



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Ana Sofia Cruz Pereira

Abril, 2013



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Por Ana Sofia Cruz Pereira
Sob orientação de Mestre Isabel Quelhas

Abril, 2013

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, o presente Relatório de Estágio evidencia de uma forma reflexiva o processo de aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, durante a Unidade Curricular Estágio. O relatório sintetiza o trabalho desenvolvido durante o Estágio, que integra experiências em três contextos específicos da prática clínica, representados pelos módulos de Saúde Infantil (Centro de Saúde da Sra. Da Hora), Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica (Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Pedro Hispano) e Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia (Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano), cada um destes módulos tem uma duração de cento e oitenta horas de contato e setenta horas de trabalho individual. É descritivo o percurso de evolução ao longo dos diferentes contextos de estágio que levou à aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Infantil e Pediátrica, para uma assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança, adolescente e suas famílias, especialmente direcionadas para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. A aquisição das referidas competências, ponderando as competências preconizadas pelo curso e considerando as previamente adquiridas através da experiência profissional, foi concretizada através da formulação de objetivos pessoais e específicos orientadores e da realização de atividades que os alicerçaram.

Este relatório demonstra assim a minha intervenção e aprendizagem no percurso formativo como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do qual resultou a aquisição das competências propostas para a prestação de cuidados especializados.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Criança.

ABSTRACT

Under the Master's degree in nursing, in the area of Specialization in Child Health Nursing and Pediatrics at the Portuguese Catholic University - Institute of Health Sciences, this internship report evidences in a reflexive form, the process of acquiring and developing the necessary skills for a Nurse Specialist in Youth and Children Health during the internship course.

The report summarizes the work that was done during the internship, which includes experiences in three specific contexts of clinical practice, represented by the modules of Child Health (Sra. Da Hora Health Center), Medical Services and Surgery in the context of acute and chronic illness (Pediatric Service of the Pedro Hispano Hospital) and the Pediatric Emergency Services and Neonatology (Neonatology Service of the Pedro Hispano Hospital), each of these modules has a duration hundred and eighty contact hours and seventy hours of individual work. It is descriptive of the route evolution over the different contexts internship that led to the acquisition of skills required for the provision of skilled nursing care in the area of Child Health and Pediatrics, for an advanced nursing care to newborns, children, youths and their families, especially directed to the promotion of development and adaptation to the processes of health and disease. The acquisition of these skills, being the course's recognized skills, and considering the current and previously acquired through professional experience, were achieved through the formulation of personal and specific guiding goals and conducting activities that underpinned.

This report demonstrates my intervention and learning through the educational process as a Specialist in Pediatric Nursing and Child Health, which resulted in the acquisition of skills proposals for providing of specialized care.

Keywords: Nursing, Nurse Specialist in Pediatric and Child Health, Child.

ABREVIATURAS

Ed.	Edição
Enf.^a	Enfermeira
n.º	Número
p.	Página/s
Sr.^a	Senhora
Vol.	Volume

SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
DTPa	Vacina da difteria, tétano e tosse convulsa
EESIP	Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EDIN	Echelle de Douleur et D'Inconfort du Nouveau-Né
EMLA	Eutectic Mixture of Local Anesthetic
EVA	Escala visual analógica
EVS	Escala visual simples
Hib	Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HPH	Hospital Pedro Hispano
ICN	International Council of Nurses
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
MenC	Vacina <i>Meningococo</i>
NACJR	Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Escala de Dor Objetiva
PBE	Prática Baseada na Evidência
PNV	Programa Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN	Recém-nascido
SAPE	Sistema de apoio à prática de enfermagem
SI	Saúde Infantil
SU	Serviço de Urgência
Td	Vacina do Tétano
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
UCP	Universidade Católica Portuguesa
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USF	Unidade de Saúde Familiar
VASPR	Vacina do sarampo, parotidite e rubéola
VD	Visita Domiciliária
VHB	Vacina da hepatite B
ViP	Vacina da poliomielite

ÍNDICE

	Pág.
0. Introdução	11
1. Contextualização do estágio	13
2. Competências previamente adquiridas	17
3. Competências a desenvolver durante o MESIP	27
3.1. Formação em Enfermagem	28
3.2. Investigação em Enfermagem	33
3.3. Gestão de Cuidados	36
3.4. Prestação de Cuidados	42
4. Conclusão	73
5. Referências Bibliográficas	75
Anexos	79
Anexo I	Plano de Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança” 81
Anexo II	Diapositivos da Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança” 85
Anexo III	Questionário de Avaliação da Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança” 91
Anexo IV	Plano da Sessão de Educação para a Saúde, intitulada “Sexualidade” 95
Anexo V	Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade” 99
Anexo VI	Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade” 107
Anexo VII	Plano da Sessão de Educação para a Saúde, intitulada “Dia do Não Fumador” 113
Anexo VIII	Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde: “Dia do Não Fumador” 117
Anexo IX	Cartaz “Aleitamento Materno” 123
Anexo X	Plano da Sessão de Formação a Pais, intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns” 127
Anexo XI	Diapositivos da Sessão de Formação a Pais, intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns” 131
Anexo XII	Planos de Cuidados 137
Anexo XIII	Cartaz “Acolhimento dos pais na dinâmica da UCIN” 149
Anexo XIV	Distribuição das consultas por idades 153
Anexo XV	Eventos formativos 157

0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) - Universidade Católica Portuguesa (UCP). Tem como objetivo expor o percurso formativo e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) durante a Unidade Curricular Estágio, refletindo sobre as ações realizadas e as suas implicações na prática.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, sendo especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, e confere competência para a prestação de cuidados especializados.

No enquadramento do plano de estudos, o Estágio constitui um segmento de formação importante, uma vez que proporciona diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento/ consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista.

A elaboração do relatório de estágio tem os seguintes objetivos:

- Evidenciar as competências especializadas desenvolvidas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), que refletem a experiência profissional;
- Enunciar os objetivos pessoais e atividades implementadas para alcançar as competências pretendidas;
- Refletir criticamente acerca do processo de ensino-aprendizagem;
- Servir de elemento avaliativo desta Unidade Curricular.

A metodologia utilizada para a elaboração do Relatório de Estágio é descritiva-reflexiva, com recurso a alguma pesquisa bibliográfica. Baseando-se na mobilização de experiências pessoais e enquanto enfermeira, nos conhecimentos adquiridos no plano teórico e prático formativo, na reflexão e análise crítica, bem como nas necessidades de aprendizagem individual que impeliram para a pesquisa bibliográfica.

Estruturalmente, este Relatório encontra-se dividido em quatro capítulos essenciais. No primeiro é realizada uma contextualização dos locais de estágio, no segundo capítulo é

efetuada uma exposição das competências previamente adquiridas, enquadradas na minha atividade profissional, nas diferentes áreas de intervenção (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação), no intuito da certificação da creditação obtida. No terceiro, com base no mesmo raciocínio, é efetuada a descrição das competências desenvolvidas no decorrer do Estágio, tendo em conta os objetivos específicos propostos para cada módulo, as atividades implementadas para a sua concretização, o paralelismo com a pesquisa bibliográfica efetuada, e onde se reflete e analisa o desenvolvimento pessoal e profissional alcançado e as competências específicas de EESIP desenvolvidas. Por último, na conclusão, apresentam-se as considerações finais do percurso formativo, a análise final dos contributos alcançados a nível pessoal e profissional, bem como as sugestões de mudança e as limitações vivenciadas. Todo o relatório terá como linha orientadora a descrição da praxis com o paralelismo inequívoco do conhecimento existente pertinentes para a temática.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, o estágio integra 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750 h de trabalho, das quais 540 h são de contacto, sendo as restantes (210 h) para trabalho individual do aluno (dedicadas a pesquisa bibliográfica, a realização de trabalhos e preparação de ações de formação realizadas e apresentadas durante o estágio), e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180 h de contacto:

Módulo I – Saúde Infantil;

Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica;

Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia.

Assim sendo, a Unidade Curricular Estágio incluiu, respetivamente:

- Módulo I - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Senhora de Hora num total de 180 horas, entre 01 de Outubro a 23 de Novembro de 2012;
- Módulo II – ULS Matosinhos, mais concretamente no Hospital Pedro Hispano, no Serviço de Internamento de Pediatria, com a duração de 180 horas, entre 26 de Novembro de 2012 a 02 de Fevereiro de 2013;
- Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Pedro Hispano, com a duração de 90 horas, entre 23 de Abril a 23 de Maio de 2012.

Relativamente ao Módulo III – Serviço de Urgência, este estágio não foi realizado por me ter sido concedida creditação, conforme se justifica ao longo do corpo do presente Relatório em capítulo próprio.

A Unidade Curricular Estágio foi desenvolvida em instituições e serviços propostos e protocolados com a UCP e revelaram-se como locais exemplares proporcionando oportunidades para um elevado nível de aprendizagem. Na minha experiência em concreto, tive oportunidade de efetuar os estágios dos diferentes Módulos todos na ULSM, o que constituiu uma verdadeira mais-valia uma vez que a filosofia de atuação é de interligação de unidades e de verdadeira continuidade de cuidados.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos é uma unidade integrada de prestação de serviços de saúde (cuidados primários e hospitalares), criada a 9 de Junho de 1999, com base num revolucionário modelo de gestão do tipo empresarial e aceitando o desafio nacional lançado pelo Governo de reformar a gestão hospitalar, tentando transformar o

Sistema Nacional de Saúde num sistema de saúde moderno e renovado, mais justo e eficiente, fundamentalmente orientado para as necessidades dos utentes.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos é assim dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde, podendo, também, desenvolver atividades de investigação, formação e ensino. Pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo modelo de referência nacional desta integração. Integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de convalescença, a Unidade de Saúde Pública e o Agrupamento de Centros de Saúde – Centro de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede Infesta e Leça da Palmeira.

Presta cuidados de saúde especializados à população de Matosinhos, e é o hospital de referência para a população de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim.

O Departamento de Pediatria do Hospital Pedro Hispano é constituído pela Emergência de Pediatria, Consulta de Pediatria, Internamento de Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais.

O **Serviço de Internamento Pediatria** está situado no piso 1 do Hospital e é constituído por seis enfermarias e três quartos individuais, que perfaz um total de 30 vagas, do foro médico e cirúrgico, crónicos e agudos, com idades compreendidas entre os 0 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias. O **Serviço de Neonatologia** integra o Departamento da Mulher e da Criança do Hospital Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos. Recebe crianças pré-termo e termo com patologia neonatal.

Escolhi ambos os serviços, para realizar estes módulos de estágio em primeiro lugar por estarem inseridos na ULSM, o que acarreta imensas vantagens para os utentes dada a relação próxima entre profissionais e daí a fácil articulação entre os diversos serviços de cuidados primários, secundários e terciários. Outra vantagem verificada foi a experiência e especialização de grande parte dos profissionais de enfermagem que compõe estas equipas, sendo assim notório na prática do dia-a-dia a aplicação de conhecimentos especializados na área da ESIP. Por outro lado no que se refere em específico ao Serviço de Internamento de Pediatria foi também determinante na escolha deste local a diversidade, já que é um serviço que engloba internamento cirúrgico e de medicina, o que se revelou de grande importância para o meu processo de aprendizagem.

O **Centro de Saúde da Senhora da Hora** é constituído pelas seguintes Unidades Funcionais: UCC da Senhora da Hora, UFS Caravela, USF Lagoa, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e rege-se pelas normas e protocolos de atuação da ULS. A

escolha deste local de estágio prendeu-se, essencialmente, em verificar a estreita e eficaz comunicação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares e com a vontade de colaborar na prestação de cuidados de saúde especializados e de excelência na comunidade contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais próximos, adequados, efetivos, e eficientes. Outro aspeto importante foi pelo facto de apresentarem projetos de intervenção especializados e inovadores como, por exemplo, o Projeto Bem-Me-Quer, nomeadamente no âmbito da parentalidade, pelo que considerei que seria um local de estágio potenciador da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da Saúde Infantil. A existência do Enfermeiro de Família, metodologia de trabalho utilizada nesta unidade - USF, também me impeliu para esta escolha já que este integra uma equipa de Saúde que presta cuidados de Enfermagem essenciais a uma comunidade definida, proporcionando ao indivíduo e família uma resposta acessível, personalizada e humanizada, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados.

2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

Conforme abordado anteriormente, foi obtida creditação ao Módulo III componente Urgência. Esta creditação foi concedida na sequência das aquisições efetuadas ao longo de quatro anos de atividade profissional no serviço de urgência pediátrica de um hospital central como o HDE, proporcionando o desenvolvimento de atividades e aquisição de competências na minha área de especialização.

Indo de encontro à perspectiva de Benner (2001), independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional no contexto do trabalho. É então no decorrer do tempo e da prática diária que se adquire experiência e se desenvolvem assim competências profissionais, o conhecimento é então fruto da interação entre os conhecimentos teóricos e os conhecimentos práticos.

É sob a forma de exercício reflexivo que se atinge o produto desta relação entre os conhecimentos adquiridos pela formação e os conhecimentos decorrentes da prática diária, sendo a própria reflexão uma forma de crescimento. A experiência deve ser concetualizada e refletida para ser formativa, sendo a reflexão um meio que permite desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais e através dela, numa perspectiva auto-formativa (Barroso e Canário, 1999).

Optei por categorizar as competências em quatro domínios da prática – Formação em Enfermagem, Investigação em Enfermagem, Gestão de Cuidados e Prestação de Cuidados – esta divisão relaciona-se com questões de organização e clareza na leitura do relatório.

O Serviço de Urgência Pediátrica encontra-se vocacionado para o atendimento urgente e emergente de crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias, com doença aguda e/ou súbita.

No que concerne à **prestação de cuidados**, a diversidade de casos clínicos existente proporciona o desenvolvimento de um leque de competências muito abrangente, que implicam desde logo ***“um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP”***. A prestação de cuidados de enfermagem na urgência obriga a um conhecimento teórico-prático mais abrangente dada a diversidade de situações que recorrem, intervindo em múltiplos focos de enfermagem quer de forma geral ou específica, não me centrando na patologia mas sim num cuidar à criança/família utilizando uma ***“Metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”***, através do processo de enfermagem nos diferentes sectores da urgência – Triagem, Pequena Cirurgia e Sala de Observações.

