), contribuindo assim para que muitas vezes sintam-se sozinhas, tristes, preocupadas e com tédio, (Esteves et al., 2014).

Embora uma das causas principais para o medo e ansiedade que estas manifestam em relação ao ambiente de uma instituição de saúde estar relacionado com todos os procedimentos invasivos ou não por parte dos médicos e enfermeiros, elas também referem que esse mesmo medo e ansiedade está relacionado com um ambiente estranho e pouco acolhedor, (Ghazali, Abbas, & Jalalkamali, 2013; Water et al., 2017).

Outro aspecto importante é o facto de perante o seu estágio etário e de desenvolvimento, terem uma grande capacidade criativa e de imaginação, levando-as para mundos de imaginação alienados da realidade e que por isso contribuem ainda mais para fomentar os seus sentimentos de stress e ansiedade sempre que se deparam com um ambiente de saúde inóspito, (Norton-Westwood, 2014; Water et al., 2017).

Nesta relação tridimensional entre as crianças, a sua ansiedade e o ambiente de uma instituição de saúde pediátrica temos que ter em conta o facto de que as crianças apresentam falta de maturidade para perceber o porquê de determinados procedimentos dolorosos, a necessidade de internamento ou a condição clínica em que se encontram. Estão também sujeitas a maior vulnerabilidade, perante a doença, o afastamento da família quando necessário, contacto com estranhos, a restrição de movimentos e a possibilidade de brincar, assim como o facto de estarem rodeadas de ambientes e equipamentos estranhos e intimidadores. Todos esses factores contribuem em grande escala para os elevados níveis de ansiedade antecipatória e mesmo durante o contacto com as várias instalações de saúde, (Esteves et al., 2014).

Os níveis de ansiedade das crianças intensificam-se logo que entram na sala de espera de uma instituição de saúde. Esses níveis estão relacionados com o facto de associarem o local em que estão, a procedimentos invasivos e / ou dolorosos. A resposta

humana ao stress está intimamente relacionada com a função imunológica, através de uma sequência de libertação hormonal levada a cabo pelo sistema nervoso autónomo. Quando uma criança se depara com uma situação geradora de stress, liberta elevados níveis de cortisol e Interleucina – 6, ambos vão inibir o sistema imune e a capacidade do organismo se restabelecer. A ansiedade por antecipação vivenciada pelas crianças leva a uma redução do seu limiar da dor, dificulta a prestação de cuidados e a relação terapêutica por parte dos profissionais de saúde.

O impacto físico desta ansiedade prévia ao contacto com os profissionais de saúde tem uma dimensão ainda maior, com repercussões tanto a nível imediato, como o stress e a resistência ao tratamento, como a longo prazo, como por exemplo nos pesadelos, e ansiedade de separação (Biddiss, Knibbe, & McPherson, 2014).

A criança em idade pré-escolar e escolar quando em contacto com uma instituição de saúde, depara-se com um ambiente físico e afetivo muito diferente do seu meio habitual, interferindo de forma significativa na sua rotina diária. O novo ambiente, rostos desconhecidos, rotinas diferentes, procedimentos médicos e cirúrgicos são todos assustadores e angustiantes para a criança tornando muitas vezes a hospitalização num processo emocionalmente traumático (Roohafza et al., 2009).

Vários estudos têm demonstrado perturbações do ciclo sono vigília em crianças hospitalizadas, apenas pelo simples fato de se encontrarem num ambiente estranho, tanto na criança como nos pais, o que por sua vez contribui para a maior irritabilidade e diminuição da capacidade para lidar com os fatores de stress associados à doença e hospitalização (Lee, Narendran, Tomfohr-Madsen, & Schulte, 2016)

As crianças têm que lidar com fatores causadores de stress e ansiedade, ambiente físico estranho e em muitos casos pouco acolhedor, pessoas que não conhece e lhe provocam intervenções dolorosas, outras crianças que não conhece e regras, muitas vezes para elas, incompreensíveis. O fato de muitas vezes terem de ficar fechadas sem poder ir para casa transmite às crianças uma sensação de prisão que poderão levar à manifestação de comportamentos regressivos (Monteiro, 2003). Não existe nada que substitua as relações familiares, mesmo com as condições hospitalares ideais, estas ficam sempre aquém do que é a família. Os nossos esforços, no entanto, deverão ser dirigidos no sentido de minimizar as consequências.

Ao longo dos últimos anos tem surgido um maior interesse no impacto dos ambientes hospitalares sobre o bem-estar psicossocial das crianças. As crianças experimentam os ambientes hospitalares não só como espaços clínicos, mas também como espaços sociais e exigem atividades recreativas adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor. As crianças em idade pré-escolar e escolar desejam e necessitam que os hospitais sejam locais divertidos, lhe permitam conhecer outras crianças e experimentem atividades e ambientes divertidos (Komiske, 2013; Lambert, Coad, Hicks, & Glacken, 2014).

No decorrer de estudos realizados ao longo dos últimos anos, tem sido possível identificar pontos chave nas características ambientais das instituições de saúde referentes ao espaço físico, sua organização, decoração e disponibilização de atividades lúdicas adequadas ao estágio de desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar e escolar no sentido de minimizar os efeitos negativos que o contacto com instituições de saúde pode acarretar.

Estratégias como o uso de imagens coloridas e familiares fixadas nas paredes ou projetadas com o potencial de proporcionar distração, contribuem conseqüentemente para a diminuição dos níveis de ansiedade das crianças em idade pré-escolar e escolar, (Ulrich et al., 2008; Water et al., 2017).

Uma das estratégias de baixo custo e de fácil implementação muitas vezes negligenciada pelas instituições de saúde é o uso da cor. A resposta à cor envolve uma interação muito complexa entre a luz, os olhos e o cérebro, sendo que esta tem um impacto considerável nas nossas respostas fisiológicas e psicológicas. As crianças associam sentimentos positivos, como felicidade, alegria e esperança a cores claras, enquanto que os sentimentos negativos, como tristeza e enfadamento associam a cores escuras, (Phillip Park & Park, 2013; Schalkers, Dedding, & Bunders, 2015)

A cor utilizada vai ser um estímulo importante na definição do humor das crianças, tornando assim o seu ambiente mais adequado, menos assustador, menos clínico e mais amigável, (Coad & Coad, 2008; Water et al., 2017). Nas instituições de saúde as crianças em idade pré-escolar e escolar não gostam de ver paredes pintadas de branco, (Phillip Park & Park, 2013). Independentemente do sexo e cultura, as crianças preferem cores como o azul e o verde, estando estas relacionadas com a diminuição dos

níveis de ansiedade e medo das mesmas indo estas de encontro às suas necessidades psicológicas e afetivas (Phillip Park & Park, 2013).

O uso da cor e imagens relacionadas com a natureza, como plantas, animais e paisagens exteriores que são familiares às crianças, nas paredes das instituições de saúde, contribui de forma significativa para a criação de um ambiente mais terapêutico, mais adequado às necessidades das crianças, e como consequência, diminuição do impacto negativo provocado pelo contacto com as instituições de saúde, (Phillip Park & Park, 2013; Water et al., 2017).

Espaços reservados, a oportunidade de escolha e decisão, diversidade de atividades educativas que proporcionem a brincadeira e socialização com outras crianças são estratégias que contribuem de forma positiva para a criação de um ambiente adequado às crianças em idade pré-escolar e escolar em instituições de saúde (Water et al., 2017).

A brincadeira cria um ambiente que minimiza os níveis de stress e ansiedade, estimulando por outro lado a oportunidade das crianças desenvolverem a sua autoestima, autoconfiança e as competências em trabalharem em grupo e cooperarem umas com as outras. A oportunidade de brincar para uma criança em idade pré-escolar e escolar, é uma atividade que para ela é familiar, equilibra-a emocionalmente, é normal e boa para o seu desenvolvimento psicológico e afectivo, ajudando-a a lidar com a ansiedade e stress causados pelo contacto com uma instituição de saúde ou até com situação de doença aguda ou crónica, (Macedo et al., 2015; Water et al., 2017). A oportunidade de fazerem novos amigos e interagirem com outras crianças, principalmente na idade escolar surge como uma necessidade manifestada pelas crianças relativamente aos espaços sociais das instituições de saúde (Lambert et al., 2014; Schalkers et al., 2015).

Torna-se evidente que uma instituição de saúde que tenha um ambiente amigável, terapêutico, adaptado às necessidades físicas e sociais das crianças em idade pré-escolar e escolar vai ter um impacto positivo tanto a curto como a longo prazo no bem-estar das crianças e das suas famílias servidas por essas mesmas instituições. Como enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria devemos ter em consideração a realização de atividades com vista à redução do impacto dos fatores

stressores, provocados pela hospitalização/contacto com instituições de saúde e/ou experiências de situações de risco para a saúde da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Em complementaridade, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, definem que este, deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo, promover a implementação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para prevenir danos aos utentes e profissionais, utilização de técnicas apropriadas na comunicação com criança/jovem e família, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, e utilização de estratégias motivadores da criança/jovem e família na sua participação no processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, 2011b).

3.2 – Metodologia de Trabalho de Projeto

O trabalho de projeto é uma metodologia baseada na investigação que coloca o seu foco na resolução de problemas, pertinentes e reais, executáveis com o tempo, as pessoas e os recursos disponíveis. É um plano de trabalho organizado para resolver/estudar um problema pertinente para os intervenientes que o irão realizar, propondo objetivos, planeamento de ações, utilização de recursos e implementação de estratégias e intervenções úteis que permitam a sua resolução (Mateus, 2011; Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O projeto é um esforço temporário focado na produção de uma entidade única operacional. Um problema com uma agenda para a sua resolução (Harris, Roussel, Thomas, & Dearman, 2015). A utilização da metodologia de projeto permite-nos centrar na resolução de problemas reais fazendo a ligação entre o conhecimento teórico e o contexto da prática, usando a base da evidência científica para o desenvolvimento da aplicação de um projeto na prática (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia permite a aquisição de habilidades e competências de atributos pessoais pela preparação e execução de projetos numa situação real (Ruivo et

al., 2010), indo de encontro ao artigo 6º do Regulamento nº 122/2011 referente às competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, onde o enfermeiro deverá desempenhar um papel dinamizador na elaboração e apoio de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, criando e gerindo programas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Uma vez que a aquisição de conhecimento teórico é o suporte desta metodologia para a sua aplicação na prática (Ruivo et al., 2010), a mesma vai também de encontro às competências definidas no artigo 7º e 8º do mesmo regulamento, onde o enfermeiro especialista, “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;” e “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.8649).

De acordo com Ruivo et al., (2010) a metodologia de projeto apresenta como características fundamentais o de ser uma atividade intencional, assumir iniciativa e autonomia, autenticidade, envolver complexidade e incerteza e tem um carácter prolongado e faseado. Os mesmos autores dividem a metodologia de projeto em 5 fases:

- Diagnóstico de situação;
- Planificação das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados constatados.

Tendo em consideração a aplicação e desenvolvimento desta metodologia na realização do projeto desenvolvido ao longo dos estágios serão descritas e analisadas cada uma das etapas do trabalho de projeto.

3.2.1 - Identificação do problema e diagnóstico da situação

O surgimento de novas circunstâncias requer uma nova atitude que pode ser desconhecida e emergir do desenvolvimento de uma inovação visão e aprendizagem.

Tal esforço requer uma mudança de mentalidade, princípios organizacionais, comportamentos, cultura e muitas vezes infraestruturas (Harris et al., 2015). Estar sintonizado com as condições emergentes, forças e tendências pode providenciar um vislumbre dos interesses comuns que criam e afetam o ambiente de trabalho e a predisposição para a mudança. A adesão e motivação dos intervenientes no processo assume um papel de extrema importância para a realização do mesmo sendo que possuir boas características de liderança e persuasão no sentido de implementação de mudanças pode ser uma das melhores ferramentas para iniciar um projeto (Harris et al., 2015).

O desenvolvimento de um projeto na área de saúde requer uma análise da necessidade das populações no sentido de elaborar estratégias e ações que permitam a concentração e aproveitamento de esforços e recursos disponíveis. O diagnóstico de situação tem como objetivo criar uma imagem da situação/problema sobre o qual se pretende desenvolver a ação existindo vários métodos onde os mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, e métodos de análise de situação sendo o mais comum a análise SWOT (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico deve permitir uma permanente atualização sendo que uma concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinará, a importância do plano, programa ou atividade (Tavares, 1990).

No sentido de perceber a receptividade, potencialidade e os recursos disponíveis e necessários para a implementação de um projeto desta natureza recorreremos numa fase inicial à observação e realização de entrevista informal individual aos elementos chave do serviço de enfermagem, onde as perguntas foram colocadas no contexto imediato no decorrer da conversa e não existiram perguntas predeterminadas.

Este tipo de entrevista permite o aumento da relevância das perguntas, a construção da entrevista a partir de observações e a entrevista pode ser adaptada para o entrevistado e para as circunstâncias (Cohen, Manion, & Morrison, 2013). Foi realizada entrevista similar com o chefe de cada serviço tendo a mesma de uma forma informal dirigida para o levantamento dos recursos e estratégias que pudessem facilitar a implementação do projeto.

Da análise das entrevistas foi possível constatar:

- Todos os elementos sentiram necessidade e perceberam como vantajoso a implementação de estratégias, no sentido da criação e/ou adequação dos espaços à idade pré-escolar e escolar;
- Uma forte motivação à realização do projeto, de todos os enfermeiros da USF Alfa Beja e CEP do HJJF;
- Abertura por parte das chefias dos serviços USF Alfa Beja e CEP do HJJF, no sentido de facilitar e colaborar na implementação de estratégias que contribuam para a implementação do projeto;

Embora as necessidades detetadas na fase de diagnóstico de situação bem como aspetos referentes à análise SWOT tenham pontos em comum, foram diagnosticadas necessidades específicas provenientes dos contextos específicos de estagio.

Na USF Alfa Beja foi possível constatar a inexistência de um local devidamente preparado e direcionado para as crianças em idade pré-escolar e escolar nas salas de espera da instituição. Embora esta instituição providencie prestação de cuidados a utentes e família em todas as fases do ciclo de vida, as crianças e em especial na idade pré-escolar e escolar encontra-se em maior risco de serem afetadas por ambientes não adequados ao seu estágio de desenvolvimento psico-motor em instituições de saúde (Water et al., 2017).

Há algum tempo que a equipa de enfermagem sentia a necessidade de implementação de uma intervenção neste sentido já que, este é um local onde as crianças têm que passar um período de tempo considerável enquanto aguardam atendimento pelos mais diversos motivos. Esta mesma necessidade foi expressa pelo chefe de enfermagem relativamente à extensão de saúde de Baleizão, integrada na USF Alfa Beja, tendo o diagnóstico de situação levado em consideração nesta mesma extensão.

Nas CEP do HJJF, foi detetado como problema a inexistência de um local devidamente adaptado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar. As necessidades sentidas pela equipa e chefia de enfermagem foram também no sentido da

criação de um local adequado, uma vez que o espaço que estaria pensado para esse efeito não se encontra devidamente adaptado.

A equipa demonstrou preocupações com a falta de atividades lúdicas, decoração pediátrica inexistente e a necessidade da criação de um ambiente mais amigável das crianças facilitador da relação enfermeiro e criança/família. Como grande vantagem para a implementação de mudanças é o facto deste local ser de uso exclusivo da pediatria o que permite pensar na adequação dos espaços de uma forma mais abrangente.

No sentido de complementar a colheita de dados no diagnóstico de situação foi elaborado um questionário (apêndice III), dirigido às equipas de enfermagem de ambos os locais de estágio. O questionário teve como objetivo a colheita de dados sociodemográficos relativamente às equipas de enfermagem e a colheita de informação do ponto de vista destes profissionais, sobre conhecimentos e pertinência da utilização de estratégias ambientais com vista à diminuição dos efeitos negativos associados ao contacto com as instituições de saúde.

Foram elaboradas questões de resposta direta, sim ou não, o uso de uma escala de avaliação gradual de pontos relativamente à importância de algumas intervenções e uma escala de ordenação com vista à classificação das intervenções consideradas prioritárias pela equipa de enfermagem no seu contexto profissional.

Com base na entrevista e a realização dos questionários foi identificado o problema, a inexistência de um espaço lúdico adequado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar nas respetivas instituições de saúde.

Durante a fase de diagnóstico de situação, torna-se importante realizar uma avaliação cuidada e crítica dos ambientes internos e externos do local onde vamos implementar um projeto. Para tal, e como mencionado anteriormente, optamos por realizar uma análise SWOT abrangendo ambos os campos de estágio, uma vez este ser um instrumento adequado para a seleção de uma estratégia para se alcançarem os objetivos propostos (Filho, 2015).

O acrónimo SWOT diz respeito às iniciais de quatro palavras na língua Inglesa, S – *strength* (ponto forte), W – *weakness* (ponto fraco), O – *opportunities* (oportunidades) e T – *threats* ameaças). A análise conjunta destes quatro elementos permite-nos recolher de uma forma conjunta informação fornecendo um quadro mais completo contribuindo para organizar a informação recolhida, sendo uma das técnicas mais utilizadas, (Filho, 2015; Ruivo et al., 2010).

Quadro 3 - Análise SWOT

	Forças	Fraquezas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionalismo e empenho da equipe de enfermagem • Sintonia entre os vários elementos da equipe multidisciplinar relativamente à necessidade da implementação do projeto • Grande motivação da equipe de enfermagem • Chefias motivadas e disponíveis a cooperar • Maior disponibilidade Financeira, verbas internas (USF Alfa Beja) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento teórico sobre o ambiente mais adequado • Falta de disponibilidade de tempo para se dedicarem a um projeto de intervenção desta natureza. • Limitações financeiras e falta de conhecimento sobre a importância das intervenções por parte das equipas de gestão • Dependência financeira total da administração hospitalar (CEP)
	Oportunidades	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação geral e reconhecimentos das mais valias das intervenções realizadas no serviço de urgência de Pediatria. • Organizações externas disposta a colaborar no desenvolvimento de algumas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso na implementação por dependência de aprovação externa para intervenções que envolvam custos para a instituição hospitalar (CEP). • Atraso na implementação por dependência autorização concelho de administração hospitalar (USF Alfa Beja).

A partir da análise dos questionários foi possível identificar a sensibilidade dos enfermeiros relativamente à temática do projeto a importância do mesmo e as intervenções sentidas como mais pertinentes e mais urgentes por parte da equipa de enfermagem. Foi ainda possível constatar a percentagem de elementos que alguma vez tiveram formação sobre a temática em questão.

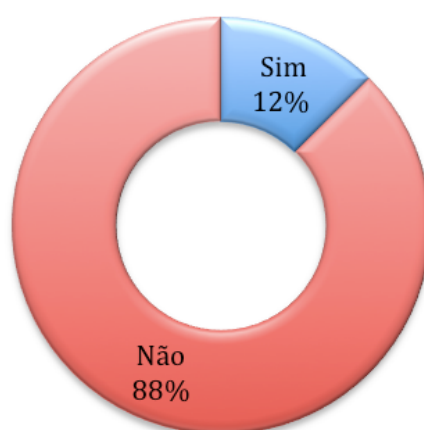


Figura 2 - Percentagem de Enfermeiros com formação sobre a temática (USF Alfa Beja)

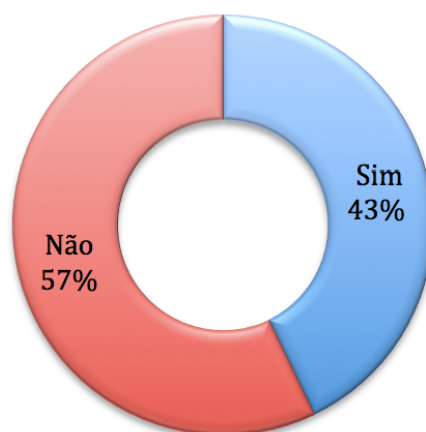


Figura 3 - Percentagem de Enfermeiros com formação sobre a temática (CEP)

Relativamente à CEP as intervenções que a equipa de enfermagem considerou mais pertinentes para a melhoria da prestação de cuidados prestados às crianças na idade pré-escola e escolar foram as assinaladas no gráfico da figura 4 como 2 e 3, correspondendo respetivamente a, utilização de desenhos e imagens coloridas

adaptados ao estágio de desenvolvimentos das crianças nas paredes das áreas reservadas às mesma e a disponibilização de brinquedos e atividades lúdicas.

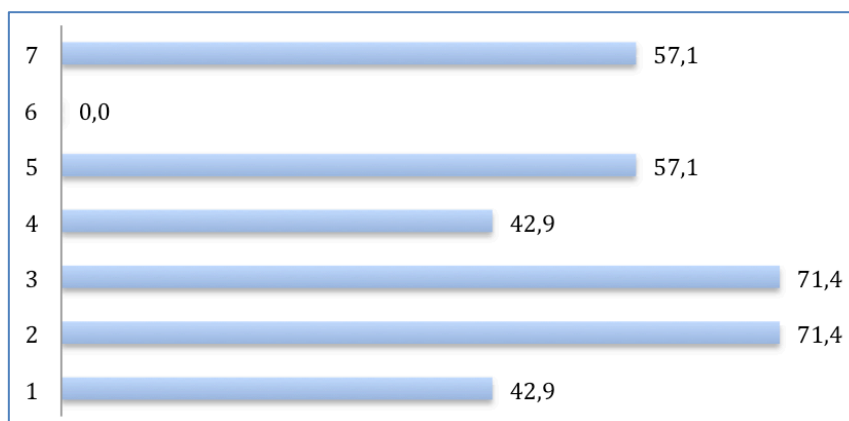


Figura 4 - Intervenções mais selecionadas (CEP)

Na Unidade de Saúde Familiar as intervenções mais selecionadas encontram-se representadas no gráfico da figura 5 tendo sido além das intervenções 2 e 3 à semelhança da consulta externa 4 e 7, dizendo respeito respetivamente a, um espaço reservado que permita a interação com outras crianças e utilização de um fardamento colorido por parte da equipe de enfermagem.

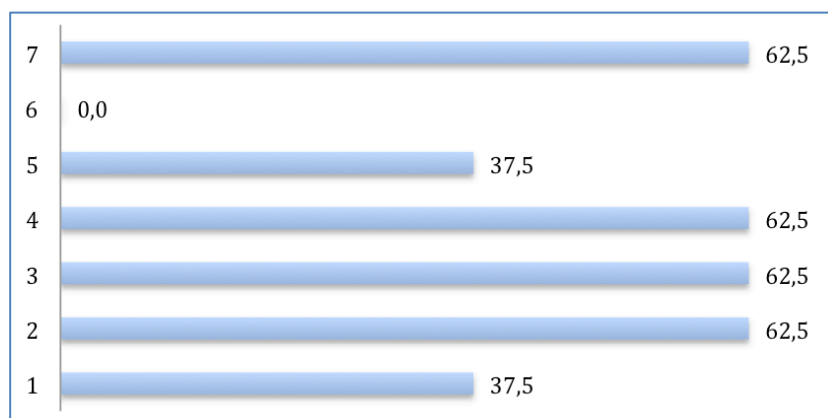


Figura 5 - Intervenções mais selecionadas (USF Alfa Beja)

O surgimento de um maior interesse pelo ponto 4 poderá estar relacionado com as características da USF Alfa Beja, uma vez que esta recebe utentes de todas as faixas

etárias, não existindo uma área especificamente reservada para as crianças na sala de espera da unidade.

3.2.2 - Definição de objetivos

Ao proceder à fixação de objetivos, estes devem ser exequíveis e quantificáveis no tempo e no espaço, assumindo os mesmos um papel preditivo e antecipatório de acordo com a ação a realizar. A definição de objetivos poderá incluir diferentes níveis, objetivos gerais e específicos. Durante a definição de objetivos torna-se necessário a descrição do problema identificado e que o projeto procura resolver (Ruivo et al., 2010).

Partindo do nosso diagnóstico inicial da situação, e tendo sido identificado como problema a inexistência de espaços adequados para as crianças na USF Alfa Beja e CEP do HJJF, foi possível determinar os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Contribuir para minimizar o impacto dos fatores ambientais stressores, das instituições prestadoras de cuidados, na saúde e bem-estar das crianças/famílias, em idade pré-escolar e escolar.

Objetivos Específicos

- Promover a relação enfermeiro/criança através da criação de um ambiente amigável para as crianças na USF Alfa Beja e CEP do HJJF
- Diminuir o medo e a ansiedade das crianças/famílias face às instituições de saúde, através da adequação dos espaços lúdicos na USF Alfa Beja e CEP do HJJF

Decidimos ainda definir um indicador de qualidade de modo a facilitar a avaliação. Os indicadores de qualidade são uma forma de medir os resultados da execução dos objetivos operacionais ou metas. Estes aparecem com a necessidade de definir objetivos mais específicos e representam o enunciado de um resultado tecnicamente praticável das atividades dos serviços de saúde (Imperator & Giraldes,

1993). Partindo do nosso diagnóstico inicial da situação, foi possível determinar como indicador a inexistência de espaços adequados para as crianças na USF Alfa Beja e CEP do HJJF. Como indicadores de qualidade definimos:

- A implementação por parte das instituições de pelo menos 2 estratégias que contribuam para a criação de um espaço adequado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar.

Após definição dos objetivos passaremos à descrição do planeamento do projeto.

3.2.3 - Planeamento

O planeamento do projeto é a fase onde é elaborado o plano de trabalho do projeto tendo em consideração as várias dimensões relacionadas com a gestão. Nesta fase realiza-se o levantamento dos recursos, limitações condicionantes à implementação do projeto, atividades a desenvolver métodos e técnicas de pesquisa, estratégias, meios e respetivo cronograma (Ruivo et al., 2010).

Numa fase inicial do trabalho de projeto, foi construído um cronograma (apêndice IV), com objetivo de servir de guia e orientação do trabalho a desenvolver. O cronograma é um instrumento de trabalho flexível e adaptável às possíveis alterações que possam ocorrer em contexto de estágio. Uma vez que muitas das atividades estão dependentes do fator tempo e disponibilidade por parte dos enfermeiros do serviço, o cronograma foi o revisto após o ajuste das atividades a desenvolver.

A partir da reflexão efetuada em relação à temática abordada procedemos à realização de uma pesquisa bibliográfica alargada no sentido da recolha de informação e evidência científica, utilizando para tal o recurso a livros, revistas científicas e artigos científicos. Foram utilizados os recursos disponíveis nomeadamente bibliotecas e internet. Após a pesquisa bibliográfica foi identificada a necessidade de intervenção no serviço e procedeu-se a um diagnóstico da situação preliminar. Posto isto, são apresentadas as atividades a desenvolver para a concretização dos objetivos antes delineados em cada uma das instituições onde se pretende a intervenção.

Na USF Alfa Beja foram planeadas as seguintes estratégias e atividades expostas no quadro 4;

Quadro 4 - Atividades e estratégias planeadas USF Alfa Beja

Atividades e Estratégias	Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none"> Realização de estágio na USF Alfa Beja 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Enfermeira supervisora; Professora Orientadora 	
<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa científica bibliográfica sobre a temática a desenvolver. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Internet Biblioteca
<ul style="list-style-type: none"> Realização de revisão uma sistemática da literatura sobre a temática. 		
<ul style="list-style-type: none"> Reunião com enfermeiro chefe e demais equipas de enfermagem para levantamento das necessidades sentidas pelo serviço 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniões
<ul style="list-style-type: none"> Realização de sessão de formação sobre a temática de acordo com o plano de sessão (apêndice V) apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão Construção de questionário de avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora Professora orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniões Projektor Computador Impressora Folhas de papel Esferográficas
<ul style="list-style-type: none"> Solicitação de colaboração e mobilização de entidades externas para a facilitação da implementação do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; 	<ul style="list-style-type: none"> Computador
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de uma proposta de criação e um espaço adequado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar bem como a sua apresentação à equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável pelo projeto; Gabinete de Comunicação da ULSBA; Serviço de instalações e equipamentos da ULSBA; Entidades externas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador

No sentido de dar cumprimento às atividades planeadas foi realizado um levantamento dos recursos e mais valias disponíveis, internas e externas, que fossem facilitadoras da implementação do projeto. Os recursos podem ser humanos e materiais,

sendo estes determinados pelo responsável do projeto de acordo com os objetivos que se pretende alcançar (Ruivo et al., 2010).

Relativamente aos recursos humanos referem-se aos enfermeiros e enfermeiro chefe que exercem funções no serviço, como principais agentes de mudança e busca contínua de melhoria dos cuidados prestados à criança bem como demais instituições e departamentos da ULSBA que colaboraram de forma ativa para o desenvolvimento do projeto. De salientar também como recurso humano a professora orientadora como um recurso importante no encaminhamento e orientação na implementação do projeto. A existência de uma confiança demonstrada pelas relações profissionais dos participantes e reconhecimento das competências específicas de cada elemento tornaram possível chegar a um consenso dos objetivos a atingir.

Em conjunto com os enfermeiros e chefe do serviço foi identificado um local para a implementação de uma área reservada às crianças na zona da sala de espera. Este mesmo local reuniu o consenso de toda a equipa incluindo o chefe de enfermagem e diretor clínico da instituição. Para a realização da ação de formação com o objetivo de partilha de conhecimentos, a instituição possui todos os recursos necessários disponibilizando sala de reuniões, projetor e computador tendo sido apenas necessário proceder ao agendamento e marcação de um dia de maior conveniência e disponibilidade para o serviço.

Outro recurso disponível na instituição e importante para a implementação do projeto foi o Gabinete de Comunicação e Marketing da ULSBA. Este gabinete é responsável pela melhoria da comunicação e imagem da instituição, sendo este departamento o responsável pela parte criativa, decoração e elaboração gráfica dos demais folhetos informativos e cartazes da instituição. Foram então desenvolvidos contatos com este gabinete no sentido de colaborar relativamente à decoração do novo espaço. Para tal foram realizadas várias reuniões para partilha de informação e ideias com o gabinete de comunicação para que a decoração a selecionar fosse de encontro aquilo que foram os conhecimentos obtidos durante a pesquisa científica e que vão de encontro às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar. Foi ainda possível obter a colaboração de uma entidade externa que a custo zero, trabalhou na realização de uma projeção 3D das respetivas alterações, as quais se revelaram de extrema

importância para a seleção da melhor solução no que diz respeito à distribuição e decoração dos espaços.

Para a implementação das intervenções foi ainda levado em consideração os aspetos financeiros associados à implementação das intervenções. Os aspetos financeiros constituem os recursos económicos que se encontram à disposição e que são passíveis de serem canalizados para o financiamento do projeto e de todas as atividades inerentes ao mesmo, sendo de extrema importância nesta fase encontrar fontes de financiamento ou voluntariado no sentido de controlar ou minimizar custos (Ruivo et al., 2010). Uma das vantagens relacionadas com este aspeto prende-se com o facto da instituição possuir verbas próprias que poderão ser disponibilizadas mais facilmente para aquisição de materiais necessários para o novo local e eventuais custos com a instalação de algumas estruturas.

Outro aspeto positivo prende-se com a colaboração dos serviços de instalações e equipamentos da ULSBA, tendo sido incluído no planeamento a solicitação a este serviço a realização de eventuais trabalhos que se enquadram no âmbito das suas competências e que ao serem por estes realizados diminuem custos.

Para as CEP foi seguido um planeamento de atividades muito similar ao desenvolvido para a Unidade Local de Saúde, tendo sido, no entanto levados em consideração outros aspetos inerentes à especificidade do serviço. Uma destas especificidades prende-se logo à partida com o facto deste local ser de uso exclusivo da Pediatria, permitindo uma reestruturação mais ampla, toda ela virada para o ambiente pediátrico.

Outro aspeto importante é o tipo de crianças aqui observadas, algumas têm um acompanhamento muito apertado com múltiplas consultas dentro de uma especialidade pediátrica ao longo do ano. Muitas crianças em idade pré-escolar e escolar com patologia crónica acompanhadas em consulta, são com alguma regularidade encaminhadas para este local, em situação de doença aguda, a fim de serem observadas e acompanhadas pelo médico da especialidade. Esta especificidade relacionada com o atendimento a algumas crianças em situação de agudização de doença ou doença aguda súbita, leva a que muitas vezes as crianças tenham que permanecer neste local por períodos prolongados de tempo e sejam em várias ocasiões sujeitas a exames

complementares de diagnóstico com intervenções potencialmente desencadeadoras de stress e dor.

Foram planeadas as seguintes estratégias e atividades para a consulta de pediatria, quadro 5;

Quadro 5 - Atividades e estratégias planeadas CEP do HJJF

Atividades e Estratégias	Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none"> Realização de estágio na CEP HJJF 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Enfermeira supervisora; Professora Orientadora 	
<ul style="list-style-type: none"> Continuação da pesquisa científica bibliográfica sobre a temática a desenvolver. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Internet Biblioteca
<ul style="list-style-type: none"> Reunião com enfermeiro chefe e demais equipa de enfermagem para levantamento das necessidades sentidas pelo serviço Realização de questionário diagnóstico de situação sobre a temática 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniões
<ul style="list-style-type: none"> Realização de sessão de formação sobre a temática de acordo com o plano de sessão (apêndice VI) apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão Construção de questionário de avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora Professora orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniões Projektor Computador Impressora Folhas de papel Esferográficas
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de uma previsão de custos financeiros associados com a implementação do projeto e medidas de redução dos mesmos 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável pelo projeto; Gabinete de Comunicação da ULSBA; Serviço de instalações e equipamentos da ULSBA; Entidades externas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de uma proposta de criação e um espaço adequado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar bem como a sua apresentação à equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Responsável pelo projeto; Gabinete de Comunicação da ULSBA; Serviço de instalações e equipamentos da ULSBA; Entidades externas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador

Mais uma vez, no sentido de dar resposta ao planeamento, foi em conjunto com os enfermeiros e chefe do serviço, definido o local para a colocação de um espaço reservado e adaptado às necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar.

Foi realizada uma formação/reunião de partilha de informação no sentido de em conjunto delinear intervenções de carácter prioritário e exequíveis. Para a realização desta reunião a consulta possui de instalações e equipamentos que poderão ser utilizadas, como projetor e sala de reuniões, sendo apenas necessário a sua marcação antecipada para não se sobrepor a outras atividades.

Foram novamente desenvolvidos contatos com o Gabinete de Comunicação e Marketing da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo no sentido de colaborar relativamente à decoração do novo espaço. Para tal foram realizadas várias reuniões e visitas do departamento ao local para partilha de informação e ideias para que a decoração a seleccionar fosse de encontro aquilo que foram os conhecimentos obtidos durante a pesquisa científica e as necessidades das crianças em idade pré-escolar e escolar. Foi também possível a realização de uma projeção 3D à semelhança do conseguido para a Unidade de Saúde Familiar com o objetivo de obter uma pré-visualização do espaço e aspeto do mesmo com as alterações estruturais introduzidas.

Foram programadas as seguintes atividades específicas para a adaptação e criação de um local adequado às necessidades da criança em idade pré-escolar e escolar. Para a criação de uma decoração adequada foi definida como alteração inicial a pintura do serviço com uma tinta lavável e cor neutra, de acordo com o descrito na bibliografia e pesquisa científica. A cor a seleccionar será então uma cor clara dentro do tom azul ou verde, que funcionará como um estímulo importante na definição do humor das crianças, tornando assim o seu ambiente mais acolhedor, menos assustador, menos clínico e mais amigo das crianças em idade pré-escolar e escolar.

Com o auxílio do Gabinete de Comunicação serão seleccionadas imagens agradáveis e adequadas às crianças dentro do escalão etário definido, que serão afixadas de forma decorativa nas paredes do serviço. A criação de uma minibiblioteca com livros de histórias adaptados à idade escolar e pré-escolar para as crianças poderem ler ou ouvir histórias enquanto aguardam na sala de espera. Dentro da leitura, está prevista a colaboração de duas contadoras de histórias a crianças dentro deste escalão etário que

de uma forma voluntária irão visitar a consulta no dia de maior movimento para realizar uma atividade de leitura de histórias às crianças.

Outra atividade prevista é a colaboração da biblioteca municipal no sentido da criação de um depósito de livros na sala de espera da consulta que poderá ser trocado regularmente permitindo novas histórias para as crianças que recorrem a este espaço. Está também previsto a angariação de jogos didáticos, brinquedos, tapete de borracha e a disponibilização de lápis e canetas com desenhos para as crianças colorir.

3.2.4 - Execução

A fase de execução é a fase de metodologia de projeto que concretiza a realização aplicando na prática tudo o que foi anteriormente planeado. Aquilo que foi construído mentalmente começa a assumir uma dimensão prática, transferindo-se para a situação real (Ruivo et al., 2010).

Ao passar de um projeto mental para a prática real da sua construção, os participantes vão-se deparando com diversos problemas e novas situações que ao serem resolvidas e ultrapassadas têm o potencial de alargar o leque de competências dos participantes (Ruivo et al., 2010). Torna-se de extrema importância a participação ativa do orientador do projeto no sentido de manter todos os participantes motivados durante o processo de execução levando à realização das atividades planeados e à concretização do desejado por parte dos participantes. É também uma fase de procura ativa de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema detetado (Ruivo et al., 2010).

Foram realizadas as sessões de formação conforme planeado, sendo que no decorrer das sessões de formação, em ambos os módulos de estágio, foi realizada a avaliação das formações por meio de um questionário (apêndice VII), que permitiu avaliar a formação (apêndice VIII). Os resultados das avaliações das formações podem ser observados nos Gráficos da figura 6 e 7.

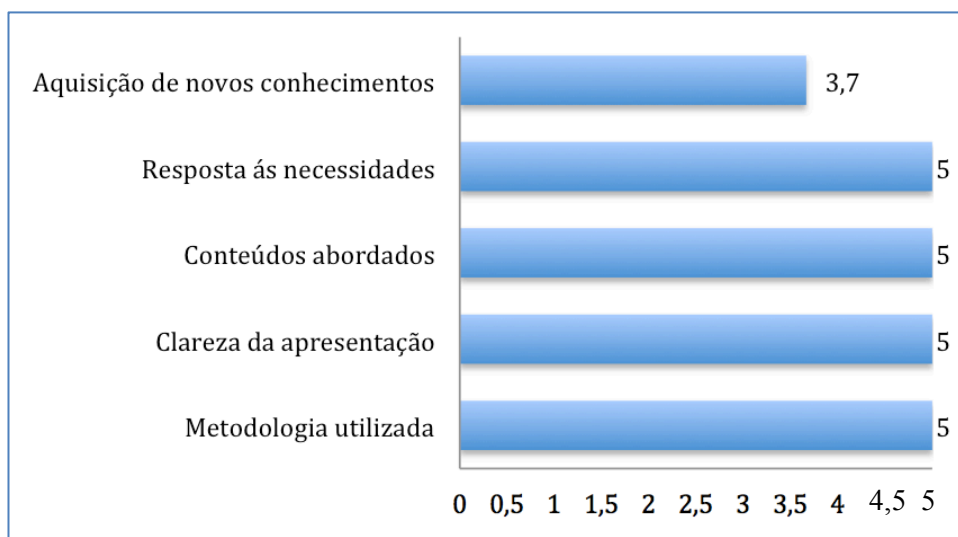


Figura 6 - Avaliação da sessão de formação (CEP)

A partir da avaliação realizada em ambos os contextos, podemos constatar que as formações foram de encontro aos objetivos propostos. Dos vários parâmetros avaliados foi possível verificar uma classificação superior a 4,5 numa escala de Likert, em que 0 correspondia ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto. A única exceção prendeu-se com o parâmetro relativamente à aquisição de novos conhecimentos na CEP do HJJF. Podemos, no entanto, pressupor que esta classificação um pouco mais baixa se deve ao facto de estarmos perante um contexto exclusivo de Pediatria onde os enfermeiros que aqui exercem funções possuem uma vasta experiência na área da enfermagem pediátrica.