O aumento do número de atendimentos verificado atualmente nos Serviços de Urgência (SU), particularmente dos utentes cuja situação não necessita de cuidados urgentes, tem causado dificuldades às instituições que pretendem proporcionar serviços de qualidade às vítimas de situações de doença ou acidentes graves. Atualmente continuamos a assistir a uma “(...) *procura inadequada e excessiva de cuidados de saúde em serviços de urgência, por familiares de crianças em situações de doença aguda, mas não urgente/emergente*” (Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012, p. 51). Com efeito, quando a afluência aos SU é excessiva, surge a necessidade de estabelecer prioridades, de acordo com a gravidade da situação do utente, de forma a garantir a prestação de cuidados adequados a todos os utentes que a eles recorrem. No entanto, esta triagem é fator de muita insatisfação por parte dos pais e até mesmo das reclamações, pelo tempo de espera dos casos menos graves, no período de maior afluência, para o atendimento médico.

Surge assim as manifestações de desagrado, os diálogos agressivos, os mal-estares, os desentendimentos, que são sempre direcionados para nós, os enfermeiros. A experiência nestes contextos permitiu-me o desenvolvimento de uma atitude calma, tentando explicar e amenizar a situação, sem no entanto descurar o encaminhamento da queixa/mal-estar para os serviços médicos.

Na minha opinião a triagem corresponde ao local mais desafiante e exigente do SU, que traduz a autonomia da enfermagem enquanto profissão e desempenha um papel crucial e determinante na eficácia dos cuidados efetuados.

A triagem consiste num processo de avaliação preliminar, que classifica os doentes em função da urgência de atendimento e não da eventual gravidade da situação, com o intuito de atender o mais rapidamente possível as crianças com severa gravidade e com maior risco de agravamento por atraso no tratamento (Gravel, Manzano, & Arsenault, 2009). Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados, facilita a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades dos doentes (Bracken, 1998/2001). A perícia em matéria de tomada de decisão, em que o enfermeiro tem que identificar as necessidades de cuidados da criança aqui é fundamental. Assim sendo, a triagem consiste numa avaliação clínica breve que determina o tempo e a sequência em que os pacientes devem ser vistos no SU. Esta definição de prioridades é baseada numa avaliação breve mas sistemática da situação clínica do utente à chegada ao SU. No Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) a triagem é efetuada pelos enfermeiros e

consiste numa avaliação sistematizada, em que se determina o grau de prioridade para o atendimento médico do utente pediátrico, em função da sua gravidade clínica.

Assim durante a avaliação na Sala de Triagem utilizei a colheita da história como ponto de partida por meio de uma entrevista de cerca de 2 a 3 minutos, tal como recomendado, usando como fonte de informação não só os pais ou cuidadores como a própria criança e jovem, valorizando as suas queixas em função da sua idade e antecedentes. Tentei verificar a perceção dos pais quanto ao evento e as suas razões para considerá-lo grave ou potencialmente fatal. Procedi à observação sumária da criança que inclui a avaliação da temperatura, saturação de oxigénio (nos casos em que se observem alterações respiratórias), tensão arterial quando pertinente, presença de dor (avaliação através da escala numérica, escala de faces e escala comportamental FLACC) e peso. Todo este processo permitiu a aquisição de competências de comunicação, de empatia e compreensão, de gestão de stress, de estabelecimento de prioridades e gestão de cuidados. Tive ainda oportunidade de implementar os protocolos de atuação pré-definidos de forma a agilizar o atendimento no SUP. Assim, por exemplo, face ao Foco de atenção Febre pude proceder à administração imediata de antipirético que se encontra devidamente definida de modo a prevenir complicações (convulsões), relativamente ao Foco de atenção Dor sempre que adequado pude administrar terapêutica analgésica. Para além disso, outros protocolos estabelecidos com as especialidades médicas permitem o encaminhamento direto após a avaliação pelo Enfermeiro, a partir da sala de triagem (sem necessidade de avaliação prévia por Pediatra), o que melhora sem dúvida o fluxo de doentes e diminui o tempo de espera de atendimento, como é o caso do encaminhamento para Cirurgia Pediátrica, Ortopedia e ORL.

Procurei ter sempre em conta que o processo de triagem inicia-se com a chegada da criança e jovem ao SU e termina com a sua observação pelo médico, pelo que procurei neste intervalo reavaliar sempre que necessário as situações que o exigiam, de forma a estabelecer novas prioridades.

Uma ida ao serviço de urgência associa-se sempre a circunstâncias críticas, em que a ansiedade, o *stress*, o medo e a angústia inerentes a um processo patológico, reconhecido ou incógnito para a criança/jovem, dificultam o processo de comunicação, assim por vezes os pais manifestam alguma dificuldade em relatar os fatos de forma precisa e compreensível. A minha conduta consiste em demonstrar compreensão, tranquilizar os pais e explicar-lhes detalhadamente o processo que se seguirá, para que se acalmem e verbalizem mais objetivamente o motivo de recurso à urgência.

De salientar que durante a minha prática tive sempre de desenvolver um esforço acrescido para tornar a triagem num momento de avaliação rápida, criteriosa, objetiva e breve, de modo a não comprometer a avaliação de outras crianças, eventualmente com necessidade de cuidados mais urgentes. É por tudo isto, que o cuidar do enfermeiro no serviço de urgência não se esgota em competências técnicas – as competências relacionais são também fatores conducentes a potenciar a qualidade interventiva do enfermeiro. No entanto, na grande maioria das vezes a aplicação destas competências torna-se extenuante, pois o elevado número de doentes admitidos num curto espaço temporal, o seu curto internamento e o breve intervalo de tempo disponível para as intervenções são fatores condicionantes ao sucesso da relação enfermeiro/doente/família. Assim, no âmbito da prestação de cuidados, considero parcialmente adquiridas as seguintes competências, ***“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP, Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP”***.

A comunicação constitui também um instrumento decisivo na dinâmica de funcionamento da equipa, cuja eficácia influencia diretamente os resultados obtidos. Neste serviço, as situações de ameaça de vida são frequentes e, quase sempre imprevisíveis, os profissionais têm que lidar e gerir elevados níveis de *stress* no seu dia-a-dia. Além desta especificidade, este serviço acumula a presença de outros fatores, comumente reconhecidos como favorecedores de conflito, inerentes ao trabalho em grupo multidisciplinar (Vargas, 2010). O EE deve assumir esta preocupação adotando um papel determinante na amenização dos conflitos da sua equipa e na negociação de prioridades e formas de atuação com os profissionais de outras classes, com os quais trabalham em complementaridade. Estas exigências vêm de encontro ao que Martins e Franco (2004, p.7) preconizam para o enfermeiro especialista, sendo que “...*deve estabelecer relações de cooperação e apoio com a equipa, desenvolver técnicas de dinâmica de grupos de modo a ser moderador de conflitos e estabelecer um clima de confiança no interior do grupo*”. Deste modo pude exercitar as competências, ***“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”***.

É necessário permitir que os pais expressem as suas necessidades, medos e anseios relativamente ao estado de saúde dos filhos proporcionando um ambiente de ajuda mútua, promovendo uma maior interação entre as partes envolvidas no processo de recuperação da saúde das crianças.

É através desta interação e na promoção da confiança mútua, que o enfermeiro com EESIP tenta que os pais sejam parte integrante nos cuidados a prestar, de modo a promover cuidados mais familiarizados e menos disruptivos para as crianças.

Tendo em conta as restantes áreas assistenciais a nível da sala de Pequena Cirurgia as intervenções implementadas são em grande parte de carácter interdependente, em colaboração com o médico da especialidade. Assim durante a minha prática profissional tive oportunidade de colaborar na realização de suturas e tratamento de feridas, na preparação da criança/jovem para ser submetido a cirurgia, no encaminhamento para exames complementares de diagnóstico, na administração de medicação, nomeadamente analgesia para controlo da dor. Pude ainda proceder à transmissão de informação à criança e família, nomeadamente no esclarecimento de dúvidas e na redução da ansiedade, pela explicação do procedimento e de todas as intervenções de forma calma e em linguagem simples. Aproveitando também o momento para alertar os Pais para as estratégias de prevenção de acidentes. Deste modo, os focos de atenção/intervenções mais frequentes constituem a Ferida Traumática (realizar tratamento à ferida, ensinar sobre tratamento) e Dor (monitorizar dor, administrar analgesia).

Em relação à minha atuação a nível da Sala de Tratamentos esta relaciona-se frequentemente com a execução de intervenções interdependentes, relacionadas com o diagnóstico médico. Os focos de atenção mais frequentes relacionaram-se com Limpeza das Vias Aéreas (que implicou intervenções como Aspirar secreções, Realizar lavagem nasal e Instruir técnica de lavagem nasal aos Pais), Vômito e Diarreia (as intervenções consistiram em “administrar soro de reidratação oral”, “vigiar sinais de desidratação”, “ensinar Pais sobre sinais de desidratação”, “ensinar pais sobre prevenção da desidratação”). Durante a prestação de cuidados, procuro incentivar sempre a participação ativa dos Pais na execução dos procedimentos, motivando a sua presença e incluindo-os em algumas intervenções, de modo a rentabilizar estes momentos para a realização simultânea de intervenções do âmbito Ensinar/Instruir, dando maior ênfase à execução das intervenções autónomas de enfermagem, sobretudo das relacionadas com o desempenho do Papel Parental (Ensinar/Instruir os Pais sobre gestão de antipiréticos, Ensinar/Instruir Pais sobre técnica de lavagem nasal, Ensinar/Instruir sobre prevenção da desidratação) o que em muitos casos, pode contribuir para reduzir o recurso ao SUP por uma situação similar à atual.

A comunicação à criança/jovem acerca de informações relevantes relativas ao seu estado de saúde e aos tratamentos necessários é fundamental, tendo sempre em atenção que essa

informação tem de estar adaptada à fase de desenvolvimento em que se encontra a criança e adequada ao seu grau de compreensão. Tendo como objetivo a redução da ansiedade e de outros sentimentos negativos, mas sobretudo obter a colaboração da criança na execução dos procedimentos necessários. Procuo sempre valorizar os medos que as crianças verbalizam e demonstram, incutindo a necessidade inerente de proceder ao tratamento para a recuperação da saúde, desmistificando a situação, de forma a ***“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”***.

A criança fica internada na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) sempre que se preveja resolver/ estabilizar determinada situação clínica num período de 24 horas (pode ir até 48), findo este período ou a criança tem alta ou é transferida para uma enfermaria. Neste âmbito tive sempre preocupação em disponibilizar todo o conforto possível aos Pais, para que estivessem presentes de modo a minimizar o impacto negativo desta situação na criança/jovem. Na UICD, efetuei o acolhimento da criança/família, esclarecendo dúvidas acerca do funcionamento da Unidade e do equipamento (monitor cardio-respiratório ou bomba infusora, por exemplo) junto da criança/jovem e família de modo a reduzir assim medos e ansiedades. Planeei, executei, avaliei e registei os cuidados de enfermagem no sistema informático e de acordo com o preconizado no SUP. Quando adequado organizei/ planeei a transferência da criança/ jovem para a enfermaria (após contacto telefónico com o serviço, preparação da criança/ jovem e família para um “novo ambiente” e, posteriormente, acompanhamento à enfermaria, transmitindo aos elementos de enfermagem do serviço de destino toda a informação relevante a cada criança/jovem de forma a que pudesse estabelecer uma continuidade de cuidados) ou então preparei a criança/ jovem e família para a alta, fornecendo informações e ensinamentos específicos relacionados com a situação que causou o internamento na UICD, promovendo o envolvimento dos pais na promoção da saúde e tratamento da doença.

Durante a minha atividade profissional pude desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade. Neste sentido as competências desenvolvidas foram: ***“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”***.

As experiências foram variadíssimas desde o contacto com a criança vítima de maus tratos que constitui uma realidade frequente no SU, passando pelas situações de emergência algumas das quais que colmataram com a morte.

Segundo a DGS (2011, p.7), “*os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima*”. Fundamental para a prevenção e proteção adequada dos maus-tratos é a sua identificação. Assim, é importante que os enfermeiros saibam identificar indícios que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos. A problemática dos maus tratos, em qualquer contexto assistencial exige formação específica dos profissionais, nomeadamente na deteção precoce de sinais e sintomas de alerta, que permitam uma intervenção atempada e multidisciplinar, por parte dos profissionais. Assim, face a uma situação em que haja suspeita de sujeição a maus tratos, a minha intervenção teve como objetivos prioritários: proteger a criança/jovem, intervir no risco para prevenir evolução para o perigo, evitar a recorrência.

Existe uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, as situações clínicas em que pude intervir, foram essencialmente negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional. A partir do atendimento à criança vítima de maus-tratos, o enfermeiro pode tornar-se na primeira instância de uma rede de apoio que favoreça a interrupção do ato de violência. A forma como estas situações são encaminhadas depende do contexto em que ocorrem, sendo que o SU possui protocolos de atuação específicos e definidos que cumpri face a estas situações. Em todas as situações a promoção dos direitos da criança e do jovem foi efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada.

Relativamente à assistência de crianças/ adolescentes na Sala de Emergência este tipo de atuação devido à sua imprevisibilidade clínica implica não só uma complexidade técnica e organizacional, como engloba particularidades adicionais, nomeadamente a gestão do *stress* e da ansiedade, não só dos pais que aguardam apreensivos à porta da sala de emergência, como dos próprios profissionais. Neste sentido, sempre me preocupei em dar apoio à família que se encontra vulnerável quando tem um filho na sala de reanimação. São momentos de grande angústia e tristeza onde é possível, através das informações que vou transmitindo aos familiares acerca da criança contribuir para diminuir a ansiedade. Tive sempre particular atenção no apoio emocional e na transmissão gradual de informação, de acordo com a evolução da situação. Alguns casos culminaram mesmo com a morte da

criança neste caso é importante aliviar o sofrimento emocional e espiritual da família, mantendo o respeito e integridade pelas práticas e crenças culturais e espirituais dos familiares. Um constrangimento é não haver no serviço nenhum local próprio para estas famílias permanecerem, no entanto neste caso tentei sempre providenciar um espaço apropriado que proporcione a privacidade necessária. Sendo a morte uma situação disruptiva e complexa, requer ao profissional de saúde uma certa maturidade psicológica e profissional, baseado num processo contínuo de vivências e reflexões. Enquanto enfermeira com experiência em contexto de urgência, posso atestar que morrer na urgência de pediatria é uma situação abrupta, violenta e de grande choque, surgindo sentimentos como a impotência, frustração, desânimo, angústia e aceitação. Este processo é complexo para o doente, família e para o enfermeiro, pois nem sempre este se sente preparado para a comunicação de más notícias nem para falar sobre a Morte, naturalmente, que também, a estes fatores se acrescenta a visão do enfermeiro de urgência na luta contra a morte, implementando ações de tratamento e cura.