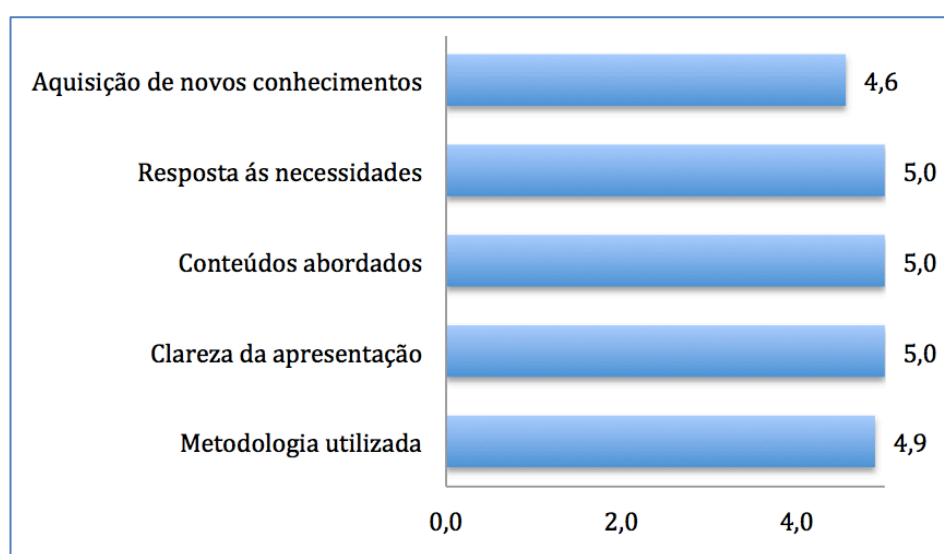


Figura 7 - Avaliação da sessão de formação (USF Alfa Beja)

No que diz respeito à USF Alfa Beja, foi possível pôr em prática de imediato as seguintes intervenções. Seleção do local para área reservada às crianças em idade pré-escolar e escolar na Unidade Local de Saúde e respetiva extensão de saúde de Baleizão. Nestes locais encontra-se já disponível mesas e cadeiras adaptadas à idade das crianças neste escalão etário, sendo também disponibilizados desenhos e material como canetas e lápis coloridos para as crianças poderem pintar.

Foram elaboradas várias projeções relativamente à decoração organização do espaço reservado para as crianças nestes escalões etários, tendo sido as mesmas soluções apresentadas e discutidas com a equipa de enfermagem e chefia do serviço. Após esta discussão foi atingido um consenso a partir do qual foi elaborada uma proposta de aplicação das alterações, acompanhada de respetiva previsão de custos e financiamento, tendo esta proposta recebido a aprovação do respetivo chefe de enfermagem e diretor da USF Alfa Beja (apêndice IX).

Como principais alterações definidas na proposta apresentada destaca-se a delimitação do local específico para as crianças com a instalação de uma cerca infantil adequada para o efeito, a proteção do piso com tapete esponjoso e colorido que permita as crianças brincar e deslocar-se em segurança. A aquisição de jogos didáticos direcionados aos respetivos escalões etários e a decoração da parede do respetivo local através da utilização de uma imagem colorida em vinil cobrindo a totalidade da parede.

Relativamente à CEP foi igualmente elaborada uma proposta de decoração do respetivo local com o recurso a imagens em vinil, tendo sido apresentada uma proposta à respetiva equipa e chefia de enfermagem (apêndice X). Foi definido o local reservado para as crianças em idade escolar e escolar brincarem, tendo sido disponibilizado, brinquedos e jogos adaptados aos escalões etários definidos e atividades como desenhos e imagens para colorir. Ficam ainda ao dispor das crianças livros de histórias infantis. Com o auxílio e colaboração de entidades externas foi possível a aquisição de jogos e brinquedos adequados a crianças em idade escolar e pré-escolar tendo sido os mesmos colocados à disposição das crianças no local apropriado da CEP.

No sentido de se conseguir dar cumprimento às alterações propostas e acordadas em equipa, e tendo em consideração as restrições e dificuldades financeiras que poderiam colocar em risco a aplicação do projeto na sua totalidade, optamos pela

utilização da seguinte estratégia. Solicitamos o orçamento para a realização e aplicação dos vinis decorativos necessários à decoração do serviço, uma vez se tratar esta a intervenção associada a maior custo financeiro. Em conjunto com a equipa foi decidido implementar as intervenções por etapas, com o objetivo evitar custos avultados, tornando muito mais fácil financeiramente aplicar as intervenções de forma faseada.

Como alteração inicial optamos pela utilização da cor, uma vez esta se tratar de uma estratégia de baixo custo e de fácil implementação muitas vezes negligenciada pelas instituições de saúde (Phillip Park & Park, 2013).

Esta tratou-se também de uma das intervenções sentida por parte da equipa de enfermagem como muito necessária, durante o diagnóstico de situação. Outra das vantagens relacionadas com esta intervenção, prende-se com o facto de a instituição ser autónoma no que diz respeito aos recursos humanos e materiais para a sua aplicação. A existência destes recursos permite a realização desta alteração inicial a um custo praticamente nulo, uma vez que esta é já realizada com alguma regularidade pelo serviço de instalações e equipamentos da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo sempre que necessário e a CEP se encontrar já a algum tempo a necessitar de uma intervenção desta natureza.

Neste sentido e com base nas evidências científicas recolhidas relativamente à cor e a sua importância nas crianças em idade pré-escolar e escolar (Phillip Park & Park, 2013; Schalkers et al., 2015), selecionamos em conjunto com a equipa de enfermagem e com o Gabinete de Comunicação as cores mais apropriadas para a pintura do serviço, tendo sido já realizado pela enfermeira chefe o pedido aos serviços de instalações e equipamentos a realização da intervenção.

Para tornar a experiência do contacto com a CEP num momento mais agradável e descontraído para as crianças em idade pré-escolar e escolar, foi criada uma atividade de leitura de histórias e contos infantis para as crianças nestes escalões etários, a decorrer em alguns dias de maior afluência às consultas. Esta atividade tornou-se possível a partir da colaboração de duas voluntárias, que trabalham com crianças nestes escalões etários relativamente à leitura de livros de contos infantis, que manifestaram a sua disponibilidade no sentido de colaborar na criação de um espaço adequado às crianças e contribuir para a diminuição do stress e ansiedade das mesmas por

intermédio da leitura. Dada a recetividade desta atividade pelas crianças e profissionais de saúde, esta mesma atividade será também extensiva ao serviço de Internamento de Pediatria.

3.2.5 - Avaliação

A avaliação é uma etapa que deverá decorrer em vários momentos na implementação de um projeto. De acordo com Ruivo et al., (2010) a avaliação deverá acompanhar a implementação do projeto e deverá ser realizada uma avaliação no final da implementação do mesmo, avaliação intermédia/depuração e avaliação final.

Uma das particularidades da metodologia de projeto, é a de contemplar uma avaliação contínua ao longo de todo o desenvolvimento do mesmo. Esta particularidade permite a redefinição dos objetivos, atividades planeadas e seleção dos meios, no sentido de melhorar a coerência, eficiência e eficácia do projeto a desenvolver (Ruivo et al., 2010).

Como forma de operacionalizar a avaliação podem ser utilizados questionários, entrevistas com o orientador ou até discussão em grupo. Neste sentido do decorrer das atividades desenvolvidas para a implementação do projeto foram realizadas avaliações intermédias no sentido de verificar a eficácia das ações implementadas e ao mesmo tempo reajustar estratégias face às dificuldades encontradas.

Na situação específica da implementação deste projeto, não foi possível a aplicação do mesmo na sua totalidade, uma vez haver limitações temporais e o facto de algumas das intervenções planeadas envolverem recursos financeiros que embora em alguns locais tenham sido já aprovados e definidos para a implementação das restantes atividades obedecem a um sistema de desbloqueamento de verbas que se torna mais demorado.

Apesar destes constrangimentos foram possíveis executar algumas atividades com o objetivo de contribuir para minimizar o impacto dos fatores ambientais stressores, das instituições prestadoras de cuidados, na saúde e bem-estar das crianças/famílias, em idade pré-escolar e escolar. Foi ainda possível a realização e a

aprovação por parte da equipa de enfermagem e chefias dos respetivos serviços de propostas de reestruturações físicas dos mesmos espaços com vista à sua adequação às crianças em idade pré-escolar e escolar sendo que algumas destas alterações encontram-se já em execução.

Sendo este um projeto que se encontra em fase de implementação, não tendo sido ainda implementado na sua totalidade, não se torna possível fazer uma avaliação global do projeto na sua totalidade e os efeitos reais das medidas implementadas. O projeto continua em plena execução até à implementação na sua totalidade, encontrando-se prevista a realização de uma avaliação global aquando da implementação do projeto na sua totalidade e posterior divulgação dos resultados.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO COMPETÊNCIAS

A conceção de competência alicerça-se nos saberes, saber-fazer e atitudes, de modo que permita a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos face a uma situação real e a compreensão de situações complexas (Mestrinho, 2008). Esta ideia é reforçada por Le Boterf, (2005) segundo o qual, a competência manifesta-se com a capacidade de mobilizar conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo da vida, para responder a circunstâncias da prática profissional.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros, (2010a), a aquisição de competências clínicas especializadas resulta do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, levando à aquisição daquilo que são as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

O Enfermeiro Especialista é o Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ao qual foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Ao longo dos estágios desenvolvidos, tivemos a oportunidade de participar e colaborar em atividades que contribuiriam de forma significativa para a aquisição e desenvolvimento de competências, tanto no âmbito das competências comuns como das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

4.1 - Competências Comuns

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, sendo que o enfermeiro especialista demonstra competências que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de

saúde quer sejam de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O mesmo regulamento apresenta a seguinte definição de competências comuns.

(...) são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2011a p. 8649)

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se divididas por 4 domínios, sendo estes: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

De acordo com o mesmo regulamento, o primeiro domínio diz respeito às competências da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. Relativamente a este domínio, o enfermeiro deverá desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados que tenham como base o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o desenvolvimento dos vários estágios realizados desenvolvemos a nossa prática profissional, assente nos princípios ético-legais inerentes ao nosso campo de intervenção. Esta competência foi construída com base na tomada de decisão ética nas várias situações da prática especializada, tendo pautado a prestação de cuidados pelo respeito e dignidade da criança/ família, desenvolvendo estratégias de resolução de problemas num modelo de parceria de cuidados, tendo em consideração o cliente como um binómio criança e família. Procuramos a construção de tomada de decisão com base num amplo leque de opções, optando sempre pelas mais apropriadas e tomada de decisão em equipa.

No decorrer da nossa prática clínica nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil e perante o binómio criança e família cada situação específica foi avaliada com o objetivo de tomar uma decisão baseando as nossas decisões em princípios, valores e normas guiadas pelo Código Deontológico do enfermeiro. As várias intervenções de enfermagem tiveram como fundamento a preocupação da defesa e da dignidade da

criança, promovendo a igualdade e uma liberdade responsável que tem a capacidade de escolher conscientemente (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Todas as intervenções realizadas tiveram como um dos objetivos realizar as várias competências do enfermeiro especialista e o seu aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Procuramos responder aos deveres para com a comunidade, não só através da prestação direta de cuidados e ensinamentos realizados à criança / família, mas também por intermédio da colaboração com a equipa de saúde em programas de formação de acordo com necessidades sentidas na comunidade. Um exemplo prático desta competência foi a realização de formação, em conjunto com a equipa médica, direcionada às escolas do distrito de Beja na vertente da Neurologia Pediátrica.

No decorrer dos vários estágios realizados e na elaboração e concretização do projeto de estágio final, tivemos sempre presentes os princípios éticos que regem as competências do enfermeiro especialista e as normas deontológicas de enfermagem. Esses princípios e normas estão patentes desde os nossos primeiros passos, como o que foi necessário para o pedido de autorização necessário à realização do projeto, na informação necessária à equipa de enfermagem da USF Alfa Beja e nas CEP HJJF, aplicação do questionário de diagnóstico e o respetivo consentimento informado. Queremos realçar que nos vários estágios onde desenvolvemos as nossas competências, procuramos sempre a humanização dos cuidados de enfermagem, através da criação de um ambiente propício ao desenvolvimento da criança com o objetivo de atingir as suas potencialidades como pessoa inserida numa comunidade e família (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No decorrer do estágio final e no que refere à realização do projeto, foram vários as situações em que os princípios éticos e deontológicos foram defendidos. Estes foram demonstrados pela integridade e veracidade na recolha de informação científica sobre a temática abordada, a decisão pela implementação do projeto de acordo com a necessidade detetada e respeitando a opinião e sensibilidade dos colegas das instituições onde o mesmo foi desenvolvido e a obtenção dos respetivos pedidos de autorização às comissões de ética da Universidade de Évora e ULSBA (anexo II e anexo III), bem como a obtenção do consentimento informado por parte dos participantes no estudo (apêndice XI).

Promovemos práticas de cuidados em todos os nossos domínios de ação, tendo como objetivo respeitar sempre os direitos humanos da criança enquanto utente de qualquer serviço de saúde. Uma das principais responsabilidades profissionais desenvolvida consistiu na análise, interpretação e prevenção de todas as situações específicas em cuidados especializados potencialmente comprometedoras e de risco para os nossos principais clientes. Tendo esta norma em mente durante as várias consultas promovemos e aconselhamos os pais a prevenção de acidentes domésticos e rodoviários, e tomamos medidas na proteção das crianças nos vários espaços de saúde, nomeadamente com as quedas e acidentes.

Em todos os cuidados de enfermagem que realizamos tivemos sempre a preocupação de promover a privacidade individual do cliente, como também a confidencialidade e a segurança de toda a informação que transmitimos, enquanto inseridos numa equipa de enfermagem. Incentivamos e procuramos que as crianças enquanto utentes fossem sempre acompanhadas por um adulto da sua confiança, não tendo sido por isso separadas do(s) adulto(s) que a acompanhavam, foram tratadas pelo seu nome ou diminutivo quando assim o desejavam, e foram explicadas as informações sobre a sua situação ou problema de saúde quando assim o desejavam e com linguagem adequada ao seu desenvolvimento cognitivo.

No caso específico dos nossos utentes adolescentes, sempre que manifestaram o desejo de estar numa consulta sozinhos, foi-lhes também concedido esse direito e privilégio, facilitando e fortalecendo assim a relação entre o enfermeiro e o adolescente (Söderbäck, Coyne, & Harder, 2011). Em todos os estágios desenvolvidos tivemos como principal preocupação providenciar e fornecer aos nossos utentes a oportunidade de brincar, atividades recreativas e educacionais adequadas a sua idade e condição física no melhor ambiente possível (Council of Europe, 2011).

O segundo domínio diz respeito a melhoria da qualidade. Relativamente a este domínio, o enfermeiro tem um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das várias iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; elabora, envolve-se na sua realização e colabora nos vários programas que visam a melhoria contínua da qualidade; cria um ambiente terapêutico e certifica-se de que é um ambiente seguro.

No decorrer dos vários estágios por nós realizados desenvolvemos a nossa prática profissional, assente nos objetivos da maior qualidade possível em todos os nossos campos de intervenção. Iniciamos e participamos em projetos na área da qualidade das instituições onde estivemos inseridos durante os nossos estágios, através da definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes diabéticos, tanto na área organizacional, como na colaboração inter e intrainstitucional.

Foi sempre nossa preocupação a formação individual nos vários temas de enfermagem tendo como vista a incorporação dos vários conhecimentos e as diretivas atualizadas na prestação de cuidados. Esta competência foi desenvolvida pela participação em ações de formação e pesquisa científica que contribuíram para o aumento de conhecimentos e habilidades para a aplicação na prestação de cuidados. Com os vários conhecimentos científicos adquiridos ao longo do nosso percurso pelos vários estágios, tivemos a oportunidade de partilhar e divulgar com toda a equipa e por conseguinte contribuímos assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Com a elaboração e realização do Projeto de Estágio Final, respondemos e atingimos as metas propostas no domínio da qualidade, visto que com base em conhecimentos avançados e através da divulgação de experiências já avaliadas como tendo sido de sucesso tanto em outras instituições de saúde como no Serviço de Urgência Pediátrico do HJJF, sobre a importância de um ambiente hospitalar terapêutico e amigo das crianças, desenvolvemos a competência em incorporar diretivas (Council of Europe, 2011) e conhecimentos com o objetivo de melhorar a qualidade na prática de enfermagem. Para que este domínio fosse alcançado, foi necessário acedermos a toda a evidência científica existente, identificamos assim várias oportunidades de melhoria da qualidade na prestação de serviços às crianças, estabelecemos prioridades de melhoria, selecionamos estratégias para implementar várias ambientes mais terapêuticos e amigos das crianças.

Criamos e promovemos durante os diversos estágios pelos vários serviços um ambiente terapêutico e seguro, tendo em conta também o espaço ergonómico e as várias tecnologias ao nosso dispor. Proactivamente efetuamos a administração das diversas terapêuticas com vista na prevenção dos múltiplos e possíveis incidentes, promovendo assim a envolvimento de toda a equipa em providenciar um ambiente seguro que promove o bem-estar dos seus utentes e que tem uma boa gestão do risco.

Ainda dentro desta perspetiva, tivemos em consideração a criança no binómio criança/família, respeitando a multiplicidade cultural e étnica, com respetiva variedade espiritual através da disponibilização de um ambiente que fosse em termos físicos, psicossociais, culturais e espirituais, promotor de uma efetiva adaptação. Foi nossa prática diária promover e fornecer sempre um ambiente seguro para as crianças, estimulando ao mesmo tempo o seu desenvolvimento cognitivo, comportamental e social de acordo com a sua idade.

O terceiro domínio diz respeito à gestão dos cuidados. Relativamente a este domínio, o enfermeiro gere os vários cuidados por ele prestados, e adapta a liderança e a gestão dos recursos que tem disponíveis, otimizando assim uma maior eficiência e qualidade da equipa multidisciplinar onde se encontra inserido, (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Foi nossa prática clínica diária otimizar ao máximo todo o processo na tomada de decisões, em colaboração e enquanto inseridos numa equipa multiprofissional. Procuramos sempre melhorar na comunicação com vista a efetivar ao máximo a partilha de informação quanto ao melhor processo de cuidar dos utentes.

Otimizamos o trabalho da equipa onde estivemos inseridos, e gerimos os recursos que nos foram disponibilizados de acordo com as várias situações e contextos clínicos com que nos deparamos. Adaptamos e otimizamos a prestação de cuidados, de acordo com os recursos, favorecendo à melhor resposta às várias necessidades de cuidados existentes, e assim demos uma resposta individualizada e de grupo.

O quarto domínio diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente a este domínio, o enfermeiro desenvolve autoconhecimento e assertividade, e conseqüentemente desenvolve toda a sua prática clínica com base em fundamentos sólidos de conhecimento científico.

Durante todo este período soubemos gerir as melhores respostas possíveis, de modo a promovermos a melhor adaptação individual e enquanto inseridos numa equipa multiprofissional nos vários sectores. Conseguimos assim elaborar a melhor resposta sob várias situações de pressão, gerimos os nossos sentimentos e emoções com vista a fornecermos uma resposta eficiente aos utentes, e perante as várias situações de

eventual conflito soubemos reconhecer antecipadamente as mesmas, elaborando atempadamente uma resposta eficaz com resultados positivos e profiláticos.

Tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos científicos, facilitar e colaborar na aprendizagem dos vários profissionais de enfermagem, contribuindo assim também para a sua formação e desenvolvimento de habilidades e competências específicas. Para este facto em muito contribuiu a pesquisa científica realizada na construção de uma revisão sistemática da literatura subordinada ao tema do projeto a implementar nos estágios (apêndice XII). Foi nossa preocupação dar especial relevo a que toda a nossa prática clínica estivesse fundamentada num conhecimento científico o mais atual possível, ao demonstramos os conhecimentos já adquiridos e em pô-los em prática.

4.2 - Competências específicas

A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria engloba a prestação de cuidados desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo a idade ser alargada para os 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência.

A prestação de cuidados como especialista nesta área traduz-se numa prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família tendo em consideração o universo da criança procurando eliminar barreiras e introduzir instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, encontram-se divididas por 3 partes, sendo estas: a assistência á criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde; cuidar da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade; prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

De acordo com o mesmo regulamento, primeira competência no âmbito da maximização da saúde divide-se em duas unidades de competências: E.1 Implementa e

gere um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem; E.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança / jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Como futuros enfermeiros especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica foi nosso objetivo durante todo o nosso percurso de formação especializada, em particular no decorrer de todas as consultas de Saúde Infantil que realizamos e cuidados de enfermagem prestados, ter como alvo máximo a atingir assistir a criança / jovem e o binómio criança / família, com vista a maximizar a sua saúde. Esta maximização da saúde engloba um estado de completo bem estar físico, social e mental, tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2018).

Para tal foi necessário, sempre em parceria com os cuidadores mais próximos da criança, implementar e gerir em todas as oportunidades que tivemos, um plano estabelecido com vista a promover um crescimento pleno e com a máxima qualidade possível. Em cada consulta que efetuamos, tivemos o privilégio de contribuir no ensino e esclarecimento de dúvidas relativamente ao processo de cuidar, nas várias etapas da vida da criança, expondo os conhecimentos científicos mais atuais com uma linguagem familiar e clara.

Com o desenvolvimento do nosso projeto durante o estágio final, através da disponibilização de brinquedos, livros, desenhos, e atividades de leitura, procuramos dar resposta às necessidades da criança/família, com vista a sua motivação em assumir os seus papéis na potencialização e otimização da saúde. Com os conhecimentos adquiridos durante a realização da revisão da literatura científica mais atual, que salientam a importância do ambiente adequado às crianças, concebeu-nos habilidades e competências especializadas para facilitarmos a gestão dos processos específicos da saúde / doença da nossa população alvo.

Durante o estágio na USF Afa Beja, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido, num modelo de parceria de cuidados, envolvendo os pais, no sentido de ensinar, estimular e incentivar a adoção de um comportamento tão simples e básico, como é o aleitamento materno, dando resposta a esta competência Específica do enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. O aleitamento

materno é um importante potenciador da saúde da criança nas várias etapas do seu crescimento e desenvolvimento, responsável por ser um dos elementos na prevenção da obesidade infantil, e simultaneamente potenciar a vinculação mãe / filho (Global Breastfeeding Collective, 2017).

Nas várias consultas que participamos, tivemos oportunidade de aplicar conhecimentos previamente adquiridos relativamente às situações mais frequentes na pediatria, como por exemplo a má progressão ponderal, asma, diabetes juvenil e gastroenterites, e seu posterior encaminhamento.

Uma competência gratificante que adquirimos como enfermeiros especialistas foi a oportunidade de partilhar conhecimentos com os pais, desde a primeira consulta, sobre a segurança da criança. Estes conhecimentos debruçaram-se por exemplo na prevenção do Síndrome de Morte Súbita do Lactente, os cuidados especiais que se deve ter com as crianças na prevenção de acidentes domésticos, com piscinas e no transporte nos automóveis.

A segunda competência no âmbito do cuidado da criança / jovem e sua respetiva família na grande variedade de situações com especial complexidade divide-se em cinco unidades de competência: E2.1 Reconhecer situações de instabilidade hemodinâmica com risco de morte e saber prestar os cuidados de enfermagem apropriados; E 2.2 Gerir de modo diferenciado a dor e o bem – estar de modo a otimizar a sua resposta; E 2.3 Saber prestar os devidos cuidados de enfermagem em situações de doenças raras na idade pediátrica; E 2.4 Providenciar à criança / jovem as várias terapias de enfermagem complementares e suportadas pela evidência científica; E 2.5 Promover a adaptação da criança/ jovem e sua respetiva família à doença crónica, oncológica e às várias deficiências e suas incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

O alívio da dor na idade pediátrica tem um relevo importante (Direção Geral da Saúde, 2010) pois a criança não entende o motivo de estar a sofrer, os pais sofrem com o sofrimento visível dos seus filhos, tornando sem dúvida mais difícil a prestação de cuidados de enfermagem. Tivemos a oportunidade durante os nossos vários estágios de garantirmos a aplicação das várias medidas não farmacológicas e farmacológicas disponíveis de combate à dor.

Tivemos oportunidade ao longo do estágio final de prestar cuidados a crianças com doenças raras, nomeadamente doenças metabólicas e doenças do foro neurológico. Foram consultas que nos colocaram grandes desafios, pois exigiram da nossa parte um conhecimento aprofundado sobre estas patologias no sentido de poder responder às solicitações da criança/família. Realizamos em todas as oportunidades que tivemos ensinamentos com o objetivo primordial de reduzir possíveis descompensações das doenças e assim promover uma melhor qualidade de vida para a criança / família.

No decorrer das consultas realizadas nas CEP, no âmbito da diabetes infantil, doenças pulmonares e neurológicas, desenvolvemos competências na promoção da adaptação da criança/família à doença crónica. Esta competência foi atingida por intermédio do acompanhamento da criança / família ao longo de várias consultas, durante as quais foram reforçados ensinamentos sobre particularidades da patologia em questão, e facilitação na reinserção social da criança, nomeadamente na comunidade escolar.

A terceira competência no âmbito da resposta específica às necessidades nos vários ciclos de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, divide-se em quatro unidades de competências: E3.1 Promover o crescimento e desenvolvimento infantil; E3.2 Promover a vinculação sistemática no caso do RN; E3.3 Comunicação apropriada com a criança e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultural; E3.4 Promover a auto-estima do adolescente e sua auto-determinação nas variadas escolhas relativas à sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

No que diz respeito à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, participamos de modo ativo nas várias consultas de Saúde Infantil e Juvenil, seguindo as diretrizes do PNSIJ realizando ensinamentos e avaliações de acordo com os vários estágios de desenvolvimento no sentido da promoção da saúde. Esta competência foi também demonstrada pelo desenvolvimento do projeto de estágio final o qual teve como prioridade a adequação dos espaços físicos às necessidades psicomotoras das crianças em idade pré-escolar e escolar, favorecendo o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Em cada consulta, em particular na primeira infância transmitimos orientações antecipatórias às famílias sobre os principais meios de maximizarem o

desenvolvimento infanto-juvenil. Para isso também contribuiu o nosso Projeto Final de Estágio, em particular o incentivo a leitura desde os 4 meses de idade, através da disponibilidade de livros e do conto de histórias, e também o incentivo para os pais o fazerem em casa como parte da sua rotina ao deitar, pois verificamos na literatura, de como este ato simples tanto contribui para o desenvolvimento cognitivo da criança (Hutton et al., 2015).

A vinculação tão fundamental para a estabilidade emocional da criança nas várias etapas do seu desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2009), começa a estabelecer-se desde muito cedo e para isso muito contribui os cuidados e ensinamentos prestados pelo enfermeiro especialista em saúde Infantil e pediátrica. Tanto nas visitas domiciliárias por nós realizadas como nas consultas de SIJ na UCF e no HJFF, foi desde muito cedo sempre a nossa preocupação promover a parentalidade, através dos ensinamentos tanto da responsabilidade, como também os cuidados e privilégios que os pais têm em cuidar de um novo ser humano. Para que o desenvolvimento psico-motor da criança atinja a sua plenitude e o processo da parentalidade ocorra sem muitos percalços foi fundamental ensinar aos pais o motivo do choro do recém nascido que pode ser por fome, sono, necessidades primárias, o carinho, ou até mesmo o facto de estar cansado e ter tido um dia excessivamente estimulante, aspeto muitas vezes esquecido pelos pais e profissionais de saúde (Brazelton, 2009).

Com estes conhecimentos em mente, foi um contributo nosso para estimular o comportamento interativo entre pais e filhos, que começa desde os primeiros dias de vida, e vai-se intensificando cada vez mais com o crescimento. O contacto físico, através das massagens, banho, afeto, prestação de cuidados ocorre desde os primeiros dias de vida, e para tal as consultas de SIJ por nós realizadas, funcionam como uma ferramenta para diagnosticar dificuldades e potenciar os pais na parentalidade.

A aquisição da competência da comunicação com a criança e a família, através de uma linguagem simples e apropriada à sua idade, estágio de desenvolvimento e sua cultura, para muito contribuiu os muitos anos de experiência que temos a lidar com a criança/ jovem e com sua família. Com o objetivo de facilitar a comunicação entre o enfermeiro especialista de saúde Infantil e pediátrica, criar uma empatia e facilitar a prestação de cuidados de enfermagem, para muito contribuiu o nosso Projeto de Estágio Final. Através de brinquedos, livros, atividades didáticas por nós implementadas,

facilitamos a nossa comunicação com os nossos principais utentes, apesar das suas idades, culturas, crenças ou estágio de desenvolvimento. No início da nossa comunicação as crianças apresentavam-se ansiosas, com medo, mas após uma pequena brincadeira, apresentarmos um livro, um brinquedo, ou fazermos uns jogos, essa barreira foi logo quebrada, e a nossa prestação de cuidados de enfermagem e até mesmo os nossos ensinamentos foram logo recebidos com maior facilidade e aceitabilidade.

A adolescência é uma idade que oferece grandes desafios para qualquer profissional de saúde como para a própria família (Hockenberry & Wilson, 2011). As consultas de Diabetes Juvenil que realizamos, constituíram grandes desafios que foram sem dúvida ultrapassados, pois reconhecemos que conseguimos comunicar com o adolescente diabético, ajudamo-lo a expressar as suas emoções, frustrações relativamente a sua doença crónica, as dificuldades com que se deparam na sua vida diária, a aceitação da sua imagem corporal tão importante nesta etapa da vida. Para a aquisição destas competências também contribuiu o facto destas consultas serem feitas de modo multidisciplinar, em conjunto com o pediatra, enfermeiro especialista, psicólogo e nutricionista. Nestas consultas, perante a doença crónica com que estivemos a lidar, e visto estar intimamente relacionada com a alimentação e aquisição de hábitos de saúde saudáveis, constituiu sempre um grande desafio incentivar os nossos adolescentes diabéticos para a mudança, e assim promovemos a autoestima e a autodeterminação relativamente à escolha de hábitos de saúde saudáveis, nomeadamente uma alimentação saudável, exercício físico, sono, e a abstinência de hábitos nocivos como o álcool, drogas, tabaco.

4.3 Competências de Mestre

De acordo com o descrito no artigo 15º do decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, referente ao regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, a atribuição do grau de mestre é concedida aqueles que; demonstram deter conhecimentos e capacidade de compreensão de tal forma que baseado nos conhecimentos obtidos, os desenvolva, aprofunde e sirvam como base para desenvolvimentos e ou aplicações originais. Saber aplicar esses conhecimentos compreensão e resolução de problemas perante novas situações, integrar

conhecimentos, gerir questões complexas, incrementar soluções e pareceres em circunstâncias de limitada informação tendo em consideração os aspetos éticos. Comunicar as conclusões e competências que possibilitem uma aprendizagem continua de um modo substancialmente auto-orientado (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro, 2016).

O atual curso de mestrado pressupõe a aquisição das seguintes competências de mestre, com base no artigo referido anteriormente:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro, 2016)

Com base nos conhecimentos adquiridos no curso de licenciatura em enfermagem, na Pós graduação em Urgências e Emergências neonatais e pediátricas, Cursos de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico e Neonatal Europeu, nas várias unidades curriculares do Curso de Mestrado que também incluíram outro Curso de suporte Básico e Avançado de vida Pediátrico, e na experiência profissional de cerca

de 15 anos dedicados à pediatria, fomos desenvolvendo e sedimentando conhecimentos científicos baseados na evidência mais atual que permitiram uma prática de enfermagem atualizada.

Ao longo do desenvolvimento do estágio final e recorrendo aos conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado e toda a pesquisa bibliográfica realizada, elaboramos um artigo de revisão sistemática intitulado, “Estratégias ambientais em instituições de saúde pediátricas promotoras da diminuição da ansiedade na criança e jovem: Uma Revisão Sistemática da Literatura”. Consideramos que foi um tema original que vem dar resposta á muitas necessidades encontradas nos vários serviços por onde estagiamos e trabalhamos, contribuindo assim para uma evolução na prestação de cuidados às nossas crianças. Reconhecemos que conseguimos dar resposta à primeira competência de mestre.

Os conhecimentos previamente obtidos, quer da experiência profissional quer da aquisição de novos conhecimentos por intermédio da realização do curso de mestrado, permitiu-nos a resolução de problemas existentes em áreas para nós não familiares. Como exemplo temos o desenvolvimento da reestruturação do Serviço de Urgência Pediátrica onde exercemos funções. Os resultados positivos e a experiências adquiridos ao longo deste processo foram um contributo importante para o desenvolvimento do Projeto de Estágio Final, aplicando os conhecimentos a contextos diferentes e não familiares.

Durante o estágio final, tivemos a oportunidade de sedimentar e aprofundar conhecimentos previamente adquiridos o que consequentemente permitiu-nos lidar com situações complexas, como por exemplo a colaboração no desenvolvimento do projeto relacionado com dispositivos de administração subcutânea contínua de insulina. Este projeto teve por base a capacitação dos profissionais de saúde da ULSBA no sentido de dar resposta às novas circunstâncias relacionadas com a terapêutica na Diabetes Juvenil, promovendo o princípio de equidade em saúde.

A terceira competência de mestre também foi adquirida através das várias oportunidades no decorrer do nosso estágio final, em prestar cuidados de enfermagem em situações bastante complexas, como por exemplo, crianças com patologia do foro neurológico e com doenças metabólicas, inseridas em contextos sociais precários e

complicados, exigindo de cada enfermeiro envolvido uma reflexão prévia sobre as responsabilidades e implicações éticas na prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem / família nestas circunstâncias.

A elaboração do projeto final de estágio e da revisão sistemática da literatura, em conjunto com todos os conhecimentos adquiridos no decorrer da nossa formação específica de mestrado, permitiu-nos adquirir conhecimentos novos que tivemos a oportunidade de comunicar com os nossos colegas especialistas e não especialistas, através de secções de formação e partilha informal com uma linguagem clara, com o objetivo de melhorar a qualidade de prestação de serviços nos vários locais por onde estagiamos e no local onde trabalhamos como futuros especialistas.

A aquisição de conhecimentos científicos, de modo auto-orientado e autónomo sempre caracterizou a nossa prática diária desde o início da nossa atividade profissional. No entanto, o conhecimento adquirido durante a realização do Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica por intermédio das Unidades Curriculares e realização do Estágio Final com desenvolvimento do projeto baseado na metodologia de projeto, vieram fornecer-nos novas ferramentas e novas competências, que contribuiram para autonomia na aquisição de conhecimentos científicos e trabalho auto-orientado baseada na evidência científica mais atual.

Podemos concluir conscientemente que atingimos as competências de mestre, através da realização de um projeto final de estágio que cria um ambiente propício ao desenvolvimento de todas as potencialidades da criança, enquanto utilizadora das instituições de saúde, tendo como alvo final o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências com vista à excelência profissional como Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

5 - CONCLUSÃO

A concretização do presente relatório revelou-se uma mais valia, sendo que, possibilitou-nos uma análise crítica e reflexiva sobre as intervenções realizadas no decorrer do estágio final bem como da implementação do projeto. Esta análise foi fundamentada na evidencia científica e dados objetivos constatados no decorrer do desenvolvimento e implementação do projeto.

Este relatório permitiu-nos também, uma análise reflexiva das competências comuns de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre, que por si só contribuíram significativamente para o processo de mudança e crescimento pessoal como futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem. Efetuamos uma reflexão crítica sobre a nossa prática diária como enfermeiros, obtendo assim uma perspetiva mais científica e diferenciada do nosso dia-a-dia.

Consideramos importante fazer um resumo de todos os passos e aquisições que atingimos até chegarmos á nossa meta final.

A elaboração de uma revisão sistemática sobre estratégias ambientais em instituições de saúde promotoras da diminuição da ansiedade na criança e jovem, constituiu num verdadeiro desafio, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências no âmbito da pesquisa de evidências científicas e sendo um contributo essencial para uma prática de enfermagem baseada em evidências. Tivemos também a oportunidade de partilhar os resultados, em particular enfermeiros especialistas e não especialistas com quem trabalhamos e onde desenvolvemos o estágio final tendo contribuindo também para o desenvolvimento do projeto de estágio.

O Estágio Final, proporcionou-nos a oportunidade de vivenciar outras realidades de enfermagem na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que ainda não tínhamos tido a oportunidade de experimentar, obter uma visão mais alargada sobre o significado de um Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Pelo número e variedade de situações em novos contextos com as quais tivemos que lidar consideramos ter realizado um estágio proveitoso e enriquecedor. O mesmo permitiu-nos transpor e aplicar no contexto da prática conhecimentos adquiridos ao longo dos anos vividos na Pediatria articulando com as novas aquisições e competências desenvolvidas durante o curso de Mestrado no sentido do aumento da qualidade e excelência na prestação de cuidados à criança / jovem.

A elaboração de um Projeto de estágio, capacitou-nos de um raciocínio de investigação e científico, contribuindo para tal a utilização de uma metodologia de projeto. Reconhecemos que um ambiente adequado ao bem-estar físico e social da criança em idade pré-escolar e escolar, nas várias instituições de saúde por elas frequentadas, permite que a criança reconheça o ambiente como mais familiar e seja facilitador da prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família.

Através do desenvolvimento deste projeto tivemos a oportunidade de sensibilizar os enfermeiros com quem trabalhamos para a importância da criação de espaços adequados às necessidades das crianças na idade pré-escolar e escolar, bem como planear e realizar alterações com vista à redução dos fatores stressores para as crianças, relacionados com as instituições de saúde.

Ao elaborarmos uma reflexão crítica do nosso projeto, podemos dizer que o mesmo respondeu às necessidades sentidas pelos serviços onde estagiamos, permitindo dar uma resposta a estas necessidades baseada na evidência científica e principais benefícios para criança/família. Reconhecemos a existência de algumas limitações que consistiram principalmente nas inevitáveis burocracias relacionadas com a parte económica bem como algumas limitações financeiras o que nos obrigou a um reajuste das estratégias desenvolvidas com vista à concretização do projeto.

O fim desta etapa marca o início de uma nova visão sobre o cuidar em enfermagem e uma intervenção mais proactiva, fundamentada na evidência científica na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assumimos a responsabilidade de continuar e manter o projeto desenvolvido com a perseverança e atitude com que sempre pautamos a nossa atividade profissional.

Consideramos que as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo

este processo contribuíram para o desenvolvimento do autoconhecimento e da melhoria prestação de cuidados com vista a aquisição de um nível de competência de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências da Lisboa*. (Verbo, Ed.).
- American Academy of Pediatrics. (2009). Bonding With Your Baby.
- American Psychological Association. (2018). APA Style. Obtido 20 de Fevereiro de 2018, de <http://www.apastyle.org/>
- Biddiss, E., Knibbe, T. J., & McPherson, A. (2014). The Effectiveness of Interventions Aimed at Reducing Anxiety in Health Care Waiting Spaces. *Anesthesia & Analgesia*, *119*(2), 433–448. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000294>
- Bivar, A. (1948). *Dicionario Geral E Analogico Da Lingua Portuguesa*. (P. Editora, Ed.).
- Brazelton, T. B. (2009). *O grande livro da criança* (11.^a ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Campbell, S., O'Malley, C., Watson, D., Charlwood, J., & Lowson, S. M. (2000). The image of the children's nurse: a study of the qualities required by families of children's nurses' uniform. *Journal of Clinical Nursing*, *9*(1), 71–82. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00347.x>
- Carrondo, E. M. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrada no paradigma salutogénico*.
- Coad, J., & Coad, N. (2008). Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, *12*(1), 33–48. <http://doi.org/10.1177/1367493507085617>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2013). *Research Methods in Education* (7.^a ed.). Routledge.
- Committee on Hospital Care, & Institute for Patient and Family-Centered Care. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, *129*(2), 394–404. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem* (Ordem dos). Genebra.
- Council of Europe. (2011). *Council of Europe guidelines on child-friendly health care*. Council of Europe.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro da Ciência e Tecnologia do Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República, 1ª Série-Nº176 de Setembro (2016).
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*.
- Esteves, C. H., Antunes, C., & Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 697–708. <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0536>
- Filho, J. M. (2015). *Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde*. (FGV, Ed.).
- George, J. B. (2000). *TEORIAS de ENFERMAGEM Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª). Porto Alegre: Artmed.
- Ghazali, R., Abbas, M. Y., & Jalalkamali, N. (2013). Healing Environment in Paediatric Wards: From Research to Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 105, 229–238. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.11.024>
- Global Breastfeeding Collective. (2017). *Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding*. Obtido de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1>
- Gomes, V. L. de O., Backes, V. M. S., Padilha, M. I. C. de S., & Vaz, M. R. de C. (2007). Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXV(2), 108–115.
- Hanna, D. R., & Roy, C. (2001). Roy Adaptation Model and Perspectives on the Family. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 10–13.

<http://doi.org/10.1177/08943180122108148>

Harris, J. L., Roussel, L. A., Thomas, P. L., & Dearman, C. (2015). *Project Planning & Management: A Guide for Nurses and Interprofessional Teams*. Jones & Bartlett Publishers.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong's Fundamentos Enfermagem Pediátrica* (8.^a ed.). Elsevier.

Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, *58*, 70–80.
<http://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>

Hutton, J. S., Horowitz-Kraus, T., Mendelsohn, A. L., DeWitt, T., Holland, S. K., & C-MIND Authorship Consortium. (2015). Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children Listening to Stories. *Pediatrics*, *136*(3), 466–78. <http://doi.org/10.1542/peds.2015-0359>

Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3^a). Lisboa: Escola Superior de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). População residente em 2001-2011, segundo os grupos etários. Obtido de
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros

Komiske, B. K. (2013). *Designing the World's Best Children's Hospitals III: The Future of Healing Environments*. Images Publishing.

Kuzma, K., & Clair, K. St. (2006). *The First 7 Years: Parenting with Strong Values and a Gentle Touch*. (T. Late, Ed.) (ilustrada). Pacific Press Pub. Assoc.

Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development*, *40*(2), 195–204.
<http://doi.org/10.1111/cch.12016>

Laursen, J., Danielsen, A., & Rosenberg, J. (2014). Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, *7*(4), 108–119.
<http://doi.org/10.1177/193758671400700410>

- Le Boterf, G. (2005). *Construir competências: individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. ASA.
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., & Schulte, F. (2016). A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*. <http://doi.org/10.1002/pon.4149>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 143. <http://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Lopes, F. M. B. A. (2015). *O AMBIENTE HOSPITALAR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*. Universidade Católica Portuguesa.
- Macedo, L., Silva, G., & Setúbal, S. (2015). Pediatric Hospital: The Paradigms of Play in Brazil. *Children*, 2(1), 66–77. <http://doi.org/10.3390/children2010066>
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Delahanty, D. L., F. Widaman, K., & Barakat, L. P. (2014). Posttraumatic Stress Following Acute Medical Trauma in Children: A Proposed Model of Bio-Psycho-Social Processes During the Peri-Trauma Period. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 399–411. <http://doi.org/10.1007/s10567-014-0174-2>
- Mateus, M. do N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*, 3, 3–16.
- Medeiros, L. P. de, Souza, M. B. da C., Sena, J. F. de, Melo, M. D. M., Costa, J. W. S., & Costa, Ii. K. F. (2015). Roy Adaptation Model: integrative review of studies conducted in the light of the theory. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(1), 132–140. <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100017>
- Mestrinho, M. de G. (2008). Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. Um quadro de análise. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 12.
- Monti, F., Agostini, F., Dellabartola, S., Neri, E., Bozicevic, L., & Pocecco, M. (2012). Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*, 32(3), 216–224. <http://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.03.001>
- Norton-Westwood, D. (2014). *The adolescent's Hospital Experience: Preferences for*

Environmental Design. The University of Adelaide.

- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro-Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (2011). Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Pub. L. No. Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro-Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011).
- Ordem dos Enfermeiros. Decreto Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 181 (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Pub. L. No. Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho-Diário da República, 2.ª Série-N.º 119 (2015).
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança - 11.ed.: Da Infância à Adolescência* (11ª). McGraw Hill.
- Phillip Park, J. G., & Park, C. (2013). Color Perception in Pediatric Patient Room Design: American versus Korean Pediatric Patients. *HERD*, 6(4), 10–26. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24089179>
- Pillitteri, A. (2009). *Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family* (6.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Porto Editora. (2018). ambiente in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Obtido 2 de Fevereiro de 2018, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ambiente?express=ambiente+terapeutico>
- Potter, P. (2014). *Fundamentos de Enfermagem* (8.ª ed.). Elsevier Brasil.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., & Thofehrn, M. B. (2014). Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 530–539. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>

- Roohafza, H., Pirnia, A., Sadeghi, M., Toghianifar, N., Talaei, M., & Ashrafi, M. (2009). Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of clinical nursing*, 18(13), 1953–9. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02745.x>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, (15), 1–37.
- Sakallaris, B. R., Macallister, L., Voss, M., Smith, K., & Jonas, W. B. (2015). Optimal Healing Environments. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(3), 40–45. <http://doi.org/10.7453/gahmj.2015.043>
- Schalkers, I., Dedding, C. W. M., & Bunders, J. F. G. (2015). ‘[I would like] a place to be alone, other than the toilet’ - Children’s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*, 18(6), 2066–2078. <http://doi.org/10.1111/hex.12174>
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child’s perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 15(2), 99–106. <http://doi.org/10.1177/1367493510397624>
- Stigar, R., Hauer, R. D., Moraes, S. H., Piemonte, M. da R., Souza, S. J. P. de, & Ruthes, V. R. (2016). A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO NOVO PARADIGMA DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE SAÚDE. *Revista Gestão & Saúde*, 14(1), 22–30.
- Swanson, K. M., & Wojnar, D. M. (2004). Optimal Healing Environments in Nursing. *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE*, 10(1), 43–48.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2º). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Thompson, E. D., & Ashwill, J. W. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica* (6ª). Porot Alegre: Artes médicas.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *TEORICAS DE ENFERMAGEM E A SUA OBRA: MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM* (5ª). Lusodidacta.

- Tremarin, R. A., Gawleta, F., & Rocha, D. L. B. (2009). A TEORIA DA ADAPTAÇÃO SUSTENTANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: UM ESTUDO DE CASO. *Cogitare Enfermagem*, 14(3). <http://doi.org/10.5380/ce.v14i3.16192>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., ... Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*, 1(3), 61–125. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21161908>
- United Nations. (1948). United Nations Universal Declaration of Human Rights. Obtido 21 de Outubro de 2017, de <http://www.jus.uio.no/lm/un.universal.declaration.of.human.rights.1948/portrait.a4.pdf>
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599–613. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>
- Visekruna, S., McGillis Hall, L., Parry, M., & Spalding, K. (2017). Intersecting Health Policy and the Social Determinants of Health in Pediatric Type 1 Diabetes Management and Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 62–69. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.001>
- Water, T., Wrapson, J., Tokolahi, E., Payam, S., & Reay, S. (2017). Participatory art-based research with children to gain their perspectives on designing healthcare environments. *Contemporary Nurse*, 1–18. <http://doi.org/10.1080/10376178.2017.1339566>
- Wilkins, L. W. &. (1992). *Notes on Nursing: What it Is, and what it is Not*. (L. W. & Wilkins, Ed.) (reimpressã).
- World Health Organization. (2018). Health. Obtido 14 de Fevereiro de 2018, de <http://www.who.int/suggestions>

ANEXOS

Anexo 1 – Creditação de Contexto Profissional



Termo de Deliberação

Creditação de Contexto Profissional
(Reapreciação)

Nome: Emanuel de Moura Garcês
Número: 38339
Grau: Mestrado
Curso: Enfermagem (cód. 524)
Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Termo n.º: 601.2016.1

Creditação de competências profissionais proposta de acordo com o exposto no Regulamento de Creditações da Universidade de Évora em vigor à data da atribuição da creditação.

Creditação por Unidades Curriculares

Código	Nome	ECTS	Área Científica	Nota
ENF11327	Estágio I	8	Enfermagem	

Total de ECTS creditados em UC: 8

Total de ECTS por creditação: 8

Parecer da Comissão de Curso, por João Manuel Galhanas Mendes:

Creditação proposta a 30 de novembro de 2016

Homologação do Presidente do Conselho Científico da Escola/IIFA:

Homologado a 30 de novembro de 2016

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	1	8	0	9	9
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, Prof.ª Doutora Sandra Leandro e Prof. Doutor Manuel Agostinho Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados*" do investigador **Emanuel de garcês** (mestrando) e Prof.ª Doutora Maria Gabriela Calado (responsável académico).

Universidade de Évora, 20 de Março 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da ULSBA



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 01/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 10.01.2018 (Ata n.º2, Ponto 5.1)**

“Aos oito dias do mês de janeiro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção, Garantia da Qualidade, Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica.-----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««PONTO QUATRO – EDOC/62756 – Projeto «Adequação dos espaços em contexto pediátrico», a realizar pelo Enf.º Emanuel de Moura Garcés. -----
A Comissão de Ética deu parecer favorável. ----- (...)”

Beja, 16 de janeiro de 2018

A Presidente da Comissão de Ética

Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt . www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de sessão – Epilepsia

Plano Sessão

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação do preletor Apresentação do tema	Expositivo	Projedor	Enf. Emanuel Garcês Dr ^a . Fátima Furtado	5
Desenvolvimento	Epilepsia <ul style="list-style-type: none"> • Crises epiléticas • Causas • Classificação e tipos de crises • Como atuar • Videos 	Expositivo	Projedor	Enf. Emanuel Garcês	30
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo	Projedor	Enf. Emanuel Garcês	5
	Discussão			Enf. Emanuel Garcês Dr ^a Fátima Furtado	10
Tempo Total: 50'					

Sessão

Nome da ação

Crises epiléticas

Destinatários

Funcionários do Agrupamento Escolas Vidigueira

Preletor

Enfermeiro Emanuel Garcês

Dr^a Fátima Furtado

Local

Auditório Agrupamento Escolas da Vidigueira

Duração

A apresentação terá a duração de 50 minutos.

Data e horário


Dia 16/01/2018 às 15 horas.

Objetivos

Geral:

Aumentar os conhecimentos comunidade escolar sobre a epile

Apêndice II – Apresentação PowerPoint Epilepsia na Escola



Epilepsia Escola

+ Crise epiléptica

- Alteração súbita de comportamento resultante de uma descarga síncrona, anómala e excessiva de uma população de neurónios.
- As mensagens cerebrais são temporariamente interrompidas ou trocadas.
- Estas alterações podem reflectir-se a nível do tonus muscular, alterações do estado mental ou outros sintomas psíquicos.

+ Epilepsia



Síndrome médica na qual existe alteração cerebral caracterizada por uma predisposição permanente para gerar crises epilépticas repetidas.

+ Causas

Idiopáticas – predisposição genética

Sintomáticas – causa estrutural ou metabólica conhecida

Multiplicidade de causas

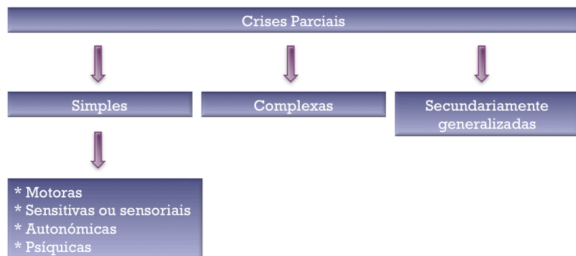
+ O que não é epilepsia:

- **Espasmos do choro**
"ir atrás do choro" (6 M – 4 A , +até 18 M) – pálida /cianótica
- **Lipotimia** = "desmaio"
- **Vertigem paroxística benigna**
- **Perturbações do sono**
(Bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos, pesadelos)
- **Criança distraída**

+ Classificação das crises epilépticas

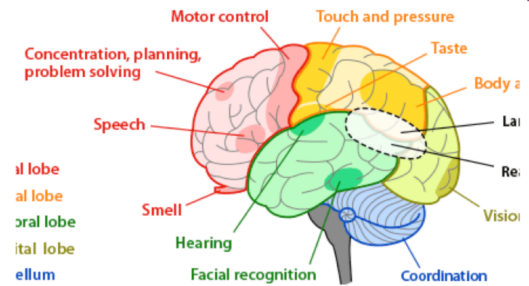
- Crises parciais
- Crises generalizadas
- Crises não classificadas

+ Classificação das crises epiléticas



+ Crises parciais

Sintomas em função do foco

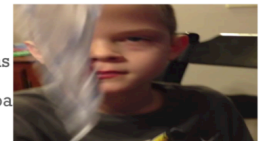


+ Classificação das crises epiléticas



+ Ausências

- Lapso da consciência algumas vezes associado a olhar fixo
- Incio e fim subitoo
- Muito comum em crianças
- Podem ser muito curtas pa despercebidas



+ Ausências



+ Atónicas

- Perda abrupta do tonus muscular
- Crises de queda
- Em alguns casos, apenas queda da cabeça



+ O que fazer perante uma crise?



Manter a calma!

A nossa atitude vai marcar a reacção das outras pessoas.

+ O que fazer perante uma crise?

- Saber reconhecer
- Saber descrever
- Saber actuar

+ O que fazer perante uma crise?

- Afastar a criança dos perigos;
- Desapertar vestuário, especialmente no pescoço;
- Amparar a cabeça;
- Limpar a saliva;
- Decúbito lateral para evitar aspiração (quando parar a crise);
- Manter a calma e observar o decorrer dos eventos, controlar periodicamente a duração da crise (relógio);
- Se crise superior a 5 minutos chamar ambulância;

+ O que fazer perante uma crise?

- Tranquilize quem a rodeia;
- Acompanhe a pessoa até recuperar;
- Converse com ela quando acordar.



+ O que não fazer?

- Deslocar a pessoa;
- Imobilizar os movimentos convulsivos;
- Restringir o doente em caso de agitação;
- Forçar a abertura das mãos;
- Dar de beber ou comer;
- Massagem cardíaca;
- Reanimação respiratória;
- Forçar a abertura da boca ou proteger a língua.



+ Como descrever a crise

O que a pessoa estava a fazer ...

Como começou ...

Que partes do corpo envolveu ...

Qual a sequência ...

Quanto tempo durou ...

Como foi o pós-crise ...

+

Learn about Seizure First Aid



+

Quando é preciso ir ao hospital?

- Se se tratar de uma primeira convulsão;
- Se a convulsão durar mais de 10 minutos;
- Se a convulsão se repetir antes de a pessoa recuperar a consciência.



+

Estado de mal epiléptico



- Convulsão generalizada com uma duração de 30 minutos ou mais.
- Convulsões repetidas num período de 30 minutos em que no intervalo entre as mesmas o doente não chega a recuperar o estado de consciência.

+

Estado de mal epiléptico



- Convulsões superiores a 5 minutos poderão não parar espontaneamente.
- Cerca de 5% das convulsões febris evoluem para estado de mal epiléptico.

+

OBRIGADO

Apêndice III – Questionário Diagnóstico de Situação

Questionário Sociodemográfico e de Diagnóstico sobre a necessidade de adequação dos espaços de prestação de cuidados de enfermagem às crianças na idade pré-escola e escolar.

Ao longo dos últimos anos tem surgido um maior interesse no impacto dos ambientes hospitalares sobre o bem-estar psicossocial das crianças, sendo que estas experimentam os ambientes hospitalares não só como espaços clínicos mas também como espaços sociais e exigem atividades recreativas adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor. As crianças nas idades pré escolar e escolar encontra-se em especial risco sendo as mais afetadas por alteração das suas rotinas familiares, contacto com estranhos e tratamentos dolorosos.

Este questionário pretende obter de uma forma mais objetiva a opinião da equipa de Enfermagem quanto à pertinência e necessidade da reestruturação/adequação dos espaços físicos do seu local de prestação de cuidados, para as crianças na idade escolar e pré-escolar. Os dados serão utilizados como instrumento de trabalho no planeamento do projeto a implementar. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos.

PARTE I

Dados Sociodemográficos

Idade	21-30	31-40	41-50	51-60				
Género	M	F						
Anos de serviço	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria	Sim	Não						

PARTE II

Percepção sobre a Adequação dos Espaços

	Sim	Não
Considera o ambiente físico nos locais da zona de espera e de prestação de cuidados importantes na saúde e bem estar da criança?		
Alguma vez teve formação ou assistiu a alguma comunicação livre específica relacionada com a temática acima referida?		
Considera que o receio e ansiedade manifestados por muitas crianças na idade pré-escolar e escolar que recorrem ao seu serviço poderiam ser minimizados com o um ambiente físico adequado às suas necessidades psicomotoras e estágio de desenvolvimento?		

Por favor, responda às perguntas que se seguem, utilizando a seguinte escala de 1 a 4

1	2	3	4
Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Irrelevante

Classifique quanto á sua importância as seguintes estratégias para adequação dos espaços de prestação de cuidados de enfermagem ás crianças em idade pré escolar e escolar.

	1	2	3	4
1 Utilização de cores neutras e suaves que transmitam um ambiente relaxante e descontraído				
2 O uso de desenhos e imagens coloridas nas paredes adaptados ao estágio de desenvolvimento das crianças				
3 Disponibilização de brinquedos e atividades lúdicas				
4 Um espaço reservado que permita interação com as outras crianças				
5 Aproveitamento do espaço exterior disponível para criação de um parque infantil.				
6 Participação das próprias crianças na decoração do seu espaço.				
7 Utilização por parte dos enfermeiros de um fardamento colorido com uma cor adequada á idade pediátrica em substituição da tradicional bata branca.				

Tendo em consideração o seu local de trabalho, quais destas estratégias considera mais importantes a implementar/melhorar no seu serviço?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
Selecione com um X a estratégia(s) correspondentes à questão anterior.													

Grato pela colaboração

Emanuel Garcês

Apêndice IV – Cronograma

	Mês / Quinzena											
	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro	
Atividades Planeadas	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Diagnóstico situação												
Reunião com enfermeiras chefes e equipa de enfermagem												
Reunião com enfermeiro supervisor e prof. orientador												
Revisão bibliográfica												
Definição de objetivos												
Definição de estratégias e planeamento das atividades												
Execução/implementação e avaliação das atividades planeadas												
Elaboração do relatório												

Apêndice V – Plano de sessão USF

Plano Sessão

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação do preletor Apresentação do tema	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	5
Desenvolvimento	<p>Projeto de reformulação da sala de espera para as crianças da USF Alfa Beja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente terapêutico/ambiente hospitalar • Criança e hospitalização • Evidência científica sobre preferências das crianças • Apresentação de sugestões para melhoria do espaço reservado às crianças • Recursos disponíveis e custos 	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	20
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	5
	Discussão			Emanuel Garcês	10
Tempo Total: 40'					

Sessão

Nome da ação

Projeto de reformulação - Sala de espera para a saúde infantil

Destinatários

Profissionais de saúde USF Alfa Beja

Preletor

Enfermeiro Emanuel Garcês

Local

Unidade Local de Saúde Alfa Beja

Duração

A apresentação terá a duração de 40 minutos.

Data e horário

Dia 13/10/2017 às 13 horas.

Objetivos

Geral:

Apresentar projeto de intervenção na USF Alfa Beja;

Específicos:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de um ambiente seguro e personalizado para as crianças na sala de espera da USF Alfa Beja.

- promover a partilha de saberes e opiniões dos profissionais de saúde sobre o projeto de reformulação da sala de espera para as crianças da USF Alfa Beja.

Apêndice VI – Plano de sessão CEP

Plano Sessão

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação do preletor Apresentação do tema	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	5
Desenvolvimento	<p>Projeto Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criança e instituições de saúde • Evidência científica sobre preferências das crianças • Apresentação de sugestões para melhoria do espaço reservado às crianças • Recursos disponíveis e custos 	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	20
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo	Projektor	Emanuel Garcês	5
	Discussão			Emanuel Garcês	10
Tempo Total: 40'					

Sessão

Nome da ação

Projeto Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados.

Destinatários

Enfermeiros da CEP

Preletor

Enfermeiro Emanuel Garcês

Local

Unidade Local de Saúde Alfa Beja - CEP

Duração

A apresentação terá a duração de 40 minutos.

Data e horário

Dia 15/11/2017 às 10 horas.

Objetivos

Geral:

Apresentar projeto de intervenção na CEP;

Específicos:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de um ambiente seguro e personalizado para as crianças na idade pré-escolar e escolar

- Promover a partilha de saberes e opiniões dos profissionais de saúde sobre o projeto de adequação dos espaços da CEP

Apêndice VII – Avaliação Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema:	Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados.
--------------	---

Formador:	Enfermeiro Emanuel Garcês
------------------	---------------------------

Considerando a escala de 1 a 5, sendo o 1 o valor mais baixo e o 5 o valor mais elevado, classifique a sessão de formação assinalando com um círculo o número que mais reflete a sua opinião.

	1	2	3	4	5
Metodologia utilizada					
Clareza da apresentação					
Conteúdos abordados					
Resposta às necessidades					
Aquisição de novos conhecimentos					

AVALIAÇÃO DA EFECÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

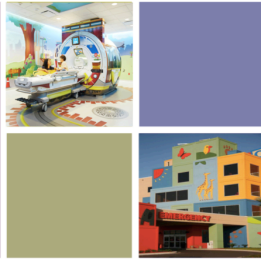
Objetivos específicos	Atingiu	Não atingiu
Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de um ambiente seguro e personalizado para as crianças na sala de espera da USF Alfa Beja.		
promover a partilha de saberes e opiniões dos profissionais de saúde sobre o projeto de reformulação da sala de espera para as crianças da USF Alfa Beja.		