O planeamento de cuidados de enfermagem na sala de emergência constitui assim um processo complexo e cuidadoso, e requer uma cautelosa avaliação para determinar a eficácia dos cuidados.

De referir que as situações que pude assistir na sala de emergência prenderam-se essencialmente com consequências de doenças respiratórias, estados convulsivos, intoxicações, acidentes, tentativas de suicídio e traumas.

No que respeita à **gestão** de cuidados no SUP ressalva-se que, apesar de não assumir funções de responsável de turno, pude constatar e dar particular relevo às funções da enfermeira chefe e dos enfermeiros especialistas na dinâmica diária do serviço.

Cada equipa de enfermagem, por turno, é composta por um Chefe de Equipa, sem responsabilidade direta de prestação de cuidados em determinado local, e a gestão da equipa organiza-se de acordo com o circuito das crianças ao longo dos diferentes postos de assistência do SUP. Assim, um Enfermeiro tem a responsabilidade de assegurar os processos de triagem, outro colega presta colaboração na sala de pequena cirurgia, um outro realiza os procedimentos necessários após a avaliação médica inicial e por fim, um Enfermeiro têm a responsabilidade de assistir as crianças/jovens internadas na sala de Observações/ Unidade de Internamento de Curta Duração.

Os Chefes de equipa utilizam uma forma de gestão participativa, contando com a colaboração dos colegas, sobretudo dos restantes EE's, em momentos de tomada de

decisão. O envolvimento dos colegas e o espírito de equipa existente reflete-se num ambiente cooperativo, essencial nos momentos de grande intensidade de trabalho.

O Enfermeiro-chefe conhece aprofundadamente as características das equipas que coordena e com que se articula, modelando a sua forma de deliberação. Na ausência do Enfermeiro-chefe (noites, fins-de-semana, feriados e férias), as suas funções são delegadas no Enfermeiro Responsável de turno que, conhece a dinâmica de funcionamento do serviço e os princípios orientadores da conduta a que deve atender de acordo com a política do serviço.

Assim, durante todo o meu percurso enquanto profissional de saúde do SUP pude acompanhar a atuação da EE e colaborar nas mais diversas situações de gestão de conflitos, de organização e dinâmica do sector, em termos de gestão de recursos humanos de enfermagem e dos próprios cuidados mediante gestão da equipa de acordo com as necessidades de cada sector, promovendo-se a comunicação, o espírito de trabalho em equipa (de enfermagem e multidisciplinar) e a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionais, humanas, culturais e de gestão (de cuidados e de equipas).

Assim, na área da gestão, pude desenvolver competências no âmbito de ***“Realizar a gestão dos cuidados na área de EESIP e Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP”***.

Ao longo do meu percurso, tenho como objetivo a excelência do exercício profissional, o que tem determinado uma atitude crítico-reflexiva constante e a procura da formação/informação. Por considerar a formação contínua como um compromisso assumido após o término da licenciatura, procurei manter a atualização da minha prática investindo na **formação**, sobretudo na área específica em que exerço a minha prática. É neste contexto que decorre a necessidade de realizar a Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

A formação em serviço é um instrumento de apoio à mudança, na perspetiva individual de trajetória profissional, refletindo-se no plano mais amplo a nível institucional. Contribuí eficazmente para a mudança no desempenho, o desenvolvimento de competências, melhora a prática profissional, conduzindo à satisfação dos enfermeiros, auto-realização e valorização pessoal e profissional.

A formação em serviço visa atualizar ou conferir novos conhecimentos, capacidades, práticas, atitudes e formas de comportamento dentro da mesma profissão devido, nomeadamente aos progressos científicos e tecnológicos. Formação esta que se segue à

formação profissional inicial e que visa complementar e melhorar conhecimentos, no âmbito da profissão exercida.

Neste sentido, assisti como formanda a algumas formações em serviço que permitiram a atualização de conhecimentos de modo a ***“Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”***, enumero assim algumas das mais pertinentes para o exercício de funções como EESIP: “Suporte Básico e Avançado de Vida: Pediátrico e Adulto”, “Dor no Serviço de Urgência Pediátrica”, “Saúde, Higiene e Segurança – Controlo de Infecção Hospitalar”, “Primeiros Socorros”, “Diabetes Tipo I”, “Reanimação – Atualização e revisões dos novos consensos”, “Implementação da campanha de higiene das mãos”, “Gripe A H1N1”, “A criança maltratada – Que intervenção no Serviço de Urgência Pediátrica”, “Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico”.

A rapidez de evolução do conhecimento exige o desenvolvimento contínuo das competências de **investigação**, realizando pesquisa bibliográfica de forma sistemática e recorrendo a bases de dados científicas, no sentido de sugerir à equipa e aplicar na prática as evidências teóricas mais atuais, este tipo de atuação demonstra ***“compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”***. Acredito que as competências adquiridas no âmbito desta especialização vão permitir uma postura cada vez mais ativa em relação ao domínio da investigação, pelo que considero parcialmente adquirida a competência: ***“Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP”***.

3. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER DURANTE O MESIP

O Plano de Estudos propõe alguns objetivos gerais e um conjunto de 29 competências que o aluno deve atingir em contexto de estágio. Assim, os seguintes objetivos gerais orientam globalmente as competências a desenvolver, pretende-se que o aluno demonstre:

- 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, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);
- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz 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;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

As competências exigidas pelo Plano de Estudos constituíram assim a linha orientadora de todo o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo deste estágio.

Decidi agrupar as competências segundo os domínios em que se enquadram melhor, de forma a facilitar a exposição das atividades a desenvolver. Desta forma, agrupo-os em quatro domínios de competência das quais o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996) define no capítulo IV, artigo 9º, ponto 2 quando se refere às intervenções dos enfermeiros. Assim sendo, foquei a divisão na **Formação em Enfermagem, Investigação em Enfermagem, Gestão dos Cuidados e Prestação de Cuidados**.

Ao longo deste capítulo pretendo demonstrar a forma como se processou a aquisição e/ou aprimoramento das competências inerentes à prática de um EESIP. Desta forma, tendo por base o agrupamento das competências pelas áreas que têm vindo a ser referenciadas, decorreu o delineamento de objetivos específicos para o contexto assistencial, explicitados ao longo do relatório. Estes objetivos determinaram a necessidade de planeamento e

concretização de atividades que foram operacionalizadas no sentido de os alcançar, bem como a seleção, mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional. Associado a cada objetivo e grupo de atividades elaborei uma reflexão crítica na qual transmito a intencionalidade do trabalho desenvolvido, o significado das experiências vividas e o ganho que este período de formação me proporcionou, de forma a evidenciar as competências adquiridas.

3.1. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

No cotidiano dos enfermeiros ocorrem muitas oportunidades formativas. A formação do enfermeiro é um processo global de educação permanente.

Os profissionais de saúde têm necessidade de adquirir um conjunto de saberes, que não são estandardizados mas são saberes constituídos com base na formação inicial e enriquecidos e atualizados a partir de novos conhecimentos através da interação entre a formação inicial e experiência, *“a otimização do potencial formativo das situações de trabalho passa, em termos de formação, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que proporcionem no ambiente de trabalho as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências de aprendizagem a partir de um processo formativo”* (Canário, 1994, p.26).

A produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente reflexão das suas práticas. Referindo Espiney (1997) refletir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. Refere ainda Espiney (1997, p.183) que *“a formação dos profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência, requer que se enfatize a ligação do profissional com o local de trabalho”*. Segundo Canário (1994, p.27), *“para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objeto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão diretamente implicados”*. Este tipo de formação é a base para o desenvolvimento de competências, deve ser criativa e deve promover a reflexão crítica de forma a dar resposta no desenvolvimento das suas atividades aumentando a sua performance.

Competências a atingir

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a

formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Promover o autodesenvolvimento pessoal e profissional

- ✓ Consultar manuais, normas e protocolos de interesse
- ✓ Participar em eventos formativos

Refletir sobre a prática é, em si, uma prática de formação, porque revela a possibilidade de transformação do mundo e das formas de conhecê-lo.

O valor das instituições é reconhecido pela comunidade pelo nível de cuidados que os seus profissionais prestam. Daí que a formação contínua e o desenvolvimento profissional seja um objetivo das mesmas, mantendo atualizados os conhecimentos dos profissionais, ajudando à aquisição e consolidação das competências necessárias para a adequação dos recursos às necessidades existentes.

O próprio Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que frequento e que se apresenta agora na reta final é prova fidedigna de uma preocupação extrema em aumentar conhecimentos na área que mais me agrada, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Considero que foi sempre minha preocupação saber mais para melhor cuidar e para que a minha aprendizagem fosse rentabilizada.

No caminho para a excelência, investi continuamente ao longo do estágio no meu aperfeiçoamento profissional e no desenvolvimento de competências, nas várias áreas de atuação do enfermeiro. Neste sentido, mantive uma postura auto-crítica permanente, bem como das realidades que encontrei, de forma a promover o meu crescimento. O intercâmbio de ideias e pontos de vista, bem como de conhecimento, permitiu-me adquirir uma postura mais abrangente e diferenciada. É minha convicção que um desempenho diferenciado está também relacionado com as características pessoais dos profissionais, com a predisposição para uma atualização permanente dos conhecimentos adquiridos e sobretudo a capacidade de colocar as crianças/família no centro de todo o processo de prestação de cuidados.

Durante o meu percurso, foi-me proporcionado concretizar várias experiências, favorecedoras da aquisição de saberes conducentes ao exercício profissional diferenciado.

Acredito que no contacto com realidades e profissionais diferentes, se obtêm ganhos a vários níveis se enriquece pessoalmente e neste caso particular, também profissionalmente.

Manter um processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional implica muito empenho e dedicação, uma vez que é um percurso constante e inacabado.

A formação é um dos pilares fundamentais para a gestão de recursos humanos, pela permanente valorização do saber, saber fazer e saber ser, levando a um desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa.

Ao longo deste período, também contribuí para o desenvolvimento pessoal e profissional dos restantes enfermeiros, quer pela partilha de conhecimentos, quer pelos momentos de discussão que foram surgindo.

Por fim para atingir este objetivo, pude ainda participar no VI Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, no dia 5 de Maio de 2012, com a realização de um poster subordinado ao tema “A teoria do conforto e os cuidados centrados no desenvolvimento do RN pré-termo: da teoria à aplicação na prática clínica de enfermagem” na UCP.

Competências a atingir

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Promover a formação em serviço na área de EESIP.

Desenvolver competências na formação de pares.

- ✓ Identificar as necessidades formativas das equipas na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP)
- ✓ Partilhar com as equipas eventuais atualizações emanadas pela investigação que surjam, relacionadas com o seu âmbito de atuação
- ✓ Participar ativamente nas passagens de turno e noutros momentos na discussão de casos clínicos
- ✓ Realizar sessão de formação a pares sobre tema atual e relevante, relacionado com a área de SIP
- ✓ Divulgar informação sobre a realização de eventos formativos

Na verdade, a profissão de enfermagem exige a atualização de conhecimentos adquiridos na formação de base, mas que têm que ser permanentemente renovados. Assim, a formação em serviço surge como uma estratégia de atualização para melhorar a qualidade dos cuidados. O Enfermeiro Especialista é frequentemente responsável pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade, assim como colaborador nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço.

A formação em serviço é uma atividade tão importante quanto o é a prática dos cuidados de enfermagem, pois por se desenrolar em simultâneo com a prática profissional, convida a desenvolver as capacidades de pensar e refletir sobre acontecimentos e os próprios atos. Como refere (Canário, 1994, p.27), *“para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho, objeto de reflexão e pesquisa...”*, é assim através da possibilidade de refletir em grupo, através da formação aos pares e da partilha de conhecimentos e experiências, que os profissionais podem construir o seu próprio conhecimento.

A formação em serviço tem como finalidade ser um instrumento de mudança, permitindo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, de forma a acompanhar a constante evolução científica e tecnológica, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É no contexto da articulação estreita das práticas formativas com os contextos de trabalho, que existe o reconhecimento do valor formativo no ambiente de trabalho, pelo que estes contextos representam um grande potencial de formação, facilitando e promovendo possíveis mudanças individuais e coletivas, tendo como objetivo fundamental a “garantia” da qualidade.

No âmbito da formação de pares, tendo em conta o objetivo por mim delineado e um dos objetivos propostos no Guia Orientador de Boa Prática da Dor, da Ordem dos Enfermeiros (2008, p.20) que propõe *“Garantir a articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor”*, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem da UCC Senhora da Hora para a temática da dor, deste modo planeei e realizei uma ação de formação subordinada a este tema – Dor na Criança. (Anexo I, Anexo II, Anexo III).

A prevenção e o alívio da dor é mais do que uma responsabilidade dos enfermeiros tornou-se um dever ético que nos permite valorizar os nossos atos e de desenvolver competências que promovam a avaliação e controlo da dor na criança com vista a alcançar o seu bem-

estar. O que me leva a acreditar ter contribuído para a uniformização e melhoria dos cuidados prestados aos clientes.

Embora consciente de que entre todas as realidades assistenciais, os Cuidados de Saúde Primários constituam provavelmente, o serviço onde a criança/ jovem experiencia menos dor, não podemos partir desse preceito para rejeitar estratégias que contribuam para a sua minimização.

Neste sentido a nível dos Cuidados de Saúde Primários, podemos considerar que as experiências dolorosas são menos frequentes, embora por exemplo a imunização seja um procedimento doloroso causador de grande impacto nos pais e na criança, apesar de clarificadas as suas amplas vantagens.

De acordo com Hatfield *et al* (2008), a relutância dos pais na adesão à vacinação pode ser parcialmente explicada pela perceção que estes têm que os seus filhos vivenciam uma dor substancial durante as várias imunizações.

Neste sentido e tendo em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta dos Direitos da Criança, que diz que “ *As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*”, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, adotar estratégias que minimizem a dor associada a estes procedimentos. Este facto é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.11) que defende que “*Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*”

Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que constitui um desafio muito gratificante.

A valorização da dor como 5º sinal vital impõe a aquisição de estratégias de avaliação sistemática e intervenção dirigida à minimização dos seus efeitos, com especial impacto na criança.