O enfermeiro responsável pela formação _____

Apêndice VIII– Formação USF/CEP



Projeto Adequação dos Espaços em Pediatria



Emanuel Garcês
Abril 2017

+ Ambiente Adequado

- Um sistema de saúde que é projetado para estimular e apoiar a capacidade de cura e prevenir a doença tendo consideração os componentes:



+ Ambiente Terapêutico

- Proteger fisicamente as pessoas dos agentes stressantes e dolorosos
- Proporcionar uma estimulação sensorial agradável e atrativa
- Promover o desenvolvimento psico-motor da criança



+ Enfermagem e Ambiente

- Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna século XIX, foi pioneira nas preocupações com as questões ambientais, tendo descrito nas suas notas de enfermagem o dever do enfermeiro colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir sobre ele ou ela.
- O Enfermeiro deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo, promover a implementação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para prevenir danos aos utentes e profissionais, utilização de técnicas apropriadas na comunicação com criança/jovem e família, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, e utilização de estratégias motivadores da criança/jovem e família na sua participação no processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, 2011b).

+ Instituições de saúde e a Criança

Potenciais geradores de medo e stress para a criança com potencial de tornar o contato num processo emocionalmente traumático muitas vezes com repercussões significativas para o resto da vida.



+ Instituições de saúde e a Criança

- Ambiente desconhecido,
- Pouco acolhedor,
- Pessoas desconhecidas,
- Outras crianças que não conhece,
- Regras diferentes
- Restrições de movimentos
- Antecipação de procedimentos dolorosos
- Intervenções dolorosas provocadas por estranhos



+ Instituições de saúde e a Criança

Efeitos negativos

Desenvolvimento	Manifestação de comportamentos regressivos
Relação profissional de saúde criança/família.	
Expressões emocionais negativas	
Prolongar e atrasar intervenções	
Reduzir a satisfação do utente/ família	



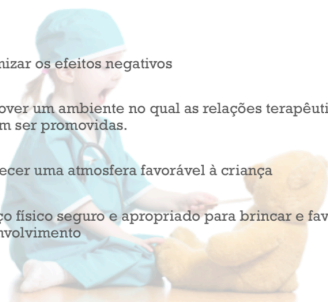
+ Instituições de saúde e a Criança

- As crianças experimentam os ambientes hospitalares não só como espaços clínicos mas também como espaços sociais e exigem atividades recreativas adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor.
- Crianças de todas as idades desejam que as instituições de saúde sejam locais divertidos, lhe permitam conhecer outras crianças e experimentem atividades e ambientes divertidos.



+ Preocupação

- Minimizar os efeitos negativos
- Promover um ambiente no qual as relações terapêuticas podem ser promovidas.
- Favorecer uma atmosfera favorável à criança
- Espaço físico seguro e apropriado para brincar e favorecer o desenvolvimento



+ Importancia da Sala de Espera

Na sua maioria são o primeiro contato com uma instituição de saúde e muitas vezes associadas a sentimentos de tédio e ansiedade

- Através de salas de espera bem desenhadas torna-se possível a redução da ansiedade sendo que a gestão da mesma, deve estar no centro dos objetivos quando se elabora um espaço de espera para as crianças nas instituições de saúde, promovendo sensações de relaxamento, distração, escape e prazer desviando a atenção do ambiente hospitalar que o rodeia



+ Preferência das crianças

- uso efetivo, eficiente e criativo do espaço.
 - como por exemplo a utilização do teto para exposições visuais e o chão como espaço para jogar
- móveis e estruturas criativas,
- decoração imaginativa, moderna e naturalista
- cores por todo o lado
- elementos da natureza na decoração interior, trazendo o exterior para dentro
- jogos e brinquedos adequados à idade



+ Vantagens

- menor ansiedade e dor nos pacientes e afeta a percepção do tempo real de espera
- Níveis de satisfação mais elevados
- Incentivar a interação e melhorar a comunicação
- Não prejudicar e estimular o desenvolvimento psicomotor da criança
- Ambiente seguro
- Melhores resultados clínicos
- Aumento da satisfação pessoal e profissional

+ Vantagens

A visita a uma instituição de saúde vai além do encontro inicial, esta fica gravada nas nossas memórias sendo que as experiências negativas e positivas deste encontro irão influenciar a forma como percebemos e reagimos em futuras visitas.

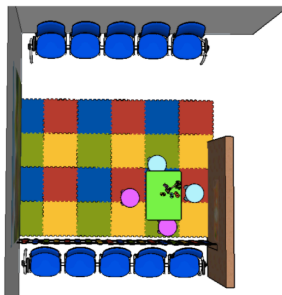
Assegurar ambientes acolhedores e convidativos podem influenciar não só no imediato mas a longo prazo o bem estar das crianças e suas famílias



+ Bibliografia

- Campbell, S., O'Malley, C., Watson, D., Charwood, J., & Lewson, S. M. (2000). The image of the children's nurse: a study of the qualities required by families of children's nurses' uniform. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 71-92. <http://doi.org/10.1196/j.1365-2702.2000.00347.x>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18675858>
- Harris, J. L., Rousseel, L. A., Thomas, P. L., & Dearman, C. (2015). *Project Planning & Management: A Guide for Nurses and Interprofessional Teams*. Jones & Bartlett Publishers.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57-71. <http://doi.org/10.1177/1367493512473852>
- Laursen, J., Danielsen, A., & Rosenberg, J. (2014). Effects of environmental design on patient outcome: a systematic review. *HERO*, 7(3), 138-19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25303431>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 143. <http://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Mateus, M. do N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projeto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: Revista de Educação*, 3, 3-16.
- Monteiro, M. A. J. (2003). *Percursos de Cuidados Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. UNIVERSIDADE DO PORTO. Retrieved from https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10460/7/10117_TM_01_P.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento nº 123/2011 (2011). Portugal: Diário da República.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, I. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37.

+ Proposta USF



+ Sugestão



+ Sugestão



+ Proposta CEP



Apêndice IX – Proposta USF Alfa Beja

USF- ALFA Beja

O contacto com as instituições de saúde resulta em muitos casos, numa mudança profunda na qual a criança entra num mundo de visões, cheiros, sons estranhos e desconhecidos. As crianças experimentam os ambientes hospitalares não só como espaços clínicos, mas também como espaços sociais, necessitando de atividades lúdicas, adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor, afetivo e social. As instituições de saúde e principalmente os hospitais, são percebidos pelas crianças como lugares estranhos, desconhecidos autoritários e de enormes dimensões que levam a que muitas vezes as mesmas se sintam solitárias, tristes, preocupadas, entediadas e assustadas no ambiente hospitalar (Water et al., 2017). De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento das crianças, a sua imaginação pode transportá-las para lugares maravilhosos ou contribuir para sentimentos de stress e ansiedade quando confrontados com um ambiente desconhecido (Norton-Westwood, 2014).

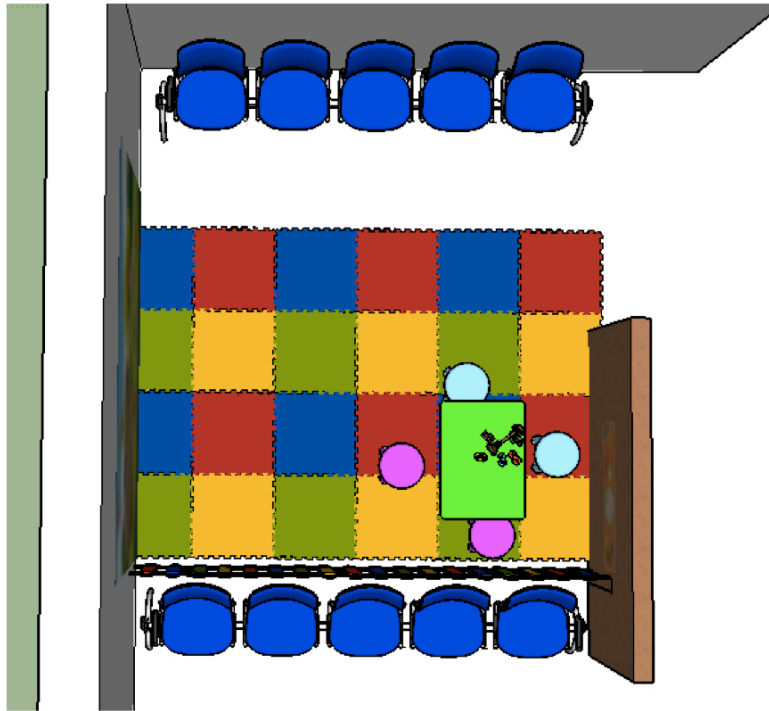
As crianças em especial, respondem de forma diferente aos eventos stressantes, em função do seu nível de desenvolvimento e maturidade cognitiva, social e de personalidade. As crianças na idade pré-escolar e escolar são as que apresentam evidências de maiores níveis de sofrimento ligado à separação da família manifestando efeitos emocionais e comportamentais adversos que poderão manifestar-se até um ano após o contacto (Monti et al., 2012).

A humanização das instituições de saúde em pediatria apresenta-se como uma estratégia que contribui de forma positiva para a redução dos efeitos adversos provocados pelo contacto com as instituições de saúde nas crianças. Esta deverá estar alicerçada em quatro dimensões a melhoria dos cuidados de saúde ao utente pediátrico, melhoria da comunicação interpessoal entre todos os agentes hospitalares, a melhoria das condições de trabalho e a melhoria do ambiente hospitalar (Esteves, Antunes, & Caires, 2014). O ambiente hospitalar é um alicerce para a humanização nos serviços de saúde, atuando positivamente na reestruturação dos serviços e podendo produzir ganhos em saúde (Ribeiro, Gomes, & Thofehn, 2014). O ambiente hospitalar pode ter um impacto importante nos níveis de ansiedade e dor dos pacientes e suas famílias, podendo reduzir significativamente os custos e ao mesmo tempo emponderar utentes e famílias na gestão da sua ansiedade e dor (Laursen, Danielsen, & Rosenberg, 2014).

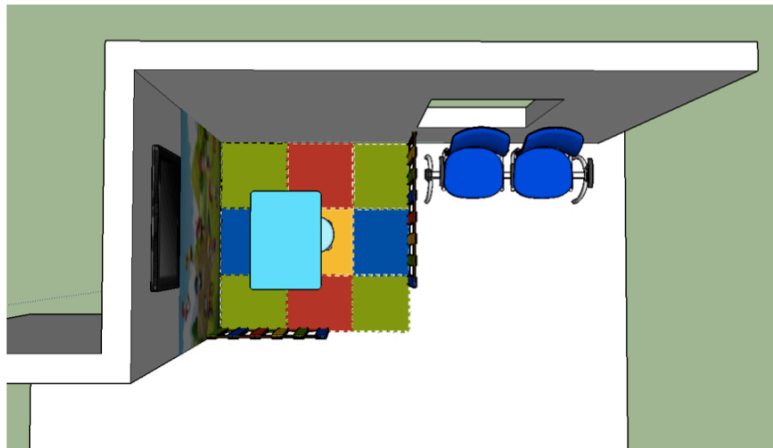
Os efeitos traumáticos, geradores de stress e ansiedade que poderão advir do contacto com as instituições de saúde encontram-se amplamente descritos na bibliografia e poderão ter repercussões que em muitos casos permanecem até à idade adulta. Todas as medidas que possam contribuir para a minimização destes efeitos são de extrema importância na sentido da proteção da criança contribuindo para um ambiente mais humanizado e facilitador da relação criança enfermeiro.

**Proposta sala de espera
USF Beja**





**Proposta sala de espera
USF Baleizão**



Orçamento para aplicação de vinil - Baleizão

Gança, Passeres e Rebelo, Lda
Contribuinte N.º 509706331

Pág. 1/1

Rua Cidade de São Paulo
Beja
7800-453 Beja
Telex: +351 284326402 Fax:

Capital Social: 5.000,00 EUR
Cons. Reg. Com. Beja
Matricula N.º 509706331

ganc@tpr.com.pt / www.tpr.com.pt
NIB 0010-0000-40108310001-85

Exmo.(s) Sr.(s)
ULS&A
Rua Dr.º António Fernando C. Lima
BEJA
7800-309 Beja

Orçamento ORC 2017/1698

Original

N.º F. Contrib.	Requisição	Moeda	Câmbio	Data			
509706331		EUR	1,00	2017-10-23			
Desc. Cl.	Desc. Fil.	Vencimento	Condição Pagamento				
0,00	0,00	2017-12-22	Fatura a 60 dias				
Artigo	Descrição	Qtz.	Un.	Pr. Unitário	Desc.	IVA	Valor
RV/PVCMM	PLACA PVC 3MM 1670x1100mm	1,84	M2	11,5000	0,00	23,00	21,16
RV/VINLPRINT	VINIL DE IMPRESSÃO 1670x1100mm	1,84	M2	20,0000	0,00	23,00	36,80
RV/PVCMM	PLACA PVC 3MM 1670x1000mm	1,67	M2	11,5000	0,00	23,00	19,21
RV/VINLPRINT	VINIL DE IMPRESSÃO 1670x1000mm	1,67	M2	20,0000	0,00	23,00	33,40

Emittido por Programa Certificado N.º 0030/AT (Este documento não serve de fatura) / ORC: 2017/1698 / D: PRIMAVERA 855 /

Quadro Resumo de Impostos				Mercadorias/Serviços	
Taxa/Valor	Incid./Qtd.	Total	Motivo Isenção	Descuento Comercial	Descuento Financiero
IVA (23,00)	110,57	25,43		0,00	0,00
				Formas	0,00
				Outros Serviços	0,00
				Adiantamentos	0,00
				IS/OUTRAS Contribuições	0,00
				IVA	25,43
				Acerto	0,00

Carga	Descarga	Total (EUR)
N.º Morada - 2017-09-23 / 23-42	V/ Morada	136,00
Rua Cidade de São Paulo	Rua Dr.º António Fernando C. Lima	
Beja	BEJA	
7800-453 Beja	7800-309 Beja	
Portugal (Beja)	Portugal (Beja)	

Apêndice X – Proposta CEP

Proposta CEP

O contacto com as instituições de saúde resulta em muitos casos, numa mudança profunda na qual a criança entra num mundo de visões, cheiros, sons estranhos e desconhecidos. As crianças experimentam os ambientes hospitalares não só como espaços clínicos, mas também como espaços sociais, necessitando de atividades lúdicas, adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor, afetivo e social. As instituições de saúde e principalmente os hospitais, são percebidos pelas crianças como lugares estranhos, desconhecidos autoritários e de enormes dimensões que levam a que muitas vezes as mesmas se sintam solitárias, tristes, preocupadas, entediadas e assustadas no ambiente hospitalar (Water et al., 2017). De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento das crianças, a sua imaginação pode transportá-las para lugares maravilhosos ou contribuir para sentimentos de stress e ansiedade quando confrontados com um ambiente desconhecido (Norton-Westwood, 2014).

As crianças em especial, respondem de forma diferente aos eventos stressantes, em função do seu nível de desenvolvimento e maturidade cognitiva, social e de personalidade. As crianças na idade pré-escolar e escolar são as que apresentam evidências de maiores níveis de sofrimento ligado à separação da família manifestando efeitos emocionais e comportamentais adversos que poderão manifestar-se até um ano após o contacto (Monti et al., 2012).

A humanização das instituições de saúde em pediatria apresenta-se como uma estratégia que contribui de forma positiva para a redução dos efeitos adversos provocados pelo contacto com as instituições de saúde nas crianças. Esta deverá estar alicerçada em quatro dimensões a melhoria dos cuidados de saúde ao utente pediátrico, melhoria da comunicação interpessoal entre todos os agentes hospitalares, a melhoria das condições de trabalho e a melhoria do ambiente hospitalar (Esteves, Antunes, & Caires, 2014). O ambiente hospitalar é um alicerce para a humanização nos serviços de saúde, atuando positivamente na reestruturação dos serviços e podendo produzir ganhos em saúde (Ribeiro, Gomes, & Thofehn, 2014). O ambiente hospitalar pode ter um impacto importante nos níveis de ansiedade e dor dos pacientes e suas famílias, podendo reduzir significativamente os custos e ao mesmo tempo emponderar utentes e famílias na gestão da sua ansiedade e dor (Laursen, Danielsen, & Rosenberg, 2014).

Os efeitos traumáticos, geradores de stress e ansiedade que poderão advir do o contacto com as instituições de saúde encontram-se amplamente descritos na bibliografia e poderão ter repercussões que em muitos casos permanecem até à idade adulta. Todas as medidas que possam contribuir para a minimização destes efeitos são de extrema importância na sentido da proteção da criança contribuindo para um ambiente mais humanizado e facilitador da relação criança enfermeiro.



Apêndice XI– Consentimento

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**
(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo:

Adequação dos espaços em contexto pediátrico: Uma estratégia de Enfermagem à participação da criança/família no processo de cuidados.

Enquadramento: No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Pretendendo-se adequar os espaços, às necessidades dos utentes pediátricos destas faixas etárias, promovendo um ambiente de descontração, apropriado à comunicação com a criança/família, onde possam ser desenvolvidas estratégias motivadoras direcionadas à criança/família, tendo como finalidade a sua participação no processo de cuidados. Os efeitos traumáticos, geradores de stress e ansiedade que poderão advir do contacto com as instituições de saúde encontram-se amplamente descritos na bibliografia e poderão ter repercussões que em muitos casos permanecem até à idade adulta. Todas as medidas que possam contribuir para a minimização destes efeitos são de extrema importância no sentido da proteção da criança contribuindo para um ambiente mais humanizado/adequado e facilitador da relação criança/família e enfermeiro.

Explicação do estudo:

Este estudo será realizado a partir da análise de um questionário a ser aplicado durante o estágio final do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este questionário tem como temática a adequação dos espaços em contexto pediátrico, e pretende caracterizar a opinião dos enfermeiros relativamente à importância das várias intervenções estruturais realizadas no sentido da adequação dos espaços físicos em idade pré-escolar e escolar e quais as intervenções de maior pertinência. A confidencialidade e o anonimato dos dados são garantidos, servindo os mesmos apenas o propósito académico e a tentativa de melhorar continuamente o serviço e a equipa, indo ao encontro das expectativas da população.

Confidencialidade e anonimato:

As informações obtidas a partir do preenchimento dos questionários serão de acedidas exclusivamente pelo responsável do estudo. Nos questionários a serem aplicados não serão requisitadas informações que possam levar à identificação dos utentes ou familiares, sendo garantido a total anonimato aos quais os mesmo dizem respeito.

Grato pela sua colaboração
O responsável - Emanuel Garcês
E-mail – himanage@hotmail.com

Assinatura:

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:
Assinatura:... .. **Data:** /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA O INVESTIGADOR , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Apêndice XII– Revisão Sistemática da Literatura



Estratégias ambientais em instituições de saúde pediátricas promotoras da diminuição da ansiedade na criança e jovem: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Environmental Strategies in Pediatric Health Institutions Promoting the Reduction of Anxiety in Children and Young People: A Systematic Review of Literature

Autores:

Emanuel Garcês: Licenciado em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Viseu, Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital José Joaquim Fernandes, EPE, em Beja, himanage@gmail.com [himanage@gmail.pt](mailto:himanage@gmail.com)

Gabriela Calado: Professora Coordenadora, Departamento de Enfermagem Universidade de Évora, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mcalado@uevora.pt

Correspondência: [himanage@gmail.pt](mailto:himanage@gmail.com)

Évora

Janeiro 2018

Resumo:

Objectivo: As crianças e jovens nas instituições de saúde manifestam ansiedade, associada a períodos de recuperação prolongados, baixos limiares da dor, resistência ao tratamento e pesadelos. O objectivo desta revisão consiste em identificar métodos para a redução da ansiedade das crianças nas instituições de saúde. **Metodologia:** Realizamos uma pesquisa sistemática da literatura tendo sido incluídos 9 artigos que foram classificados quanto aos níveis de evidência e qualidade de acordo com as grelhas de avaliação do Instituto Joana Briggs. **Resultados:** A análise dos artigos demonstrou existirem múltiplas ferramentas eficazes na diminuição dos níveis de ansiedade das crianças nas instituições de saúde. **Conclusão:** Com base nesta revisão sistemática foi possível identificar estratégias que transformam os ambientes das instituições de saúde mais amigáveis para as crianças, contribuindo para a redução dos seus níveis de ansiedade.

Palavras-chave: Pediátrico, ansiedade, ambientes e crianças.

Abstract:

Objective: Children and young people at health facilities experience anxiety, associated with prolonged recovery periods, low pain thresholds, resistance to treatment, and nightmares. The objective of this review is to identify methods for reducing anxiety in children in health institutions. **Methodology:** We carried out a systematic literature search, including 9 articles that were classified according to the levels of evidence and quality of the evaluation grids of Joana Briggs Institute. **Results:** The analysis of the articles demonstrated that there are multiple effective tools in reducing the anxiety levels of children in health institutions. **Conclusion:** Based on this systematic review, it was possible to identify strategies that make the environments of health institutions more child-friendly, contributing to the reduction of their anxiety levels.

Key words: Pediatric, anxiety, environments and children.

Introdução:

A importância do ambiente na saúde e bem estar dos pacientes, remonta a Hipócrates, há cerca de 400 anos antes de Cristo (Huisman, Morales, van Hoof, & Kort, 2012). Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna no século XIX, foi uma das pioneiras, que deu relevância às questões do ambiente físico nas instituições de saúde, tendo registado nas suas notas de enfermagem o dever do enfermeiro em proporcionar ao paciente “a melhor condição física envolvente para que as forças da natureza” contribuíssem para a sua reabilitação. A autora referiu ainda a importância que os objetos, a cor e a luz que envolvem os doentes têm na sua recuperação, (Wilkins, 1992).

Ao longo das últimas décadas a comunidade científica demonstrou a importância da relação entre características ambientais e a saúde, sendo o ambiente hospitalar importante para diminuir os efeitos negativos do contacto com as instituições de saúde e hospitalização no paciente, especialmente no caso das crianças e com especial relevância nos seus níveis de ansiedade, (Monti et al., 2012).

Na atualidade o resultado da investigação científica produzida, sobre a problemática em questão, continuam a confirmar o impacto do ambiente físico sobre a saúde e o bem-estar. As crianças e jovens quando em contacto com instituições de saúde, por doença crónica ou aguda, ou apenas nas visitas de rotina, são muitas vezes sujeitas a trauma psicológico. Uma vez que as mesmas não possuem capacidade de controlo do ambiente que as rodeia, manifestam sentimentos como ansiedade, agressão, raiva e outras expressões semelhantes de emoção. Estas respostas emocionais podem atrasar intervenções importantes, prolongar o tempo para as completar e podem reduzir a satisfação do paciente (Lerwick, 2016).

Os níveis de ansiedade das crianças intensificam-se logo que entram na sala de espera de uma instituição de saúde. Esses níveis estão relacionados com o facto de associarem o local em que estão, a procedimentos invasivos e / ou dolorosos. A resposta humana ao stress está intimamente relacionada com a função imunológica, através de uma sequência de libertação hormonal levada a cabo pelo sistema nervoso autónomo. Quando uma criança se depara com uma situação geradora de stress, liberta elevados níveis de cortisol e Interleucina – 6, ambos vão inibir o sistema imune e a capacidade do organismo se restabelecer. A ansiedade por antecipação vivenciada

pelas crianças leva a uma redução do seu limiar da dor, dificulta a prestação de cuidados e a relação terapêutica por parte dos profissionais de saúde. Para as crianças, o impacto físico desta ansiedade prévia ao contacto com os profissionais de saúde tem uma dimensão ainda maior, com repercussões tanto a nível imediato, como o stress e a resistência ao tratamento, como a longo prazo, como por exemplo nos pesadelos, e ansiedade de separação (Biddiss, Knibbe, & McPherson, 2014).

Tem surgido cada vez mais um maior interesse no impacto dos ambientes hospitalares sobre o bem-estar psicossocial das crianças, visto estas vivenciarem esses mesmos ambientes não só como espaços clínicos, mas também como espaços sociais, exigindo por isso um ambiente e atividades recreativas adequadas ao seu desenvolvimento psicomotor, durante o período em que estão nessas mesmas instituições de saúde. Crianças de todas as idades desejam que as instituições de saúde sejam locais aprazíveis, que lhes permitam conhecer outras crianças e experimentem atividades e ambientes divertidos, com baixos ou mesmo nenhum nível de ansiedade, fazendo com que sejam até mesmo espaços interessantes para frequentar, (Komiske, 2013; V. Lambert, Coad, Hicks, & Glacken, 2014).

O ambiente físico envolvente é um alicerce para a humanização nos serviços de saúde, atuando positivamente na reestruturação dos serviços e podendo assim produzir ganhos importantes na saúde (Ribeiro, Gomes, & Thofehn, 2014). Para os mesmos autores uma humanização robusta requer uma atenção especial para com o ambiente hospitalar e as suas principais dimensões. Um espaço confortável caracteriza-se por permitir a contribuição de todos os sujeitos intervenientes no espaço, discussão e reflexão, e que sirva como facilitador do processo de trabalho respondendo às expectativas dos utentes e profissionais de saúde. A humanização de uma estrutura ou lugar obriga que seja despendido tempo e atenção a projetar aspetos como o conforto espacial e sensorial (Monti et al., 2012).

As crianças e os adolescentes são dos principais utilizadores dos serviços de saúde, sendo do conhecimento geral que eles não são apenas objetos dos cuidados de saúde mas também atores sociais com conhecimento e que têm a sua própria opinião sobre os vários assuntos relacionados com eles próprios, incluindo também os cuidados de saúde que lhes são prestados, (Schalkers, Dedding, & Bunders, 2015).

Existe um défice de conhecimento científico e divulgação sobre o que é

importante para criar um ambiente nas instituições de saúde que seja “amigo das crianças”, que contribua para diminuir os seus níveis de ansiedade. Muita da evidência científica produzida incide sobre o que os adultos assumem que é importante para as crianças e não propriamente reflete aquilo que é a percepção e opinião das mesmas, sendo importante que a opinião e as necessidades manifestadas pelas crianças seja estudada e tida em consideração, (V. Lambert et al., 2014; Water, Wrapson, Tokolahi, Payam, & Reay, 2017).

Ao longo dos meus 15 anos de carreira a trabalhar em Pediatria, e tendo percorrido ao longo destes anos múltiplos contextos das instituições de saúde, foi possível observar uma grande evolução no sentido da melhoria das condições das prestações de cuidados aos utentes pediátricos. Apesar destes esforços continuamos a lutar diariamente com limitações e continua-se a dar preferência á funcionalidade do ponto de vista de facilitar a prestação de cuidados em detrimento das necessidades reais das crianças.

O objetivo desta revisão é identificar estratégias cientificamente comprovadas, eficazes na diminuição da ansiedade da criança, quando em contacto com instituições de saúde pediátricas

Metodologia

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos referentes a esta temática recorreremos á realização de uma revisão sistemática qualitativa, procurando sintetizar o conhecimento disponível nos diferentes estudos. A utilização desta metodologia apresenta-se como um instrumento científico através do qual se torna possível resumir, retirar e divulgar os resultados obtidos de uma quantidade significativa de estudos que de outra forma não seria possível trabalhar. A revisão sistemática tem-se apresentado também em rápido crescimento como fonte de evidência científica na área da saúde revelando-se como ferramenta fundamental para apoiar a tomada de decisões e uma prática baseada nas evidências (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004; Medina & Pailaquilén, 2010).

Para elaborar a questão de investigação foi utilizada a metodologia PICO tendo esta auxiliado na construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências nas bases de dados.

P	Participantes – Crianças utilizadoras de instituições de saúde com idade compreendida entre os 2 e 17 anos Problema – Níveis de ansiedade elevados quando em contacto com instituições de saúde
I	Intervenção - Utilização de estratégias ambientais com vista à redução dos níveis de ansiedade
C	Comparação – Não utilização da intervenção
O	Resultados – Diminuição dos níveis de ansiedade

Quadro 1 – Elaboração da questão PICO

A partir da aplicação desta metodologia chegou-se à seguinte pergunta: Que estratégias ambientais nas instituições de saúde pediátricas, contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças e jovens, com idade compreendida entre os 2 e 17 anos?

Como fonte de pesquisa de artigos foram utilizadas as bases de dados da PUBMED, EBSCOhost, COCHRANE, ClinicalKey e B-ON. Utilizámos os termos de pesquisa “paediatric”, “anxiety”, “environment”, and “Children, operacionalizados pelas expressões booleanas “or” e “and”.

Como população estudada incluímos todas as crianças e jovens com idade pediátrica, entre os 2 e os 17 anos de idade. Foram incluídos todos os artigos que abordaram estratégias ambientais e níveis de ansiedade das crianças em idade pediátrica. Foram incluídos estudos publicados entre Janeiro de 2013 a Janeiro de 2018 perfazendo um intervalo de 5 anos.

Os artigos cujo objecto de estudo não foram exclusivamente as crianças/jovens entre os 2 e 17 anos, e todos aqueles publicados noutra língua que não o português, espanhol, italiano, e inglês foram excluídos. Excluímos também aqueles estudos cujo objecto de estudo não eram as crianças mas as condições de trabalho para os profissionais de saúde; foi excluído um estudo por dizer respeito ao ambiente gerador de condições favoráveis a aprendizagem de futuros profissionais de saúde, em contexto de instituição de saúde.

No sentido de analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão foram utilizadas as grelhas de avaliação de Joanna Briggs Institute, (2017) tendo sido estabelecido o seguinte critério para a seleção dos artigos. Todos os artigos

que responderam afirmativamente a um mínimo de 75% das perguntas foram incluídos na revisão, tendo sido os restantes excluídos.

Os artigos foram também classificados quanto aos níveis de evidência tendo sido utilizada a classificação de níveis de evidencia definida pelo instituto Joanna Briggs para a classificação dos estudos (tabela 1).

Artigos	Níveis de evidência
Water et al. (2017)	2.c
Silva et al. (2017)	3.c
Lilik Lestari, Wanda, & Hayati (2017)	2.c
Meiri et al., (2016)	3.c
Viggiano et al. (2015)	3.c
Schalkers, Dedding, & Bunders (2014)	4.b
Lambert et al (2014)	4.b
Hartling et al., (2013)	1.d
Phillip Park & Park (2013)	2C

Tabela 1 – Classificação dos artigos de acordo com os níveis de evidência

Resultados

Os resultados obtidos das pesquisas em numero de artigos encontram-se descritos no diagrama 1. Os artigos selecionados encontram-se descritos e resumidos tabela 1, de apresentação dos artigos e resultados.

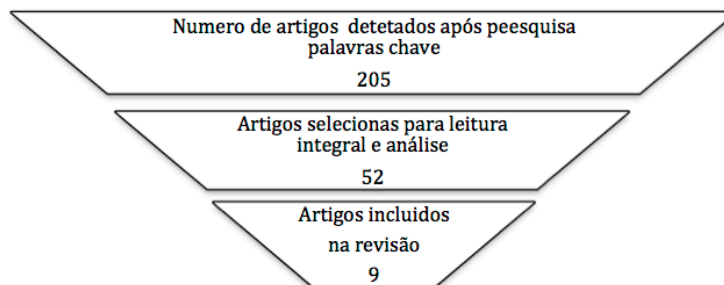


Diagrama 1 – Processo de seleção dos artigos

Tabela 1- Apresentação de artigos selecionados

Estudo	Ano	País	Idioma	População	Idade	Resultados	Desenho do Estudo
Lambert et al	2014	Irlanda Reino Unido	Inglês	Cinquenta e cinco crianças, com doenças agudas e crônicas, num Serviço de Pediatria (internamento, ambulatório e urgência) de três hospitais pediátricos.	5-8 anos	As crianças demonstraram preferência por instalações adequadas ao gênero, idade e estágio de desenvolvimento que proporcionem atividades de laser facilmente acessíveis e perfeitamente integradas por todo o ambiente hospitalar. Estes aspectos foram considerados essenciais para a criação de uma experiência numa instituição de saúde positiva, combatendo assim o tédio, ansiedade e a sensação de isolamento, enriquecendo a socialização e a oportunidade de escolha e o controle da situação. As crianças desejam sentir-se ligadas à comunidade interna da Instituição de Saúde onde se encontram mas também ao mundo exterior. A tecnologia pode ser um meio facilitador desta conectividade.	Qualitativo exploratório
Water et al.	2017	Nova Zelândia	Inglês	175 crianças que frequentam consulta de ambulatório.	5-16 anos	Os autores comprovaram que as crianças são muito conscientes do seu ambiente e são capazes de expressar claramente o que é importante para elas. As mesmas apreciam ambientes amigáveis com cores e obras de arte, como meios para distração, diminuindo assim os seus níveis de ansiedade. No entanto, muitas famílias consideram ser um desafio a circulação dentro das Instituições de Saúde, como factor contributivo do seu stress e ansiedade, visto as mesmas instituições não estarem bem assinaladas. Embora o ambiente tenha sido considerado como importante na redução da ansiedade, as crianças salientam também a importância da relação humana com os profissionais de saúde.	Qualitativo Exploratório
Phillip Park & Park	2013	Estados Unidos da América Coreia do Sul	Inglês	Número total de crianças 92 crianças sendo que 42 crianças Americanas e 50 crianças Coreanas	7-11 anos	O estudo conclui que em ambos os grupos, Americanos e Coreanos o uso da cor branca é a menos preferida pelas crianças. As cores azul e verde são as que atingiram preferências mais elevadas em ambos os contextos culturais, levando à conclusão que as mesmas cores vão ao encontro das necessidades psicológicas das crianças, na redução dos seus medos e ansiedades.	Qualitativo

Tabela 1- Apresentação de artigos selecionados (continuação)

Estudo	Ano	País	Idioma	População	Idade	Resultados	Desenho do Estudo
Schalkers, Dedding, & Bunders	2014	Holanda	Inglês	63 crianças do internamento e ambulatório de 8 hospitalares	6-18 Anos	Os resultados da pesquisa fornecem informações sobre a opinião pessoal das crianças quanto ao ambiente de uma instituição de saúde. Segundo as mesmas um ambiente alegre e colorido, com fácil acessibilidade à tecnologia, contribui para a diminuição dos seus níveis de ansiedade. Muitos aspetos importantes relacionados com a saúde e bem estar das crianças, embora alguns já conhecidos, têm sido estruturalmente negligenciados.	Qualitativo
Silva et al.	2017	Brasil	Português	28 crianças de 2 hospitais de São Paulo	6-11 Anos	O brinquedo terapêutico consiste numa brincadeira estruturada, aplicada por um profissional de saúde com o objectivo de reduzir tensões e ansiedades causadas pela presença numa instituição de saúde. Neste estudo, os autores, por número insuficiente de crianças, verificaram que a redução dos níveis de ansiedade foi semelhante ao do grupo controle. No mesmo estudo confirmou-se a utilidade da ferramenta <i>Child Drawing: Hospital</i> , como eficaz na avaliação de ansiedade em crianças. Recomenda a realização de estudos com amostras maiores e diferentes contextos para que possa ser comprovados os efeitos do brinquedo terapêutico dramático.	Ensaio Clínico
Lilik Lestari, Wanda, & Hayati	2017	Indonésia	Inglês	57 crianças em idade pré-escolar submetidas a punção intravenosa.	3-6 Anos	Os autores concluíram que a distração através da utilização de fardas com padrões e cores coloridas é um importante e eficaz método de distração na redução da dor e da ansiedade durante a punção venosa. As distrações podem reorientar a atenção da criança para longe da dor e da ansiedade durante a punção venosa.	Quase-experimental

Tabela 1- Apresentação dos artigos selecionados (continuação)

Estudo	Ano	País	Idioma	População	Idade	Resultados	Desenho do Estudo
Hartling et al	2013	Canada	Inglês	42 crianças do serviço de urgência pediátrica	3-11 Anos	A música pode ter um impacto positivo na redução da dor e ansiedade em crianças submetidas a punção venosa. A utilização da música ambiente demonstrou produzir importantes implicações clínicas para os pais e prestadores de cuidados de saúde.	Ensaio Clínico
Viggiano et al.	2015	Itália	Inglês	40 utentes pediátrico de um hospital pediátrico em Itália	4-11 Anos	As intervenções psicológicas utilizadas no estudo foram os palhaços, interação com cães e música ao vivo. Estas intervenções têm um efeito positivo na redução do medo e da ansiedade das crianças reduzindo a necessidade de sedação na realização de ressonância magnética. O estudo conclui que as atividades utilizadas funcionam como distração relativamente aos estímulos provocadores de ansiedade e stress proporcionando em simultâneo um ambiente relaxante para as crianças e pais.	Ensaio Clínico
Meiri et al., 2016	2016	Israel	Inglês	100 crianças do serviço de urgência pediátrico e internamento.	2-10 Anos	A distração através da utilização de palhaços durante a cateterização de acesso venoso reduz os níveis de dor e ansiedade em crianças com idades compreendidas entre os 2 e 10 anos. O estudo também conclui haver um efeito positivo cumulativo na redução dos níveis de ansiedade em futuras visitas a instituições de saúde para realização dos mesmos procedimentos.	Quantitativo

Discussão dos resultados

A partir desta revisão sistemática da literatura dos artigos publicados nos últimos 5 anos, tendo como temática estratégias ambientais das instituições de saúde pediátricas eficazes, na redução dos níveis de ansiedade das crianças, é evidente que todo o ambiente dessas mesmas instituições, englobando desde a música, os palhaços, todo o design arquitectónico dos espaços sociais e até mesmo a própria farda dos profissionais de saúde, têm um impacto bastante relevante na diminuição da ansiedade facilitando por isso a prestação, por parte dos enfermeiros, dos cuidados de saúde às crianças e consequências posteriores na sua saúde e reabilitação física.

Um ambiente com capacidade terapêutica numa instituição de saúde pediátrica, é todo aquele que potencia a capacidade da criança em auto reabilitar-se, ao fornecer um ambiente social, psicológico, físico, espiritual e com um conjunto de componentes que estimulem um comportamento adequado no sentido da reabilitação e cura, (Ghazali, Abbas, & Jalalkamali, 2013; Malkin, 2007; Water et al., 2017). Já Water et al., (2017), constatou que um ambiente “amigo das crianças” com capacidade curativa tem efeitos benéficos na redução dos níveis de dor, sono, ansiedade, depressão, como também facilitador da comunicação, sociabilização, e satisfação geral dos utentes em relação a essas mesmas instituições, indo de encontro, ao que já tinha sido também considerado anteriormente por Ulrich et al., (2008).

As crianças quando entram numa instituição de saúde encaram-na como assustadora, um ambiente estranho, rodeadas de equipamentos e procedimentos assustadores, cheia de pessoas diferentes e sons desconhecidos, (Macedo, Silva, & Setúbal, 2015; Water et al., 2017) Todo este ambiente tem um impacto no seu bem estar físico, emocional e de desenvolvimento, (Water et al., 2017), contribuindo assim para que muitas vezes sintam-se sozinhas, tristes, preocupadas e com tédio, (Esteves, Antunes, & Caires, 2014). Embora uma das causas principais para o medo e ansiedade que as crianças referem em relação ao ambiente de uma instituição de saúde estar relacionado com todos os procedimentos invasivos ou não por parte dos médicos e enfermeiros, elas também referem que esse mesmo medo e ansiedade está relacionado com um ambiente estranho e pouco acolhedor, (Ghazali et al., 2013; Water et al., 2017). Outro aspecto importante que contribui para os elevados níveis de ansiedade das crianças é o facto de perante o seu estágio etário e de desenvolvimento, terem uma grande capacidade criativa e de imaginação, levando-as para mundos de

imaginação alienados da realidade e que por isso contribuem ainda mais para fomentar os seus sentimentos de stress e ansiedade sempre que se deparam com um ambiente de saúde inóspito, (Norton-Westwood, 2014; Water et al., 2017).