Neste contexto, a oportunidade da formação em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos.

A adesão por parte dos profissionais de saúde apesar da divulgação prévia e atempada foi escassa, no entanto os enfermeiros que estiveram presentes mostraram o seu agrado pelo tema, tendo em vista uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente pediátrico, adequadas as suas realidades e que configurem a expressão de um verdadeiro desenvolvimento da nossa profissão. A grande maioria dos elementos da equipa

de enfermagem manifestou preocupação e diz valorizar a dor desencadeada pelos profissionais nos procedimentos invasivos ao cliente. Neste sentido, foram abordadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas de controlo e alívio da dor. Sugeri por exemplo a utilização da sacarose, esta tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso, que não se resumem apenas ao período neonatal. São vários os estudos que suportam a evidência de que a sacarose é eficaz na redução da dor associada a procedimentos dolorosos bem como reduz o tempo de recuperação da criança após este procedimento. (Hatfield *et al*, 2008; Dilli, D., Kucuk, IG & Dallar, Y., 2009; Hardcastle, T., 2010; Taddio, A. *et al.*, 2008).

A formação em serviço deve ser um importante instrumento, quer de construção e de atualização de conhecimentos, quer de mudança institucional, pelo que importa fomentar uma dinâmica de participação e cooperação, para que todos os profissionais se sintam implicados e valorizados.

A formação em serviço é considerada um direito e um dever, é indispensável em todos os serviços, sendo uma obrigação partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, centrada no mesmo objetivo: a melhoria do desempenho profissional e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A identificação de necessidades formativas, planeamento, intervenção e avaliação do impacto da formação foram atividades que desenvolvi ao longo deste percurso, e que contribuíram positivamente para o desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de novas competências, no domínio da formação, exigidas ao EE.

3.2. INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Investigação em Enfermagem representa, hoje e cada vez mais, um papel relevante no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos. O conhecimento está em pleno estado de desenvolvimento e isso implica a possibilidade de encontrarmos, na prática, atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos. Os avanços tecnológicos representam aquisições ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser.

Assim, é necessário compreender o impacto que estes apresentam no cuidado, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem a sua aplicação. O conhecimento adquirido através da investigação em enfermagem é crucial para

desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Os enfermeiros têm reconhecido a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam, ou seja, de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência disponível na sua prática clínica.

Assim, a investigação constitui uma base sólida na aquisição de saberes que, conseqüentemente se traduz num melhor desempenho na prática da Enfermagem, promovendo a qualidade dos seus profissionais e dos cuidados que prestam à sociedade.

Competências a atingir

Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Desenvolver competências para a utilização do conhecimento baseado na evidência, na prática assistencial

- ✓ Realizar pesquisa bibliográfica de atualização, de forma sistemática
- ✓ Identificar áreas que necessitem ser investigadas e aprofundadas
- ✓ Aplicar a evidência científica atual para fundamentar as intervenções planeadas
- ✓ Analisar de forma crítica e incisiva as práticas de enfermagem à luz da evidência científica

O compromisso de atualização contínua é comum a todos os Enfermeiros, contudo, ao Enfermeiro Especialista é-lhe acrescida uma maior responsabilidade, no sentido de promover ativamente a formação permanente (do próprio e da equipa). Deste modo, e enquanto elemento pró-ativo e dinamizador dentro da equipa de saúde, próximo da prestação direta de cuidados, o Enfermeiro Especialista ocupa um lugar privilegiado para facilitar a aproximação entre esse conhecimento teórico e a prática, ou seja, assume uma

posição cimeira para a promoção da prática baseada na evidência (PBE), de forma sistemática.

Foi meu objetivo refletir sobre a prática, procurar na evidência científica as respostas às minhas inquietações e dúvidas, para tal efetuei pesquisa nas seguintes bases de dados: *MEDLINE*®, *CINAHL*® e *Cochrane*®, de forma a sustentar a minha intervenção, prestando cuidados de qualidade e provocando mudanças efetivas da prática se adequado.

Neste processo, foi meu objetivo integrar na prática não só a minha experiência individual, mas a melhor evidência na área da Saúde Infantil e Pediátrica. Tal como afirmam Hockenberry, Wilson e Barrera (2011, p.377), “(...) *os enfermeiros de pediatria têm a oportunidade única de fortalecer a sua ação no sentido de promover uma diferença significativa na vida da criança e sua família, ao colocar continuamente perguntas sobre os cuidados que presta, e procurando e avaliando a evidência que apoia ou refuta as práticas tradicionais, para a implementação das melhores práticas, avaliando a eficácia da evidência na prática de enfermagem*”.

Com base nesta premissa, várias foram as situações que, no decorrer do estágio, suscitaram a pesquisa e muitas vezes a curiosidade de avaliar a adequação da prática à evidência. Por exemplo, a avaliação da temperatura rectal, utilizada no Serviço de Pediatria durante o primeiro ano de vida da criança, situação que constatei como pouco adequada de acordo com a evidência, o que suportou a minha prática. Segundo Radhi e Barry (2006) apesar da temperatura rectal ser a que representa com maior precisão a temperatura central, esta deve ser usada cautelosamente, pois esta avaliação é desconfortável e pode até ser dolorosa e traumatizante para as crianças pequenas e maiores, acarretando riscos potenciais, tais como perfuração rectal ou termómetros partidos, com o uso incorreto.

A implementação da prática baseada na evidência na enfermagem pediátrica pode contribuir para um aumento da qualidade da assistência à criança e para uma redução de custos, uma vez que existem atividades desenvolvidas na prática profissional que podem ser questionadas e eliminadas, como é o exemplo da desinfeção do coto umbilical com álcool. A OMS (1998) refere que, não há ainda uma resposta cabal e consensual para a questão de quais são os melhores cuidados com o cordão umbilical, indica contudo que não existe um antisséptico/ antimicrobiano de eleição e com comprovadas vantagens para a desinfeção do local. Acrescentando a este facto que o seu uso modifica a flora da pele do RN, podendo conduzir à emergência de estirpes resistentes. Pelo que recomenda que se após um parto hospitalar, o RN ficar junto da mãe e esta for a principal prestadora de cuidados e se existir uma taxa baixa de infeções cutâneas no serviço, a aplicação de

antissépticos não será necessária. Sendo que as principais medidas a adotar relativamente aos cuidados com o cordão umbilical serão as de limpeza com água tépida, secagem e vigilância.

Ao longo dos estágios, resultante da pesquisa efetuada, fui-me deparando com artigos de investigação com potencial interesse nas diferentes áreas assistenciais, pelo que procurei disponibilizá-los aos enfermeiros tutores, de forma a dar conhecimento a toda a equipa, para que estes possam também integrá-los e incorporá-los na sua prática.

3.3. GESTÃO DE CUIDADOS

O perfil do enfermeiro especialista é “*entendido como um elemento-chave na equipa a nível da conceção/ gestão e supervisão de cuidados de maior complexidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 322).

A gestão torna-se, então, um processo com o objetivo máximo de organizar a prestação de cuidados de enfermagem, através do diagnóstico, do planeamento, da execução, da coordenação, da supervisão e, conseqüentemente, da avaliação de todos os procedimentos da equipa de enfermagem, das necessidades dos utentes e suas famílias, assim como da instituição de saúde. Todas estas ações possibilitam articular as funções de gestão, as dimensões políticas, técnicas e de comunicação (Christovam e Porto, 2008).

Competências a atingir

Realizar a gestão dos cuidados na área de EESIP;

Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de EESIP.

Adquirir conhecimentos sobre estratégias de gestão em enfermagem, nos diversos contextos assistenciais

- ✓ Refletir sobre as competências do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional dos serviços
- ✓ Observar a dinâmica de funcionamento dos serviços
- ✓ Conhecer os modelos de gestão de cuidados, recursos humanos e materiais
- ✓ Adequar a utilização dos consumíveis e equipamentos
- ✓ Colaborar com a equipa nos procedimentos de garantia e melhoria contínua da Qualidade
- ✓ Promover a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde

- ✓ Participar nas atividades de gestão dos cuidados de enfermagem

Um dos domínios fundamentais da atuação do enfermeiro especialista é a gestão. A gestão em enfermagem inclui a gestão dos cuidados de enfermagem, dos recursos humanos, dos recursos materiais e da informação. Neste contexto de aprendizagem, a minha atenção incidiu sobretudo na gestão de cuidados de enfermagem. A gestão de cuidados tem como função assegurar a disponibilidade de recursos para garantir os cuidados específicos à condição de cada doente/ família.

Na realidade dos serviços, a enfermeira especialista representa um elemento de apoio à chefia e neste sentido, na ausência da Enfermeira-chefe, as suas funções são delegadas no Enfermeiro Responsável de turno que, sendo este sempre um EESIP com avançadas competências ao nível da gestão, liderança e formação, conhece a dinâmica de funcionamento do serviço e os princípios orientadores da conduta a que deve atender de acordo com a política do serviço, sempre que for chamado a tomar alguma decisão. No entanto, muitas vezes, o EE ao centrar-se na gestão afasta-se da prestação direta de cuidados, tendo em consideração as competências diferenciadas do EE na minha opinião estas devem ser colocadas à disposição dos clientes. Ao nível dos cuidados de saúde primários, no serviço de Neonatologia e no Serviço de Internamento de Pediatria, estes profissionais cumulam a gestão com a prestação de cuidados, com óbvios benefícios, ao invés do que acontece com o Responsável de Equipa no SUP, cujas inúmeras tarefas de gestão o afastam dos cuidados.

Ao assumir a responsabilidade do turno e a chefia da equipa de trabalho a enfermeira especialista, desempenha, assim, as suas competências de liderança, assumindo perante os seus pares um papel de referência nos cuidados assegurando a organização do serviço.

No sentido de adquirir estas competências, procurei observar e acompanhar o enfermeiro especialista em ESIP e conhecer o seu papel nos locais de trabalho, estabelecendo um paralelismo com a minha própria realidade profissional. Verifiquei, então, como a equipa deposita no especialista uma responsabilidade pela excelência dos cuidados e pela organização do trabalho. De facto, espera-se que seja capaz de orientar os seus colegas, de gerir o serviço, de estabelecer prioridades e de prestar cuidados segundo as necessidades do doente e sua família, recorrendo aos seus conhecimentos e recursos existentes no serviço de forma a adequar as atividades a implementar. Compreende-se, desta forma, a mais-valia que este elemento representa não só para a equipa de enfermagem, como também para a equipa multidisciplinar e para a população-alvo dos seus cuidados.

Assim sendo, para que o EE desempenhe um papel de relevo junto dos colegas, é necessário que demonstre uma capacidade de organização e raciocínio objetivo, evidenciando habilidades na estruturação e hierarquização dos cuidados.

A nível da gestão de recursos humanos, na elaboração do plano de trabalho, tal como observado, é essencial gerir a equipa de acordo com as suas competências e grau de complexidade da situação clínica da criança, sendo reconhecida a relevância dos enfermeiros especialistas. Assume ainda particular importância, no contexto da população pediátrica, a promoção da presença do mesmo enfermeiro na prestação de cuidados à criança, de forma a privilegiar a relação estabelecida, levando a uma maior continuidade e qualidade de cuidados.

Assim, pude colaborar com as EE na elaboração do plano de trabalho diário onde são divididos os enfermeiros da equipa pelas várias camas, tendo sempre em atenção o tipo de patologia e os elementos de enfermagem a trabalhar. Tentando conciliar enfermeiros mais experientes com elementos mais novos para uma entreaajuda eficaz. Essa escolha é feita numa avaliação criteriosa e objetiva no momento, mas com o intuito de garantir sempre a segurança da criança/família e dos profissionais, como nos casos de isolamento. Pude também colaborar na atribuição de cama aquando da admissão de uma criança, antes da admissão da criança/ adolescente no internamento de pediatria são considerados vários critérios como a idade, patologia e o sexo (sobretudo em adolescentes). Sempre que possível agrupamos na mesma enfermaria os adolescente com idade similar e com o mesmo sexo, de modo a promover a sua maior privacidade. Atendendo à patologia distribuimos por exemplo as crianças com patologia do foro respiratório na mesma enfermaria, as crianças com patologia do foro gastrointestinal noutra enfermaria e as crianças propostas para cirurgia noutra enfermaria, com o objetivo de procedermos à prevenção e controle de infeção hospitalar. Pude também requisitar a dieta mais adequada a cada criança, função essa da responsabilidade do enfermeiro responsável.

Durante o período de estágio o contato com os diferentes contextos da prática permitiu-me observar os diferentes modelos de gestão implementados nos serviços, de acordo com características/ âmbito de atuação do serviço e as características dos profissionais que aí exercem as suas funções.

Desde modo, tive oportunidade de verificar que tanto no Serviço de Neonatologia como no Serviço de Internamento de Pediatria o método de organização dos cuidados é o individual, tendo cada Enfermeira à sua responsabilidade a prestação global de cuidados ao RN/ criança/ adolescente e à sua família. Apesar das inegáveis vantagens relacionadas com a

possibilidade de estabelecimento da relação terapêutica e do conhecimento mais aprofundado acerca da situação clínica, penso no entanto que a aplicabilidade deste método na prática não deve ser demasiado rígido, a distribuição dos clientes pelas Enfermeiras é necessária tendo em consideração a dinâmica de funcionamento do serviço, no entanto o espírito de equipa e de ajuda deve estar ativo, mesmo quando este apoio não é estritamente necessário, pois é bastante útil na prestação diferenciada de cuidados, uma vez que pode haver assimetria na qualidade de cuidados prestados devido a níveis de competência diferentes entre os enfermeiros, pelo que é importante a supervisão e avaliação dos cuidados por parte do EE Responsável de Turno.

No que diz respeito ao Módulo I, nomeadamente no âmbito das UFS cada Enfermeiro trabalha em complementaridade funcional com um ou mais médicos constituindo assim, a equipa de família (médico e Enfermeiro de família). As USF são assim compostas por equipas de saúde familiares, constituídas por médico de família, enfermeiro de família e assistente técnico. Neste sentido, na USF o método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Família implementado preconiza que todos os Enfermeiros assumam a responsabilidade pelos cuidados de um grupo de famílias. Deste modo, vigora um modelo de gestão partilhado, em que os vários EE's da equipa assumem o compromisso de colaboração nas atividades de gestão. Tive ainda oportunidade de constatar as vantagens associadas à prestação de cuidados por Enfermeiro de Família este método é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade.

Com o decorrer do estágio fui constatando que, a relação de confiança estabelecida entre a enfermeira de SI e criança / família, desempenha um papel preponderante no sucesso dos cuidados. O facto de estar preparada para ir ao encontro das necessidades do utente, faz toda a diferença. Há uma relação de proximidade que permite fomentar a responsabilidade individual pela saúde, facilitando o ato de cuidar.

No âmbito da UCC a coordenadora possui o título de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, compete-lhe coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e dos princípios orientadores da atividade da UCC. Assume a responsabilidade de elaboração de horário, plano de férias e plano de distribuição de enfermeiros.

A nível da gestão de cuidados, foi essencial a observação do trabalho da enfermeira orientadora na UCC, quer por um lado, na gestão da Saúde Escolar e dos projetos em curso

promotores da parentalidade, quer na definição de prioridades e áreas de atuação, o que foi muito gratificante para a minha formação como futura Enfermeira Especialista.

No que respeita à gestão de consumíveis e fármacos, como os vários Módulos de estágio foram experienciados na ULSM, o sistema de reposição de *stocks* nos diferentes contextos é comum efetuando-se através do sistema de reposição por níveis. Comparativamente com a minha prática profissional em que a gestão de consumíveis é efetivada recorrendo ao sistema tradicional de distribuição de consumíveis (associado a um pedido semanal realizado pela Enfermeira-chefe), pude constatar que o sistema de reposição por níveis é bastante vantajoso, prático e funcional, no sentido em que diminui drasticamente a quantidade de consumíveis e fármacos existentes em armazém, reduz os desperdícios por caducidade do material e o tempo despendido semanalmente a realizar o respetivo pedido.

No zelo pela segurança dos utentes e profissionais, mantive uma postura preventiva, minimizando os riscos potenciais não só da minha atuação, mas também dos outros. A nível da Pediatria assumem particular relevo os riscos ambientais para as crianças internadas, pelo que, por exemplo, o risco de queda foi sempre alvo da minha atenção. Também a nível do Controle da Infecção, dado a particularidade da população pediátrica, o risco de infeção cruzada foi também uma preocupação, pelo que investi nos ensinamentos aos pais, às crianças e visitas.

Ainda no âmbito da gestão de cuidados, no contexto da minha prática profissional atual no Serviço de Internamento de Pediatria e devido à experiência adquirida ao longo destes anos, posso desenvolver competências no âmbito da gestão, facto que foi reconhecido pela possibilidade de assumir funções de responsável de turno.

A nível dos recursos materiais, procuro efetuar e promover na equipa uma gestão eficiente, quer pela sua correta utilização, quer pela deteção e comunicação de anomalias. Na gestão dos cuidados, colaboro na elaboração do plano de trabalho, otimizando as competências individuais de cada elemento bem como as oportunidades e/ou necessidades de aprendizagem. No desenrolar da minha atividade procuro também supervisionar o trabalho dos colegas mais novos no serviço, apoiando-os na tomada de decisão, pelo esclarecimento das suas dúvidas e o incentivo à prática reflexiva.

Competências a atingir

Liderar equipas de prestação de cuidados especializados;

Exercer supervisão do exercício profissional;

Colaborar no processo de integração dos novos profissionais.

Cooperar com a equipa na integração de novos profissionais

- ✓ Conhecer o processo de integração de novos profissionais
- ✓ Analisar o manual de integração do serviço nos diferentes contextos

O momento de integração de um novo membro na equipa deve ser cuidadosamente preparado e orientado para que, no mais breve espaço de tempo possível, esse elemento se sinta preparado para desempenhar o seu trabalho dentro da equipa, de forma autónoma.

Durante os estágios não tive oportunidade de acompanhar nenhum processo de integração (a equipa manteve-se fixa). Assim, relativamente a este assunto, procurei centrar-me na análise crítica do Manual de Integração. O Manual de Integração proporciona ao elemento a integrar informação que lhe permita familiarizar-se com as políticas e procedimentos da Instituição e identificar-se com os objetivos e programas da mesma. Nos diferentes contextos de estágio, a integração do novo elemento desenvolve-se num período de tempo não definido, dependendo das características individuais, experiências anteriores do elemento e das necessidades do serviço. Durante o período de integração o novo profissional fica normalmente sob responsabilidade de um elemento da equipa de enfermagem, sempre que possível EE, que durante o período de integração transmite informações várias como procedimentos, normas e protocolos da instituição/serviço, sistemas de documentação da assistência e cuidados a prestar aos doentes/utentes sob sua responsabilidade. O plano de integração é discutido e analisado com o profissional em integração e deve incluir os objetivos a curto e médio prazo, que vão sendo avaliados: determinar em que medida os objetivos estão a ser atingidos e refletir sobre como melhorar.

Durante a minha prática profissional diária atual no Internamento de Pediatria uma das funções que exerço no serviço é a integração de novos profissionais e a orientação de alunos contribuindo assim para o meu enriquecimento na área da supervisão clínica, implicando uma atualização de conhecimentos permanente. A integração fornece ao enfermeiro/ alunos conhecimentos sobre normas, procedimentos e particularidades do serviço. Estas informações permitir-lhe-ão obter a segurança e autonomia necessárias a cada momento, encorajando-o e motivando-o para as funções a desempenhar, tal como afirma Chiavenato (2000, p.263) sobre o que é um programa de integração “...é fazer com

que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros”.

3.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

É inegável a importância de, no seio da sua atividade profissional, a enfermeira com uma especialização na área desenvolver as suas competências, tendo oportunidade de prestar cuidados diferenciados plenamente adequados às necessidades da criança/ adolescente e sua família, demonstrando a mais-valia que acarreta a sua formação profissional no exercício da sua atividade, servindo como elemento de referência para a restante equipa representando um papel determinante para o desenvolvimento de cuidados de excelência. Para isso, torna-se fundamental que desempenhe as suas funções nas diversas áreas de atuação da enfermagem. Sem esquecer que a prestação de cuidados será sempre o contexto major de desempenho das suas funções, o enfermeiro especialista deve, de acordo com estipulado pela carreira de enfermagem e pela OE, exercer outras funções que contribuam para o aperfeiçoamento da sua capacidade de resposta às necessidades da população, bem como para o desenvolvimento e visibilidade social da profissão.

<i>Competências a atingir</i>
Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência da criança/família;
Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.

Desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com a promoção de saúde e prevenção de doença junto da comunidade, através da participação no programa de saúde escolar.

- ✓ Identificar necessidades de educação para a saúde
- ✓ Promover estilos de vida saudáveis e o crescimento/ desenvolvimento infantil

- ✓ Fomentar a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde
- ✓ Planear, executar e avaliar duas Ações de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar

Compete ao enfermeiro especialista a identificação precoce de situações de risco e intervir de modo a promover comportamentos de saúde adequados de forma a capacitar o indivíduo para o auto-cuidado e como principal agente do seu bem-estar e nível de saúde. Através das suas competências, o enfermeiro especialista em ESIP será capaz de desenvolver estratégias adequadas às características do grupo de crianças e jovens com que se depara e ao contexto socioeconómico em que se inserem. Assim sendo, no âmbito da educação para a saúde, na saúde escolar a colaboração do enfermeiro especialista faz todo o sentido, pois será esta cooperação que acarretará intervenções efetivas na promoção da saúde das crianças e jovens.

Considero tratar-se de uma oportunidade para aproximação à comunidade escolar local, bem como de um momento para poder colaborar nas práticas de Promoção e Educação para a Saúde na comunidade, pois tal como diversos autores consideram, a educação para a saúde é *“uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didático e de investigação”* (Barroso *et al*, 2005, p.10).

No âmbito da Saúde Escolar foram propostas duas atividades distintas tanto no que diz respeito aos temas como ao público-alvo.

Uma das intervenções tinha o objetivo de abordar cinco turmas de 12º ano da Escola Secundária da Senhora Hora sobre o tema “Sexualidade” (Anexo IV, Anexo V, Anexo VI). Sabendo que estes alunos tinham já sido alvo de uma educação para a saúde pela enfermeira responsável pela Saúde Escolar no decorrer do 9º ano sobre esta temática, e partindo do pressuposto que alguma informação já teria sido adquirida nessa altura iniciei a minha ação elaborando um questionário para avaliar os conhecimentos prévios existentes e identificar as principais lacunas/ necessidades para assim delinear a sessão de educação para a saúde, com o intuito de ajustar à dimensão do problema e à população-alvo.

As sessões foram interativas e participativas. Por se tratar de cinco turmas com características e conhecimentos distintos, exigiu uma grande capacidade de adaptação e gestão da sessão, pelo que foi muito gratificante fazer parte deste projeto. A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos é um importante contributo para a sua formação

pessoal e social tendo ganho um protagonismo crescente nos sectores da Educação e da Saúde.

Durante as sessões foi essencial o estabelecimento de uma relação de confiança entre os adolescentes, de modo que estes fossem capazes de revelar os seus sentimentos, problemas, perspetivas e dúvidas, percebendo que seriam os principais beneficiados com esta relação. Utilizei uma linguagem simples e realista, recorrendo ao diálogo e a algumas técnicas de apoio narrativo que permitem uma comunicação bidirecional, promovendo uma melhor explicitação ao adolescente e a criação de um ambiente empático. O recurso a perguntas abertas, escuta reflexiva, reestruturação positiva, afirmações de automotivação foram algumas das técnicas empregues. Nas diversas turmas, houve oportunidade de lidar com adolescentes com diferentes atitudes: falador, nervoso, silencioso, escarecedor, o que constituiu um verdadeiro desafio. É fundamental compreender, valorizar e escutar o adolescente, orientando a conversa até à reflexão pessoal.

Esta experiência foi bastante enriquecedora, na medida em que me proporcionou um novo e elevado desafio, exigindo o desenvolvimento permanente de estratégias adaptadas e adequadas face aos adolescentes em concreto com quem tive contato. Desta forma as sessões nunca se desenrolaram de uma forma linear e estática, dependeram sempre da participação e colaboração dos intervenientes.

No âmbito do assinalar o Dia do Não Fumador, elaborei, conjuntamente com a minha colega de estágio, uma ação de educação para a saúde de Sensibilização, destinada a cerca de 150 crianças do 1º ciclo, com idades compreendidas entre os seis e dez anos de idade (Anexo VII, Anexo VIII). Este tipo de ações constitui na minha opinião uma estratégia fundamental na prevenção do tabagismo. Durante estas ações de educação ao contrário do que estava à espera devido principalmente à faixa etária, as crianças possuíam já algumas informações sobre este assunto.

O reforço das atividades de redução de comportamentos de risco constitui a base para a obtenção no futuro de adultos saudáveis. A consolidação de estilos de vida saudáveis nas crianças é um processo que implica a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco. A Educação para a Saúde é deste modo, uma oportunidade para fomentar atitudes assertivas, sendo uma estratégia para que essas melhorias, que são desejáveis, sejam alcançadas.

Tendo em conta o tema desta ação de educação para a saúde, considero que a prevenção será tanto mais eficaz quanto mais precocemente dotarmos as crianças de conhecimento para que possam tomar decisões responsáveis e fundamentadas. O enfermeiro, e

principalmente, o enfermeiro especialista, têm aqui um papel fulcral em promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis.

Promover a assistência à família no apoio ao desempenho dos papéis parentais

- ✓ Apoiar e promover o desempenho da parentalidade
- ✓ Detetar problemas e/ou dificuldades dos Pais na prestação de cuidados
- ✓ Escutar ativamente os Pais/Cuidadores
- ✓ Demonstrar disponibilidade e compreensão para atender os Pais/Cuidadores
- ✓ Esclarecer as dúvidas apresentadas pelos Pais, de forma clara e compreensível
- ✓ Apoiar os pais na satisfação das necessidades da criança
- ✓ Apoiar a criança na satisfação das suas necessidades
- ✓ Negociar o plano de cuidados
- ✓ Demonstrar respeito pelas convicções e prioridades estabelecidas com os Pais/Cuidadores, procurando integrá-las no processo de cuidados Informar sobre recursos existentes na comunidade de apoio à parentalidade
- ✓ Participar em sessões de massagem infantil
- ✓ Realizar visitação domiciliária
- ✓ Participar numa sessão temática do Curso de Educação Parental sobre Vigilância de Saúde: problemas comuns
- ✓ Promover, em todas as situações, o aleitamento materno
- ✓ Dinamizar o Cantinho da Amamentação da U.L.S. Matosinhos

Tornar-se pai exige uma transição para novos papéis e responsabilidades. Para muitos pais pela primeira vez, aquela que era uma relação saudável a dois pode tornar-se num evento crítico com a adição de um novo membro da família (Nystrom e Ohrling, 2004). Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008). Esta pode estar relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticas como o nascimento de uma criança prematura ou a doença crónica, que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental.

Os papéis e as responsabilidades parentais alteram-se quando a criança é admitida no hospital e os seus cuidados são assumidos pelos profissionais de saúde (Kristensoon-Hallström e Elander, 1997; Kristensoon-Hallström, Runesson e Elander, 2002). Os pais referem que sentem que o seu papel parental está comprometido porque não podem ter controlo sobre o que acontece aos seus filhos (Neil, 1996).

Para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo.

Os pais são as figuras centrais na vida da criança e peritos nos seus hábitos, atitudes, alimentação e estilo de vida. É determinante sistematizar as necessidades e expectativas dos pais face à hospitalização da criança, numa lógica de parceria e profissionalização dos cuidados em pediatria.

Uma comunicação efetiva e negociação entre pais e enfermeiros contribuem para o sentimento parental de oportunidade de envolvimento na tomada de decisão (Young *et al*, 2006).

Toda a informação e conhecimento são fornecidos aos pais para os capacitar para a tomada de decisão e para o processo de cuidados, assim o plano de cuidados é combinado mutuamente a um nível de participação consoante a habilitação e desejo de cada família. A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança, implicando o desenvolvimento conjunto de ações complementares, tendo em vista o bem-estar da criança.

O internamento de um filho representa, para ele e sua família, uma situação de crise. Esta situação, incontornável e repentina, repercute-se de forma especial na interação entre pais e filhos e pode interferir na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares.