Nesta relação tridimensional entre as crianças, a sua ansiedade e o ambiente de uma instituição de saúde pediátrica temos que ter em conta o facto de que as crianças apresentam falta de maturidade para perceber o porquê de determinados procedimentos dolorosos, a necessidade de internamento ou a condição clínica em que se encontram. Estão também sujeitas a maior vulnerabilidade, perante a doença, o afastamento da família quando necessário, contacto com estranhos, a restrição de movimentos e a possibilidade de brincar, assim como o facto de estarem rodeadas de ambientes e equipamentos estranhos e intimidadores. Todos esses factores contribuem em grande escala para os elevados níveis de ansiedade antecipatória e mesmo durante o contacto com as várias instalações de saúde, (Esteves et al., 2014).

As crianças visto serem as principais utilizadoras das instituições de saúde, achamos importante darmos voz a sua opinião quanto ao espaço físico das instalações, (V. Lambert et al., 2014). Segundo o conhecimento científico da atualidade, o que as crianças mais valorizam e consideram como os aspectos mais positivos quando frequentam as várias instalações de saúde é o facto de terem acesso a diversas atividades lúdicas e bons espaços de lazer e entretenimento, que facilitem um bom suporte social, ou seja, terem a oportunidade de fazerem amigos com outras crianças também presentes na mesma instituição, partilharem de condições de saúde semelhantes, poderem brincar e também aprender, (Veronica Lambert, Coad, Hicks, & Glacken, 2014; Water et al., 2017). Já estudo prévio publicado em 2008 por Coad, chegou às mesmas conclusões, considerando que estes aspectos vão combater a ansiedade, dar-lhes a oportunidade de controle da situação em que se encontram, reduzir o isolamento e fomentar a sociabilização (Coad & Coad, 2008).

Como aspectos mais negativos, as crianças consideram o facto de terem que ficar sozinhas, longe de outros membros da sua família e dos seus amigos, o que contribui para sentimentos de tristeza, solidão, isolamento e ansiedade. O convívio com amigos e familiares providencia uma sensação de conforto e segurança, diminuindo assim os seus níveis de ansiedade (V. Lambert et al., 2014; Water et al., 2017).

Para as crianças, a brincadeira cria um ambiente que minimiza os níveis de stress e ansiedade, estimulando por outro lado a oportunidade das crianças desenvolverem a sua autoestima, autoconfiança e as competências em trabalharem em grupo e cooperarem umas com as outras. A oportunidade de brincar para uma criança, é uma atividade que para ela é familiar, equilibra-a emocionalmente, é normal e boa para o seu desenvolvimento psicológico e afectivo, ajudando-a a lidar com a ansiedade e stress da doença, (Macedo et al., 2015; Water et al., 2017).

Segundo V. Lambert et al., (2014) dois grandes temas sobressaem relativamente aos espaços de socialização das crianças a nível das instituições de saúde, são esses o lazer e o entretenimento por um lado, e por outro a relação social, tão importante para a maioria das crianças abordadas e para diminuição dos seus níveis de ansiedade relativo á instituição de saúde onde se encontram. Nesse mesmo estudo o mesmo autor enumera elementos centrais para cada uma das temáticas organizacionais que sobressaíram dos dados coletados.

Tendo em consideração a opinião das crianças estudadas, o que elas mais apreciam sob o ponto de vista do lazer e entretenimento no âmbito de uma instituição de saúde, e para que ela seja considerada com tendo um ambiente curativo, são o terem a oportunidade de escolha e decisão, encontrarem nos mesmos espaços sociais tanto no interior como em espaços ao ar livre das mesmas instituições de saúde, uma diversidade de atividades que sejam ao mesmo tempo educativas e que proporcionem a brincadeira, adequadas a cada idade, género, interesses e etnias, estes resultado foram também confirmados pelo estudo de Walter em 2017.

Segundo V. Lambert et al., 2014 e Schalkers et al., 2015 as crianças valorizam também a existência de um entretenimento tecnológico, como também o facto de que os espaços partilhados sejam de fácil acesso e amistosos. Quanto as relações sociais relacionadas com o espaço, aquilo que as crianças mais valorizam é a oportunidade de partilharem num espaço amigável brincadeiras e atividades educativas, adequadas às suas idades que facilitem a realização de novas amizades, e assim abstraírem-se da realidade envolvente e dos seus factores stressantes que contribuem para a sua ansiedade. Para as mesmas crianças estudadas, outro aspecto valorizado foi a proximidade entre os diversos espaços sociais, serem de fácil acesso e com boas redes sociais. Estudo anterior, realizado por Clift, Dampier, & Timmons, 2007, revelou que para as crianças, o aspecto negativo mais relevante no seu contacto com uma

instituição de saúde foi a falta de interação e o apoio de outras crianças na mesma situação clínica, visto ser tão importante para elas partilhar com outras crianças as suas preocupações, o que é um aspecto importante na diminuição da sua ansiedade e dor.

Como experiências positivas em vivenciar um espaço de uma instituição de saúde, as crianças referem a oportunidade de fazerem novos amigos e conversarem com outras crianças, tendo para isto, na era em que vivemos, a tecnologia um papel bastante relevante, (V. Lambert et al., 2014; Schalkers et al., 2015). Perante esta importância dada pelas crianças á tecnologia, é interessante realçar, que no estudo efectuado por Schalkers et al (2015), as crianças estudadas manifestaram o seu desagrado quanto a existência nas instituições de saúde de computadores estragados, internet bastante lenta, e a necessidade de se pagar para utilização da internet.

O brinquedo terapêutico consiste numa brincadeira estruturada, aplicada por um enfermeiro com o objectivo de reduzir tensões e ansiedades causadas pela presença numa instituição de saúde. Silva et al (2017) efectuaram um estudo para analisar a sua eficácia na redução dos níveis de ansiedade em crianças hospitalizadas. Neste estudo, os autores, por número insuficiente de crianças, verificaram que a redução dos níveis de ansiedade foi semelhante ao do grupo controle.

Outros aspectos relevante em relação ao espaço físico, destacado pelas crianças estudadas por Lambert et al., (2014) e Water, (2017), que contribui para a diminuição da sua ansiedade e stress no contacto com uma instituição de saúde foi a existência de acessos fáceis e com boa sinalização, facilitando assim uma adequada e simples orientação dentro da mesma instituição, achados esses que também foram de encontro a estudo prévio realizado por Ulrich et al., (2008) no qual as crianças consideraram uma instituição sem boa sinalização e com maus acessos, elementos que contribuem para o medo, preocupação, e ansiedade.

A cor aparece também como elemento importante no ambiente das instituições de saúde. A resposta à cor envolve uma interação muito complexa entre a luz, os olhos e o cérebro, sendo que esta tem um impacto considerável nas nossas respostas fisiológicas e psicológicas. As crianças associam sentimentos positivos, como felicidade, alegria e esperança a cores claras, enquanto que os sentimentos negativos, como tristeza e enfadamento associam a cores escuras, (Phillip Park & Park, 2013;

Schalkers et al., 2015). Segundo vários autores, a cor utilizada vai ser um estímulo importante na definição do humor das crianças, tornando assim o seu ambiente mais adequado, menos assustador, menos clínico e mais amigo, (Coad & Coad, 2008; Water et al., 2017).

Nas instituições de saúde as crianças não gostam de ver paredes pintadas de branco, (Phillip Park & Park, 2013). Independentemente do sexo, idade e cultura, as crianças preferem o azul e o verde, e conseqüentemente se essas forem as cores adaptadas para as instalações de saúde pediátricas vai-se assim ao encontro das suas necessidades psicológicas, diminuendo por isso os seus níveis de ansiedade e medo. As preferências na cor diferem mediante o sexo da criança, visto que as raparigas preferem cores quentes e os rapazes cores mais frias, (Phillip Park & Park, 2013). Conclui-se dos vários estudos feitos que um processo bastante simples e barato, como mudar a cor das paredes de um edifício, vai tornar um ambiente mais terapêutico, mais adequado às necessidades das crianças, e como consequência, um ambiente que reduz os níveis de ansiedade das mesmas, (Phillip Park & Park, 2013; Water et al., 2017).

Uma das estratégias importantes para a diminuição dos níveis de ansiedade consiste na utilização de imagens coloridas fixadas nas paredes ou projetadas que por serem familiares ou com o potencial de proporcionar distração, vão ter a capacidade de providenciar altos níveis de relaxamento, distração da dor e do desconforto, (Pati & Nanda, 2011; Water et al., 2017). Essas imagens com poder calmante, contribuem conseqüentemente para a diminuição dos níveis de ansiedade das mesmas crianças, (Ulrich et al., 2008; Water et al., 2017).

Os dois procedimentos causadores de dor mais frequentes quando as crianças recorrem a instituições de saúde são as punções e cateterizações venosas. Esses procedimentos frequentemente são causadores de elevados níveis de stress, ansiedade, dor, choro e medo nas crianças, levando mesmo a que não se realizem, ou que sejam concretizados com muita dificuldade devido a irritabilidade gerada em cada criança, (Meiri, Ankri, Hamad-Saied, Konopnicki, & Pillar, 2016; Viggiano et al., 2015; Water et al., 2017). A distração realizada durante os vários procedimentos, como por exemplo, com o auxílio de palhaços e música é uma mais valia bastante eficaz e segura na redução da ansiedade e da dor nas crianças, com menos efeitos negativos em procedimentos posteriores, (Hartling et al., 2013; Meiri et al., 2016).

As crianças incluídas nos estudos selecionados nesta revisão, realçam que os sons que encontram nas várias instituições de saúde, como por exemplo, outras crianças a chorar, aparelhos de monitorização, têm um efeito negativo, ao estarem relacionados com níveis de stress mais elevados e sintomas fisiológicos desconfortáveis, (Ulrich et al., 2008; Water et al., 2017). Em contrapartida, consideram que sons calmantes tornam o ambiente mais familiar, e a utilização de materiais acústicos e alcatifas ajuda a tornar o ambiente menos barulhento, (Philbin & Gray, 2002; Rollins, 2004; Water et al., 2017), enquanto que a presença de cores frias intensifica os barulhos, (Tofle, Schwarz, Yoon, & Max-Royale, 2004; Water et al., 2017).

O fardamento de enfermagem surge como um aspeto importante segundo o ponto de vista das crianças. Estas manifestam preferência por fardas mais coloridas e com padrões, associando este tipo de fardas a sentimentos como, felicidade, calma e diminuição da sensação de medo (Water et al., 2017). O mesmo resultado foi obtido por Festini et al., (2009), onde a utilização de uniformes coloridos pelo enfermeiro foi escolhido com mais frequência pelas crianças, enquanto que o uso do uniforme tradicional foi considerado o mais assustador.

Muito embora este desejo por fardamentos coloridos seja manifestado pelas crianças, as mesmas apontam como ideal a utilização de roupas convencionais e a não utilização de qualquer tipo de fardas por parte dos enfermeiros e médicos. As crianças relatam que o uso de roupas convencionais lhes permitiria realçar o profissional mais como uma pessoa normal, visualizar melhor a sua personalidade e torna-los menos fastidiosos (Water et al., 2017). Este desejo manifestado pelas crianças encontra-se em sintonia com resultados obtidos em estudos prévios que determinaram que quando os enfermeiros usam uniformes não convencionais, a percepção das crianças em relação às características humanas dos enfermeiros é melhorada e a sensação de medo e ansiedade que os enfermeiros produzem sobre as mesmas diminuiu (Festini et al., 2009).

No estudo realizado por Lilik Lestari, Wanda, & Hayati, (2017) foi possível demonstrar a existência de uma diminuição dos níveis de ansiedade, no contexto de uma instituição de saúde, manifestados pelas crianças associados à distração pela utilização de fardas com padrões e cores coloridas. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados anteriormente onde se demonstrou que as crianças expostas a

enfermeiros com roupas coloridas apresentaram menores níveis de ansiedade em comparação com as crianças expostas a enfermeiros com uniforme branco, diminuindo os sintomas fisiológicos na altura da alta (Roohafza et al., 2009; Truong et al., 2006).

Uma das características dum ambiente terapêutico em relação ao espaço exterior, é a existência de um jardim, de um espaço verde, que só por si tem a capacidade de reduzir o stress, restabelecer a esperança e as energias do corpo, e por último aumenta o grau de satisfação dos seus utentes, (Ghazali et al., 2013). Esses ambientes terapêuticos, com luz natural, paisagens calmantes e obras de arte, têm a capacidade de transformar sentimentos de stress e medo, em sentimentos contraditórios e positivos de calma e tranquilidade, com a esperança de cura e reabilitação, (Ghazali et al., 2013).

Conclusões

É evidente que ao longo dos últimos anos, se tem verificado melhoria significativa na humanização dos ambientes das várias instituições de saúde que prestam cuidados às crianças, mas continuam a existir evidências que esses mesmos ambientes ainda não estão desenhados para providenciar um ambiente propício para suprir as necessidades psicossociais das crianças enquanto utentes de um serviço de saúde.

Com base nesta revisão sistemática da literatura, podemos dar visibilidade às ideias, gostos e interesses das crianças em relação aos espaços das instituições de saúde, visto constituírem os principais utilizadores desses mesmos espaços, e assim fornecermos evidência científica para a sua melhoria, melhorar a satisfação dos seus principais utentes e conseqüentemente a redução dos seus níveis de ansiedade.

As crianças consideram como relevante para tornar as instalações das várias instituições de saúde mais amigáveis, e por conseguinte reduzem os seus níveis de ansiedade, a presença de um espaço físico agradável, que todo ele providencie a oportunidade de realizarem atividades de lazer e entretenimento, adequadas a sua idade, sexo e estágio de desenvolvimento e assim sentirem-se também socialmente conectadas com outras crianças e também com os seus familiares.

Consideramos muito relevante a abordagem desta temática, perante o facto de

que uma deslocação inicial a uma instituição de saúde estende-se para além de uma simples visita, mas pode-se transformar num encontro inesquecível, guardado na memória das crianças e familiares, mesmo que inclua experiências menos positivas como o facto da existência de uma doença, e por isso vai definitivamente ter um impacto na qualidade da saúde da população em questão, em futuras visitas hospitalares e até mesmo na confiança que essa população deposita nos profissionais de saúde que trabalham nessa mesma instituição.

É inquestionável de que uma instituição de saúde que tenha um ambiente amigável, terapêutico, adaptado às necessidades físicas e sociais das crianças vai ter um impacto positivo tanto a curto como a longo prazo no bem-estar das crianças e das suas famílias servidas por essas mesmas instituições.

As conclusões desta revisão poderão fornecer soluções e ferramentas que ajudem os profissionais de saúde a encontrarem respostas, muitas das quais são bastante simples e de baixo custo, para tornar um ambiente de uma instituição de saúde pediátrica num ambiente terapêutico que vá de encontro às necessidades dos seus principais utentes, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

Contribuições para a área da enfermagem

Uma das preocupações do enfermeiro especialista de Pediatria deve ser o de contribuir para que o ambiente da instituição de saúde onde trabalha, inicialmente reconhecido pelas crianças como enorme, estranho, anónimo e autoritário, se transforme num ambiente amigável, terapêutico, que vá de encontro com as necessidades e expectativas dos seus principais utentes, e onde todos os profissionais de saúde possam prestar os seus cuidados com melhores condições para o bem-estar da criança. Com esta revisão, salientamos metodologias eficazes na redução da ansiedade das crianças que constituem ferramentas úteis aos enfermeiros na melhoria dos ambientes onde trabalham.

Bibliografia

- Biddiss, E., Knibbe, T. J., & McPherson, A. (2014). The Effectiveness of Interventions Aimed at Reducing Anxiety in Health Care Waiting Spaces. *Anesthesia & Analgesia*, *119*(2), 433–448.
<http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000294>
- Coad, J., & Coad, N. (2008). Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, *12*(1), 33–48. <http://doi.org/10.1177/1367493507085617>
- Esteves, C. H., Antunes, C., & Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *18*(51), 697–708.
<http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0536>
- Festini, F., Occhipinti, V., Cocco, M., Biermann, K., Neri, S., Giannini, C., ... Caprilli, S. (2009). Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(7), 1018–26. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02430.x>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *12*(3), 549–556.
<http://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>
- Ghazali, R., Abbas, M. Y., & Jalalkamali, N. (2013). Healing Environment in Paediatric Wards: From Research to Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *105*, 229–238. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.11.024>
- Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewson, K., Klassen, T. P., & Curtis, S. (2013). Music to Reduce Pain and Distress in the Pediatric Emergency Department. *JAMA Pediatrics*, *167*(9), 826.
<http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.200>
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, *58*, 70–80.
<http://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>
- Joanna Briggs Institute. (2017). Critical Appraisal Tools. Retrieved from

<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

- Komiske, B. K. (2013). *Designing the World's Best Children's Hospitals III: The Future of Healing Environments*. Images Publishing.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development*, 40(2), 195–204.
<http://doi.org/10.1111/cch.12016>
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57–71.
<http://doi.org/10.1177/1367493512473852>
- Lerwick, J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 143.
<http://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>
- Lilik Lestari, M. P., Wanda, D., & Hayati, H. (2017). The Effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on Pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(sup1), 22–28.
<http://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386967>
- Macedo, L., Silva, G., & Setúbal, S. (2015). Pediatric Hospital: The Paradigms of Play in Brazil. *Children*, 2(1), 66–77. <http://doi.org/10.3390/children2010066>
- Malkin, J. (2007). Reflections on healing environments and evidence-based design. *HERD*, 1(1), 26–8. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157714>
- Medina, E. U., & Pailaquilén, R. M. B. (2010). A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), Tela 1-Tela 8. Retrieved from
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281421934023>
- Meiri, N., Ankri, A., Hamad-Saied, M., Konopnicki, M., & Pillar, G. (2016). The effect of medical clowning on reducing pain, crying, and anxiety in children aged 2-10 years old undergoing venous blood drawing--a randomized controlled study. *European Journal of Pediatrics*, 175(3), 373–9.
<http://doi.org/10.1007/s00431-015-2652-z>
- Monti, F., Agostini, F., Dellabartola, S., Neri, E., Bozicevic, L., & Pocecco, M. (2012). Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on

- parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*, 32(3), 216–224. <http://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.03.001>
- Norton-Westwood, D. (2014). *The adolescent's Hospital Experience: Preferences for Environmental Design*. The University of Adelaide.
- Pati, D., & Nanda, U. (2011). Influence of positive distractions on children in two clinic waiting areas. *HERD*, 4(3), 124–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21866509>
- Philbin, M. K., & Gray, L. (2002). Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 22(6), 455–60. <http://doi.org/10.1038/sj.jp.7210756>
- Phillip Park, J. G., & Park, C. (2013). Color Perception in Pediatric Patient Room Design: American versus Korean Pediatric Patients. *HERD*, 6(4), 10–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24089179>
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., & Thofehn, M. B. (2014). Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(3), 530–539. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>
- Rollins, J. A. (2004). Evidence-Based Hospital Design Improves Health Care Outcomes for Patients, Families, and Staff. *Pediatric Nursing*, 30(4), 338–339.
- Roohafza, H., Pirnia, A., Sadeghi, M., Toghianifar, N., Talaei, M., & Ashrafi, M. (2009). Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1953–9. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02745.x>
- Schalkers, I., Dedding, C. W. M., & Bunders, J. F. G. (2015). “[I would like] a place to be alone, other than the toilet” - Children’s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*, 18(6), 2066–2078. <http://doi.org/10.1111/hex.12174>
- Tofle, R. B., Schwarz, B., Yoon, S.-Y., & Max-Royale, A. (2004). *Color In Healthcare Environments*. San Francisco: The Coalition for Health Environments Research.
- Truong, J., Jain, S., Tan, J., Keegan, D., Matsui, D., & Rieder, M. J. (2006). Young children’s perceptions of physicians wearing standard precautions versus customary attire. *Pediatric Emergency Care*, 22(1), 13–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16418606>

- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., ... Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*, 1(3), 61–125. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21161908>
- Viggiano, M. P., Giganti, F., Rossi, A., Di Feo, D., Vagnoli, L., Calcagno, G., & Defilippi, C. (2015). Impact of psychological interventions on reducing anxiety, fear and the need for sedation in children undergoing magnetic resonance imaging. *Pediatric Reports*, 7(1). <http://doi.org/10.4081/pr.2015.5682>
- Water, T., Wrapson, J., Tokolahi, E., Payam, S., & Reay, S. (2017). Participatory art-based research with children to gain their perspectives on designing healthcare environments. *Contemporary Nurse*, 1–18. <http://doi.org/10.1080/10376178.2017.1339566>
- Wilkins, L. W. &. (1992). *Notes on Nursing: What it Is, and what it is Not*. (L. W. & Wilkins, Ed.) (reimpressã).