No contexto da Neonatologia incentivei sempre que possível e adequado o método canguru, este potência nos pais sentimentos de auto-estima e perceção de maior competência e satisfação com o papel parental. Adjacente ao internamento do RN o estabelecimento do vínculo mãe/pai – filho fica afetado, sendo que o método canguru constitui uma oportunidade única de adquirir este vínculo através da colocação do recém-nascido no peito da mãe/pai, surgindo assim afetos e emoções ainda não experienciados que vão facilitar a estes pais a vivência do internamento, levando ao aumento de sentimentos positivos e de pertença, assim como o estabelecimento da sensação de

competência que estes pais perdem por não conseguirem cuidar dos seus filhos, sendo afastados sentimentos de incumprimento dos papéis sociais de pais, sentindo-se estes assim incluídos de uma forma única no cuidar do seu bebé.

Os pais devem decidir o momento e a extensão do seu envolvimento e essa vontade deve ser sempre respeitada pelos profissionais de saúde, pois da disponibilidade dos pais depende a qualidade da relação com o bebé. Tentei fomentar o processo de aproximação e interação pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados.

A iniciativa do incentivo à efetiva participação dos pais durante o período de internamento do RN/ criança/ adolescente manteve-se presente durante os diferentes contextos de estágio, revelando-se um momento de amadurecimento da assistência pediátrica, em que se compreende que o tratamento da criança envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas.

Uma preocupação transversal foi a promoção do aleitamento materno. O Hospital Pedro Hispano aderiu à iniciativa Hospital Amigo do Bebé e foi consagrado detentor deste título no dia 30 de Setembro de 2011. A OMS e a Unicef reconhecem, assim, a política de incentivo ao aleitamento materno dinamizada pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Esta iniciativa consiste na implementação de uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Foi lançada em 1991 pela OMS e pela Unicef, na sequência da Cimeira Mundial para a infância. Cabe aos profissionais de saúde orientar as mães sobre os seus direitos e as vantagens do aleitamento materno. Quando o bebé não pode amamentar por prematuridade ou doença é incentivada a extração de leite materno para que o recém-nascido inicie o mais precocemente possível através da utilização de copinho, o que pude visualizar durante o estágio no Serviço de Neonatologia.

A minha intervenção foi no sentido de dotar as mães de conhecimentos e de promover a aprendizagem de habilidades relativas ao amamentar que, segundo detetei, não estão muitas vezes presentes. Desta forma, instruí e treinei a técnica de amamentação com as mães e ensinei sobre as vantagens da amamentação, a fisiologia da lactação, os sinais de uma pega eficaz e a conservação do leite materno. Pelas inúmeras vantagens para a Mãe, para a criança e para a Sociedade, a amamentação deve ser ativamente incentivada pelos profissionais, em qualquer contexto de assistência (Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos bebés, 2008).

Informei, sempre que me pareceu oportuno, sobre a existência dos Cantinhos de Amamentação, como locais de excelência e de referência para o aleitamento materno fora

de casa, encontrando aqui profissionais especializados, que poderão esclarecer as dúvidas e apaziguar as angústias, tão frequentes sobretudo nos primeiros dias de vida do RN.

Uma das atividades desenvolvidas no âmbito da promoção do aleitamento materno foi a dinamização do cantinho de amamentação da U.L.S. Matosinhos. Este objetivo foi alcançado, com a realização, conjunta com a minha colega de estágio, de um poster elucidativo sobre o Aleitamento Materno (Anexo IX).

Estas oportunidades foram momentos de enriquecimento profissional uma vez que me permitiu contribuir para um estabelecimento efetivo da amamentação, motivando os pais para a amamentação exclusiva até aos 6 meses como preconizado pela OMS, promovendo, conseqüentemente, o crescimento e desenvolvimento da criança e, ainda, a vinculação entre pais e filho.

O exercício da parentalidade é fundamental para a qualidade de vida da criança, para o seu crescimento e promoção do seu potencial de desenvolvimento.

O Projeto Bem-Me-Quer é um projeto de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e integrados, com a finalidade de contribuir para a transição saudável para a parentalidade, com crianças saudáveis e com doença crónica e, desta forma, promover a saúde da criança do nascimento à adolescência. Centra-se num processo dinâmico de aprendizagem das competências parentais no qual os pais são elementos participantes e ativos, potenciando a troca de experiências, medos e realidades, que em muito contribuem para a diminuição da ansiedade que acompanha o exercício da parentalidade. Desta forma, ter a oportunidade de integrar este projeto foi muito enriquecedor do ponto de vista da aquisição de competências de comunicação e educação para a saúde.

O Projeto Bem-me-quer integra entre outras atividades o curso de Educação Parental. Este curso destina-se aos pais da cidade da Senhora da Hora, com filhos com idades compreendidas entre os um e os doze meses de vida, e integra um conjunto de nove sessões, cujas temáticas abordadas são variadas e adequadas às necessidades de cada grupo de Pais/bebés, garantindo assim a sua eficácia e promovendo a adesão dos intervenientes. Neste âmbito, tive oportunidade de planear e executar uma sessão de Educação para a Saúde cujos destinatários foram os pais subordinada ao tema “Vigilância de Saúde: Problemas comuns” (Anexo X, Anexo XI). Durante a sessão foram abordados os diferentes conteúdos programados e, paralelamente foram esclarecidas as dúvidas e solicitada a participação dos Pais, que interagiram de uma forma produtiva. Creio que a angústia e a preocupação inerentes às situações de doença de um filho, ainda que ligeira, além de perturbarem toda a dinâmica familiar, exigem aos Pais a aplicação de novas competências

de resolução de problemas. O fato de abordarmos a forma concreta de atuação, face a cada uma das situações reais e ainda clarificar a que locais de atendimento se devem dirigir nas diferentes situações potencializou um sentimento de maior segurança nos pais sentindo-se estes mais e melhor preparados para reagir face às potenciais situações.

A consulta de saúde infantil e juvenil, a visita domiciliária e as aulas de massagem ou de educação parental constituíram espaços de partilha e de educação para a saúde, onde procurei sempre ir de encontro às necessidades de informação ou à aprendizagem de habilidades da família, seja como resposta ao que era solicitado ou como resultado da minha avaliação.

Pude participar em dezasseis sessões de Massagem Infantil que se encontram também incluídas no Projeto Bem-Me-Quer com o objetivo de promover a Parentalidade. A utilização da massagem infantil em RN e lactentes constitui uma experiência única e prazerosa, tanto para as crianças como também para os Pais. Por um lado, é possível salientar o efeito do toque terapêutico na reorganização dos sistemas do bebé, na indução de relaxamento e o alívio/prevenção da cólica tão frequente nesta faixa etária, por outro lado, a vantagem de os pais experienciarem sensações de autorrealização, competência para o cuidar do seu filho, comunicadas através de todo o corpo do bebé.

No entanto, é o estreitamento do vínculo Pais-bebé que representa o maior benefício da massagem infantil, possibilitando-lhes momentos íntimos únicos de partilha de afetos, essencial nesta fase de desenvolvimento em que por vezes, o cansaço associado ao cuidado contínuo do bebé prejudica o fortalecimento de laços afetivos. As sessões tornam-se momentos de partilha de experiências entre todas as mães e os pais que participam, havendo lugar para troca de confissões, esclarecimento de dúvidas, sugestões de quem passou pelo mesmo, contribuindo decididamente para o bem-estar dos pais. Durante estas sessões, adquiri assim competências mais aprofundadas sobre a realização desta técnica e apoiei os pais na sua realização, aproveitando a oportunidade para a realização de ensinamentos pertinentes e o esclarecimento de dúvidas.

A visita domiciliária desempenha um papel fundamental na vigilância e promoção da saúde da criança/família, constituindo o enquadramento ideal para o desenvolvimento de competências individuais e parentais, no sentido de corrigir comportamentos e atitudes de acordo com a realidade do contexto de vida de cada família.

Neste sentido, existe a articulação entre o Serviço de Neonatologia e os Cuidados de Saúde Primários através do projeto intitulado “Parceria de Cuidados no Acompanhamento do Prematuro no domicílio”. Assim, de modo a promover o apoio à parentalidade, procede-se

ao acompanhamento do prematuro no domicílio, consistindo na realização de uma primeira visita domiciliária nas primeiras 24 - 48 horas após a alta do Serviço, por uma enfermeira de Neonatologia, em conjunto com a Enfermeira de família do ACES a que pertence o RN. Este projeto tem como objetivo facilitar a integração do prematuro no seu ambiente familiar e contribuir para a diminuição de morbidade.

A preparação do regresso a casa é realizada em diálogo partilhado entre os pais, pediatras, enfermeiros da unidade e enfermeiros de família do ACES. A Enfermeira de Referência do Serviço contacta a Enfermeira de Família do ACES onde a família se encontra inscrita, para referenciar o recém-nascido e planear uma visita à Unidade pela Enfermeira de família. Esta desloca-se ao Internamento, conhece o bebé/pais e é estabelecido um plano de visitas domiciliárias. As visitas incluem diversos ensinamentos de acordo com necessidades dos pais, não sendo uma assistência padronizada, os ensinamentos compreendem muitas vezes uma abordagem relativa à alimentação, aos cuidados de higiene e conforto adaptados às condições habitacionais, aos cuidados de saúde do bebé, às rotinas de repouso, à administração de medicação e ao desenvolvimento infantil, tendo como objetivo final o esclarecimento de dúvidas demonstrado pelos pais. Este projeto na minha opinião é bastante vantajoso pois tal como pude observar, permite diminuir a ansiedade dos pais e a readaptação dos ensinamentos à realidade familiar no domicílio.

No âmbito deste projeto foi então possível a visita a uma família na Neonatologia da ULSM na pré alta de duas gémeas recém-nascidas prematuras com o objetivo de preparar a alta e avaliar as competências para a Parentalidade destes pais. De seguida pude também visitar estas mesmas recém-nascidas em casa após 48h da alta. O contacto com esta família, no seu domicílio, permitiu a deteção de algumas situações de alarme como a perda ponderal, o berço plano, o risco de queda. Após esta avaliação, foi possível a correção de algumas situações, nomeadamente da técnica de amamentação e a organização do quarto do RN, bem como a realização de ensinamentos considerados pertinentes e que incidiram sobre os sinais de fome do RN, os sinais de uma pega eficaz, os cuidados à pele e a conservação do leite materno. Devido à realidade encontrada, foi agendada consulta para vigilância do desenvolvimento, nomeadamente monitorização do peso, alimentação, sono, eliminação. A visita domiciliária ao recém-nascido prematuro reveste-se de extrema importância para assegurar a continuidade de cuidados e fornecer aos pais todo o apoio que necessitam. Constitui também uma oportunidade de validar a capacidade dos pais em cuidar do seu filho.

Fiz ainda uma visitação a uma recém-nascida de 4 dias de vida, na qual também foi avaliada as competências para a Parentalidade, é um momento essencial para a percepção de possíveis riscos de segurança e na sua necessidade a realização de ensinamentos adequados.

Durante a visita domiciliária, pude então avaliar aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar o que permite uma deteção precoce de problemas, prevenindo, assim, situações de maior risco, através da atuação do EESIP no desenvolvimento de competências parentais *in loco*.

Atendendo a que a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sócio-familiar deve ser uma das preocupações de toda a equipa de saúde (DGS, 2002), prevê-se que o âmbito da visitação domiciliária constitui um contexto formativo de excelência, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em SIP, a partir de uma abordagem global e integrada dos cuidados de saúde à criança e família.

O papel das VD enquanto estratégia favorecem a aproximação da equipa multidisciplinar aos restantes elementos da família e simultaneamente permite uma avaliação das necessidades parentais em termos globais, no local onde estes desempenham o seu papel. O facto de ser *in loco* permite a realização de ensinamentos e avaliação de habilidades pela técnica demonstrativa, criando estratégias parentais que fomentam o desenvolvimento do exercício parental e a promoção de saúde (Amaro, 2000). O mesmo autor afirma ainda que a VD é importante porque permite avaliar as condições físicas e ambientais onde a família vive, proceder ao levantamento de informações sobre as condições de habitação, e instruir, educar, avaliar e apoiar a família a assumir a sua parentalidade.

Relativamente à visita domiciliária verifiquei que permite assistir a criança/ família no seu contexto habitual e identificar fatores de risco para o seu bem-estar.

É no entanto necessário garantir a continuidade de cuidados eficazes no domicílio, dado que estes são de particular relevância para elevar a qualidade de vida do RN.

Competências a atingir

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Compreender o processo de adaptação da criança/ adolescente e família à doença e hospitalização, maximizando o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família durante este evento

- ✓ Identificar as necessidades da criança, influenciadas ou decorrentes da hospitalização
- ✓ Analisar o impacto da doença nos processos familiares e intervir em situações de alteração
- ✓ Prevenir ou minimizar a separação da família na criança hospitalizada
- ✓ Diminuir a perda de controlo na criança hospitalizada
- ✓ Estimular a desenvolver atividades recreativas adequadas à idade da criança
- ✓ Promover a integração e envolvimento da família nos cuidados a prestar à criança
- ✓ Elogiar o desempenho e as competências da família
- ✓ Promover a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família durante a hospitalização

A hospitalização constitui uma crise na vida da criança e da sua família, sendo que detetei tal como expectável diferentes reações de acordo com vários fatores como a idade, as experiências anteriores, a duração, a existência de sistemas de apoio e a gravidade do diagnóstico.

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar. Esta crise implica uma reestruturação da unidade familiar, o que implica uma assistência de enfermagem especializada que envolva a criança e a família. A criança é particularmente vulnerável ao *stress* da doença e hospitalização. O sentimento de perda de controlo é motivado por estímulos ambientais, restrição física, rotina alterada e dependência. A hospitalização da criança é então potenciadora de ansiedade e responsável pela exacerbação de medos e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança/adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática.

A preparação para a hospitalização realizada pelos enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida e afigura-se como a melhor forma de diminuir a ansiedade e desmitificar medos, uma vez que a criança/adolescente terá sempre mais medo do desconhecido do que daquilo que conhece (Oliveira, 2005).

Os principais fatores geradores de *stress* inerentes a um internamento hospitalar relacionam-se com: a separação da criança/adolescente do seu ambiente, dos pais, das suas atividades habituais, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, a alteração de

rotinas, assim como, a dor presente nos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e a incerteza relacionada com o desconhecimento do desenvolvimento dos procedimentos. Assim sendo, os cuidados de enfermagem com a criança hospitalizada tem como fulcro **prevenir ou minimizar a separação, diminuir a perda de controlo, minimizar o medo da lesão corporal**, avaliar e controlar a dor e **promover o desenvolvimento normal**.

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, foi nas estratégias facilitadoras à adaptação ao ambiente hospitalar que foquei as minhas intervenções. Sendo a criança/jovem especialmente vulnerável ao *stress* da doença e da hospitalização, um dos principais pressupostos que devem orientar a atuação do Enfermeiro que cuida destas crianças/jovens será a minimização do impacto do internamento, considerando para tal alguns aspetos essenciais, que procuro atender na minha prática.

No que diz respeito à **minimização da separação**, estabeleci relação empática com a criança/jovem e família, apoiando o desempenho de papéis parentais, favorecendo a sua participação ativa. Promovi a relação pais-filhos, fornecendo oportunidades de educação, promovendo o autodomínio e incentivando a socialização. A doença pode mobilizar os pais para uma consciência mais real das necessidades do seu filho. As minhas ações foram no sentido de reestruturar o relacionamento dos pais com os seus filhos, sensibilizando os pais para a importância da vinculação, do amor, do carinho, do toque.

No que diz respeito à **minimização da perda de controlo**, considero importante a manutenção da rotina da criança, dentro do possível, tal exige alguma flexibilidade por parte dos profissionais, mas também um trabalho de estruturação do tempo, planeado com os pais e a criança. Mantive o mais possível a rotina da criança, como o respeito pela hora do banho e da refeição. Outro fator que considero muito relevante e que tive oportunidade de realizar, para a diminuição do impacto da hospitalização, foi a promoção da independência da criança, nomeadamente a nível do seu autocuidado, incentivando a criança/jovem a participar no seu cuidado.

Tendo em conta as necessidades da criança hospitalizada, procurei **diminuir a possibilidade de lesão corporal ou dor**. Durante a hospitalização e dependendo da causa do internamento, surge a necessidade de proceder a procedimentos invasivos e dolorosos. A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência (Batalha, 2010).

A utilização de escalas de avaliação seguras, fáceis de utilizar e validadas para a população em causa assume particular relevância.

O Serviço de Internamento de Pediatria tem implementado três escalas de avaliação da dor aplicáveis dependendo da idade (recém-nascido – EDIN, dos 0 aos 5 anos – OPS, maiores de 5 anos – EVA). Após a avaliação da intensidade da dor são implementados os protocolos de atuação para um controlo adequado da dor, podendo então recorrer-se a medidas não farmacológicas ou mesmo farmacológicas. No estágio módulo II uma das medidas implementadas é a aplicação de EMLA creme antes dos procedimentos dolorosos, este penso anestesia a pele diminuindo a sensação de dor causada pela punção. O seu contributo foi evidenciado no contexto do internamento onde a criança ficava menos ansiosa pois já conhecia este anestésico tópico e o seu efeito na diminuição da dor, resultando numa maior adesão durante os procedimentos.

De modo a minimizar o medo da lesão corporal os procedimentos invasivos/ dolorosos são todos realizados numa sala própria de tratamentos, para que os momentos desagradáveis e dolorosos não sejam associados às zonas de conforto e segurança. A humanização do espaço, no que se refere à sala de tratamentos que se encontra decorada com desenhos lúdicos permite aos enfermeiros contar histórias e através da imaginação dirigida relaxar e dar maior segurança às crianças, obtendo maior sucesso. A explicação prévia e durante todos os procedimentos (dependendo do desenvolvimento da criança e das suas capacidades cognitivas para entender) é fundamental, sendo uma mais-valia na obtenção de resultados nas crianças dos seis aos doze anos a sua exemplificação num boneco ou mesmo nos pais. Assim sendo, algumas das medidas não farmacológicas que utilizei para minimizar a dor contemplam a gestão do ambiente/espaço físico, o posicionamento da criança para promover conforto, o aconchego e a presença da família ou pessoa significativa, a presença de objetos significativos para a criança, a distração com brinquedos, a imaginação guiada, o relaxamento, a estimulação da sucção não nutritiva com chupeta, técnicas respiratórias, o reforço positivo (através da entrega do Diploma de Bom Comportamento), entre outros.

Relativamente ao Serviço de Neonatologia pude observar que a prevenção e tratamento da dor são encarados como uma prioridade. A mensuração da dor como 5º sinal vital tem sido defendida como medida a instituir em todos os contextos de trabalho e em todos os beneficiários de cuidados de enfermagem, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A avaliação da dor fornece informação aos profissionais para intervirem no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede

uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia da mesma. Na criança pré-verbal, em que não é possível o auto-relato, a avaliação da dor assume dimensões ainda mais complexas. A avaliação da dor no recém-nascido constitui, assim, um desafio que exige dos profissionais um conhecimento e reconhecimento das manifestações não verbais da dor para uma avaliação objetiva, rápida e confiável.

As manifestações de dor no recém-nascido incluem respostas fisiológicas e comportamentais várias. A resposta fisiológica inclui: alterações hemodinâmicas como taquicardia, hipertensão, respiração superficial e rápida, redução da saturação de oxigénio; alterações na pele manifestadas por palidez ou rubor, diaforese e sudorese palmar; aumento do tonús; pupilas dilatadas; aumento da PIC; evidências laboratoriais como a hiperglicemia, a redução do ph e a elevação de corticóides.

As manifestações comportamentais incluem as vocalizações, a expressão facial, movimentos corporais e postura e as alterações no estado (sono, apetite, nível de atividade, agitação, irritabilidade, indiferença). No que diz respeito às vocalizações, o profissional deve estar atento à qualidade, momento e duração do choro, gemidos e grunhidos. A avaliação do choro do recém-nascido pode fornecer importantes indicadores na avaliação da dor. Relativamente à expressão facial, são sinais de dor o franzimento das sobrancelhas, o tremor do queixo, os olhos firmemente fechados, a contorção facial e a boca aberta e de forma quadrangular. Os movimentos corporais e postura revelam uma retração dos membros, movimentos violentos, rigidez, flacidez e fechamento dos punhos.

Para assegurar o tratamento adequado da dor em lactentes e para evitar ao máximo a subjetividade, a avaliação da dor foi por mim efetuada de forma regular e sistemática, usando sempre a mesma escala, neste caso em concreto, a Escala de dor EDIN. Escolhida tendo em conta a população neonatal do Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano e o tipo de dor que necessita de ser avaliada. É uma escala para avaliar a dor prolongada em recém-nascidos pré-termo, e cuja avaliação se baseia em cinco indicadores comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, interação e facilidade em ser confortado. Esta avaliação culmina num valor numérico que varia de 0 a 15, isto é, em intervalos que variam de dor ausente até dor muito intensa. Após a avaliação pude implementar os protocolos de atuação para um controlo adequado da dor, recorrendo para tal a medidas não farmacológicas ou mesmo farmacológicas. No que respeita às medidas não farmacológicas, no Serviço de Neonatologia é implementado um protocolo para analgesia prévia a procedimentos dolorosos que pude por em prática, o uso de sacarose, de modo a reduzir a dor durante os procedimentos dolorosos. Nomeadamente, no

que se refere à Escala de EDIN é consensual a necessidade de tratamento farmacológico para uma intensidade de dor igual ou superior a cinco pontos (Batalha L., 2003). Utilizei com frequência a escala, e destaco a sua facilidade de preenchimento, rapidez de uso, e a conversão de dados observacionais em valores numéricos que espelham a dor e desconforto do neonato.

Nos lactentes para além da administração de sacarose ou glicose por via oral outras medidas não farmacológicas preconizadas e por mim utilizadas consistiram nas intervenções ambientais (redução dos níveis de iluminação e de ruído), amamentação, sucção não-nutritiva, contenção (manter o bebé em posição fetal) e técnica de método de Canguru, que permitem atenuar e diminuir a intensidade dos estímulos dolorosos.

Em suma, foi reconfortante ver e puder colaborar na monitorização da intensidade da dor com frequência e de modo sistemático, tornando-a parte integrante do padrão de registos e complementando informando o colega na passagem de turno, promovendo assim um dos maiores vetores de conforto e bem-estar do recém-nascido/ criança/ adolescente.

A avaliação da dor é a essência dos cuidados, um indicador da qualidade e o primeiro passo para o seu correto tratamento. Avaliar e tratar a dor é um imperativo ético, moral, humano, fisiológico e mesmo económico.

Constatedei que a hospitalização e a doença assumem-se como fatores que podem interferir nos processos normais de crescimento e desenvolvimento da criança. A hospitalização da criança pode ser encarada não só como uma crise mas como uma oportunidade de **maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.**

Tive assim a preocupação de promover a socialização na criança, ou seja, estimulei o convívio com outras crianças e com pessoas adultas aquando dos momentos lúdicos proporcionados, visando o desenvolvimento de capacidades para as relações interpessoais e a ocupação do tempo livre.

No serviço de Pediatria da ULSM-HPH existe uma sala lúdica onde se desenvolvem diversas atividades adequadas ao grupo de crianças que se encontram hospitalizadas com o intuito de promover a interação entre as crianças, valorizar competências adaptativas e evitar a estagnação do desenvolvimento emocional, físico e social da criança, é facilmente observável uma melhoria na relação com os outros, um aumento da capacidade de comunicar e uma melhor compreensão do problema. Proporcionando deste modo atividades recreativas e expressivas, como a promoção de momentos de leitura, pintura e jogos, adequados à idade e agrupando as crianças por faixas etárias, de modo a encontrarem-se adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança.

Assim sendo, uma das principais metas ao cuidar da criança hospitalizada foi minimizar os riscos para o seu desenvolvimento. Por vezes, estratégias simples como evitar a separação da família podem ser suficientes em situações de internamento de curta duração. No entanto, as crianças que sofrem de hospitalização prolongada ou frequente têm maior risco de sofrer atrasos ou regressões no seu desenvolvimento. Proporcionar oportunidades para a criança participar em atividades adequadas à sua etapa de desenvolvimento, normaliza o seu ambiente e ajuda a reduzir a interferência no desenvolvimento da criança.

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de assistência especializada à criança e família, nos diferentes contextos assistenciais

- ✓ Efetuar o acolhimento da criança/jovem e família nos diversos contextos assistenciais
- ✓ Assistir a criança/jovem e família, utilizando o processo de enfermagem e o plano de cuidados estabelecido
- ✓ Estimular a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica ou deficiência/incapacidade
- ✓ Preparar o regresso a casa, de forma sistemática, da criança/família
- ✓ Favorecer a articulação com outros recursos da comunidade
- ✓ Utilizar linguagem classificada (CIPE) e, como instrumento de registo, o documento padrão adotado pelo serviço (SAPE e SINUS)
- ✓ Realizar consultas de Saúde Infantil e Juvenil, utilizando como referência o Guia Orientador da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil da ULSM
- ✓ Desenvolver habilidades e conhecimentos sobre o PNV

O acolhimento da criança/família torna-se um momento crucial para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança/família.

Durante o período de estágio no Internamento promovi o acolhimento da criança e pais/acompanhante, apresentando-me e apresentando-os aos elementos da equipa presentes. Orientei a família e a criança em relação às instalações e respetivas rotinas. A avaliação inicial de enfermagem é muito importante e deve ser realizada no momento da admissão. É através da recolha de dados, consultando o processo clínico, efetuando entrevista aos pais e da nossa avaliação, que a avaliação inicial é efetuada. Durante a entrevista de avaliação inicial, procurei colher dados sobre os hábitos de vida, nomeadamente os hábitos lúdicos, nível de desenvolvimento da criança (desenvolvimento psicomotor, alimentação, sono, eliminação), compreensão da criança sobre o respetivo estado de saúde e/ou sobre o

procedimento que irá realizar, experiência prévia de hospitalização, medos, história de dor, composição familiar, procedi também à avaliação dos conhecimentos e habilidades parentais, na ULSM está em vigor um projeto de avaliação do Papel Parental em que todos os enfermeiros que exercem funções na área da Saúde Infantil e Pediátrica estão a participar, existindo no serviço um formulário adequado. A avaliação antropométrica e a avaliação dos sinais vitais é também essencial. Incentivei os pais e a criança a colocar e esclarecer as suas dúvidas e receios, esclarecendo-as, fornecendo a informação pertinente e relevante à criança/ família sobre a preparação para o internamento e procedimentos adjacentes.

Em todos os contextos de estágio procurei, no momento da admissão, acolher a criança/família, numa perspetiva de humanização, ou seja, tive sempre o cuidado de criar um ambiente de confiança, fornecer a informação necessária, utilizar linguagem ajustada ao seu contexto sociocultural, tendo em conta o tempo necessário para integrarem as informações fornecidas e adotar uma atitude disponível para possibilitar o esclarecimento de dúvidas, exteriorização dos seus sentimentos e inquietações, de modo a detetar problemas sensíveis às intervenções de enfermagem. O acolhimento foi assim sempre personalizado, pois aspetos tais como a apresentação da equipa e dos equipamentos, contribui para uma maior confiança e, conseqüentemente diminui o medo e a ansiedade.

Em contexto de internamento de Pediatria prestei cuidados de Enfermagem a setenta e cinco crianças/família em contexto médico, nove em contexto cirúrgico e ainda duas crianças/família com doença crónica. No que concerne à assistência a crianças do foro médico, os diagnósticos de enfermagem mais comuns foram: Dispneia; Ingestão Nutricional Comprometida; Limpeza das Vias Aéreas Comprometida; Mucosa oral Comprometida; Dor; Desconforto; Obstipação; Desidratação; Eritema; Papel Parental demonstrado se competente, não demonstrado se não competente (este diagnóstico permite especificações onde são levantados novos diagnósticos referentes a conhecimentos sobre temáticas específicas como cuidados de higiene, choro, características do recém-nascidos, prevenção de acidentes, preparação do leite, etc.); Vinculação: presente/adequada se for o caso. Na realidade, perante os diagnósticos de enfermagem encontrados, é crucial evidenciar a importância da nossa intervenção autónoma em diferentes áreas, seja a nível da promoção da parentalidade, na educação para a saúde ou na avaliação e promoção da gestão adequada da dor, entre outras. A utilização do processo de enfermagem foi uma constante, pude elaborar planos de cuidados, procedendo à identificação de diagnósticos de enfermagem e formulação das respetivas intervenções, avaliando sistematicamente os

resultados das intervenções efetuadas, de forma a induzir alterações, caso os resultados não tenham sido os esperados (Anexo XII).

Deste modo, o contacto direto com as distintas necessidades de cada criança/família permitiu-me utilizar incessantemente o conhecimento científico e prestar variados cuidados de enfermagem fundamentados e especializados à criança/família, proporcionando-me um estágio rico em experiências e aprendizagens novas.

Tal como referido anteriormente tive também a oportunidade de acompanhar nove crianças que iriam ser submetidas a cirurgia ao bloco operatório, foi sempre permitido o acompanhamento da criança por parte dos pais/ elementos significativos ao bloco operatório e a sua permanência no recobro, transmitindo à criança/ adolescente segurança e tranquilidade, promovendo um ambiente seguro e diminuindo a sua ansiedade. Para além do acompanhamento familiar também incentivei a criança a levar um objeto/brinquedo significativo, pelo seu valor simbólico e por constituir uma fonte de segurança emocional. Algumas das crianças, foram admitidas no dia anterior à cirurgia, deste modo a criança ia para o BO após internamento prévio no serviço e nesse caso foi-me possível prestar cuidados pré e pós-operatórios. Quando o internamento ocorre antes do dia de realização da cirurgia permite ao enfermeiro promover e intervir na diminuição do medo da criança/ adolescente e família, preparando previamente a criança. Assim sendo, no caso da cirurgia programada tentei estabelecer uma relação da confiança com a criança/ adolescente e família que me permitiu falar sobre a intervenção que iria decorrer, dando tempo à criança para assimilar as informações, incentivando-a a verbalizar os seus medos/ receios e a esclarecer as suas dúvidas. O que colmatou com a minimização da ansiedade manifestada pela criança, promovendo a sua cooperação.

As especialidades cirúrgicas com as quais pude contactar foram de Otorrinolaringologia e Ortopedia, destacando-se as seguintes cirurgias mais comuns adenoidectomia, miringotomia, adenoamigdalectomia, correção de escoliose, correção de Hallux Valgus, osteotomia, artrodese.

Durante o meu percurso, tive a possibilidade de contactar com um adolescente e com uma criança em idade escolar com o diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo 1, tratando-se o primeiro de um caso de diagnóstico inaugural. O impacto da doença crónica e da incapacidade nas crianças é amplo e diverso. O nível de atividade da criança e as suas oportunidades evolutivas são afetados e tem maior risco de desenvolver problemas de comportamento ou emocionais. Por sua vez, os pais perdem muitos dias de trabalho, sofrem muitas vezes de dificuldades financeiras e têm o desafio, tanto emocional quanto

físico, de cuidar da criança. Os irmãos também são afetados porque têm um irmão “diferente” e, ao mesmo tempo sentem-se culpados e têm ciúmes do irmão doente.

Prestar cuidados a crianças e famílias com doença crónica revelou-se para mim um desafio muito particular. Apesar de alguns cuidados prestados serem semelhantes aos de qualquer outra criança doente, esta situação tem alguns aspetos peculiares. O aspeto que eu gostaria de salientar é a parceria de cuidados, que assume um papel central neste contexto.

Quando o diagnóstico de uma doença crónica afeta uma criança, é necessário proceder a uma apreciação do desempenho dos papéis parentais, de forma, a permitir uma adaptação à nova situação, regida por princípios de parceria. Neste âmbito, são transferidos para a família, conhecimentos e habilidades ao nível do regime terapêutico que, exigem a aquisição de informação e o domínio de competências, com repercussões nas rotinas familiares e no estilo de vida da família. Os ensinamentos à criança/ família com esta patologia têm de ser então adaptados e apropriados, tendo em conta a individualidade e o estadiamento de desenvolvimento de cada criança. Estes visam dotar as crianças/ adolescentes e famílias do conhecimento e capacidades/ habilidades necessárias para o controlo da diabetes, gestão das crises e adoção das mudanças necessárias no estilo de vida de forma a ter sucesso no controlo da doença. Tive então oportunidade de compreender as implicações que a patologia crónica da criança desencadeia na dinâmica familiar, com o estabelecimento de novas prioridades e objetivos.

Um outro aspeto no qual detive especial atenção prendeu-se com a preparação para o regresso a casa que consiste num processo dinâmico e contínuo, de particular importância, e que se inicia desde o primeiro dia de internamento. Pretende-se que a família entenda a situação clínica da criança e seja capaz de prestar cuidados à criança. Sendo que os ensinamentos efetuados, de acordo com as necessidades, tiveram como objetivo dotar a família e, sempre que possível, a criança e o adolescente, de estratégias e conhecimentos, para assumirem ou fazerem parte de todo o processo. A referenciação para o Centro de Saúde da área de residência, quer por meio de uma carta de transferência, quer informaticamente, foi uma das estratégias utilizadas para o encaminhamento das situações garantindo a qualidade e continuidade de cuidados.

Em consonância e como pretendido na Unidade de Cuidados Intensivos a preparação para a alta inicia-se no momento de admissão do RN, envolve um planeamento contínuo e criterioso, que vai sendo alterado consoante a modificação das necessidades do RN/família, contando com o envolvimento dos pais nos cuidados.

De forma a estruturar a abordagem a todas as competências que são necessárias ser trabalhadas até ao momento da alta, foi utilizado um documento já existente no serviço para esse efeito, que é anexado ao processo em papel do RN, de onde constam todas as temáticas a ensinar/instruir/treinar com os Pais. Este documento facilita a abordagem do Enfermeiro responsável pelo RN que, consultando-o, identifica rapidamente quais as temáticas que terão de ser abordadas e as técnicas que necessitam de reforço, de modo a posteriormente se confirmar a efetiva aprendizagem dos pais.

No que concerne à UCIN, prestei assistência a cinco crianças de alto risco e a doze crianças de risco intermédio e respetivas famílias. Participei ainda em duas admissões de RN à unidade, um proveniente do Bloco de Partos e outro transferido do Serviço de Internamento de Pediatria.

Em ambos os casos, à chegada à unidade o RN foi colocado na incubadora/berço, monitorizado cardio-respiratoriamente, seguidamente procedi à vigilância da condição respiratória do RN, sendo desenvolvidas as intervenções necessárias para otimizar esta função biológica, posteriormente foi realizada cateterização de veia periférica e simultânea colheita de sangue. As restantes intervenções estiveram dependentes da decisão terapêutica médica. A atuação do enfermeiro é agilizada e facilitada pela organização sequencial das intervenções, de modo a suprir todas as necessidades de cuidados.

Para além disso, a admissão do RN implica também o acolhimento aos pais, a quem são explicadas as regras de funcionamento do serviço, apresentada a equipa e a unidade. Este primeiro contacto com a família é muito importante e dado que os pais estão a viver uma situação de grande ansiedade, a maioria das vezes não conseguem assimilar toda a informação que lhes é fornecida, precisam de tempo para compreenderem todos os acontecimentos inerentes à situação de hospitalização, pois nesta fase estão a vivenciar um momento de transição significativo, com um “processo de luto do filho imaginado”. Neste sentido tive oportunidade de elaborar um cartaz a afixar na sala de espera do serviço destinada aos pais com a informação necessária relativamente ao acolhimento dos pais na dinâmica da UCIN (Anexo XIII). O envolvimento dos Pais, desde o momento da admissão, contribui positivamente para o estabelecimento da relação terapêutica pretendida.

Os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções implementadas incluíram Dispneia (administrar oxigenioterapia, elevar a cabeceira), Ventilação Dependente (manter permeabilidade do tubo endotraqueal, posicionar RN), Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz (aspirar secreções, otimizar posicionamento), Ingestão Nutricional Alterada (iniciar dieta, alimentar RN por sonda gástrica), Risco de Úlcera de Pressão (posicionar o RN), Sução

Ineficaz (alimentar RN por sonda, estimular o reflexo de sucção), Vinculação Comprometida (incentivar Pais para a técnica Kangaroo Mother Care, envolver Pais nos cuidados) e Oportunidade para o Papel Parental (ensinar sobre cuidados ao RN, prevenção de acidentes), Risco de Hipóxia (vigiar sinais vitais, gerir esforço para mamar), Risco de Desidratação [Fototerapia] (administrar soroterapia), Pele Alterada (vigiar hidratação), Oportunidade para a Amamentação (ensinar sobre amamentação, instruir sobre técnica de amamentação).

Prestei assim cuidados a RN pré-termo, estes cuidados foram cuidados centrados na família e voltados para o desenvolvimento. Para tal pude por em prática algumas medidas imprescindíveis como o agrupamento de cuidados respeitando os ciclos de sono/ alerta de acordo com as reais necessidade do RN, havendo uma parceria entre a equipa multidisciplinar de profissionais. Quanto ao posicionamento dos RN atendi à necessidade de contenção através da imposição de limites, pois tal contribui para a manutenção de segurança, reduzindo o *stress* e promovendo a auto-regulação. Os pais foram informados sobre as medidas de contenção e a sua importância para o RN. A intensidade da luz sempre que necessário foi regulada, foram utilizadas coberturas para as incubadoras almofadadas e os alarmes permaneceram nos níveis inferiores. De modo a promover a vinculação incentivei o contato pele a pele, encorajando os pais a tocarem no recém-nascido, reforçando o contato ocular pais-bebé.

O meu papel no cuidado ao recém-nascido prendeu-se de certa forma com a orientação dos pais na transição para o exercício do papel parental, minimizando o impacto da hospitalização. De modo, que os pais adquiram confiança e fiquem envolvidos de forma ativa, tanto quanto possível, nos cuidados aos seus filhos.

No que diz respeito aos cuidados de saúde primários efetuei quarenta consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil desde o nascimento até à adolescência, sendo a sua divisão por idades explicitada em anexo (Anexo XIV), vinte e uma vacinações e dois diagnósticos precoces.

Tive ainda neste contexto de estágio a oportunidade de poder assistir a cinco consultas de desenvolvimento, realizada na ULS-HPH, por Pediatras especializados no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem. As consultas de Desenvolvimento têm como objetivo avaliar e orientar recém-nascidos, crianças e adolescentes com perturbações no desenvolvimento, idealmente encaminhadas por enfermeiros, tanto a nível terapêutico como educacional com uma intervenção multidisciplinar quando necessário. Pretende-se prevenir e intervir precocemente sobre os défices sensoriais, cognitivos e

motores para que estes tenham o menor impacto possível na vida destes meninos e das suas famílias.

Ao desenvolver consultas de enfermagem durante este estágio, pude compreender o papel do enfermeiro especialista, aprofundando as minhas competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente. A possibilidade de assistir crianças em várias faixas etárias permitiu-me alargar os conhecimentos adquiridos.

A consulta evidência a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pelo enfermeiro, no sentido que será um apoio essencial para a família contribuindo com conhecimentos e estratégias para os potenciar.

Durante o período de consulta as crianças/pais fornecem dados importantes sobre as suas atividades diárias, o seu estado de saúde e o desenvolvimento das suas capacidades que permitirão levantar diagnósticos de enfermagem adequados à especificidade da criança. É no momento da consulta que o enfermeiro especialista aplica os seus conhecimentos e recorre às suas capacidades de observação e identificação precoce de possíveis problemas para evidenciar perante as crianças e familiares o seu contributo para a melhoria do estado de saúde da criança, tendo sido esta a minha postura. Um dos aspetos fundamentais da consulta é a promoção da saúde, o que pressupõe ensinar e instruir, numa atitude preventiva e antecipatória. Durante as consultas tive oportunidade consoante a faixa etária de efetuar a vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento moral, comportamento social, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento psicomotor, alimentação, sono, eliminação, dentição, postura corporal, higiene corporal e oral, papel de estudante, avaliação antropométrica) e abordar temas de educação para a saúde (prevenção rodoviária, exercício físico, hábitos alimentares, prevenção de acidentes, atividades lúdicas, relacionamento com os outros, exercício físico). Através da comunicação e de uma relação de ajuda o profissional de saúde consegue demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem prestados e a sua influência na aprendizagem de comportamentos de saúde adequados.

Já no que diz respeito à vacinação e quando esta estava inserida nas consultas de vigilância, optei sempre por a realizar no final da consulta, independentemente da idade da criança para que não interferisse no desenrolar da consulta, diminuindo a confiança terapêutica.

A vacinação constitui um dos meios mais eficazes em termos de prevenção e controle de doenças infetocontagiosas, sendo de uma extraordinária importância para a saúde do homem em geral e da criança em particular.

Compete aos profissionais de saúde divulgar o Programa Nacional de Vacinação (PNV), tal como motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação das situações de maior risco e com menor acesso aos serviços de saúde.

A população alvo deste programa são todos os utentes inscritos na USF. Nesta área de intervenção tive oportunidade para observar, administrar e efetuar o registo completo e de modo legível de todos os atos vacinais no Boletim Individual de Vacinação e no programa SINUS.

Tive então oportunidade de administrar vinte e uma vacinas, apenas vacinas incluídas no PNV (BCG, VHB 1ª e 3ª doses, Hib 2ª e 3ª doses, DTPa 2ª, 3ª e 5ª doses, VIP 2ª, 3ª e 4ª doses, MenC 1ª dose, VASPR 1ª e 2ª doses e Td). No entanto no meu contexto profissional, tenho oportunidade de proceder a vacinação principalmente Extra-Plano, no âmbito do contexto da Consulta de Pediatria. Efetuei ensinamentos relativos às reações das vacinas administradas e medidas a adotar, esclareci também a importância de cumprir o PNV.

Algumas das vacinas foram administradas a crianças acolhidas na Associação Casa do Caminho, que é uma instituição particular de solidariedade social que funciona 24 horas por dia durante todo o ano, para acolher crianças em perigo, vítimas de maus tratos, negligência ou quaisquer outras formas de violação do seu desenvolvimento ou dos seus direitos.

Tive ainda a oportunidade de efetuar dois testes de diagnóstico precoce, durante os quais foi explicado o procedimento aos pais, bem como a necessidade de o efetuar, visto tratar-se de um teste de rastreio precoce do Hipotiroidismo Congénito e de outras 24 doenças hereditárias do metabolismo. Algumas das doenças que é possível identificar através do teste de diagnóstico precoce nem sempre têm manifestações visíveis no recém-nascido, mas podem provocar problemas físicos, debilidade mental e eventualmente a morte, quando não são diagnosticadas e tratadas precocemente. Informados ainda os pais acerca da forma de confirmarem o resultado do teste, via internet.

Um objetivo transversal a todos os campos de estágio foi utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem realizada. Os registos de enfermagem são extremamente importantes para documentar os cuidados e promover a continuidade dos mesmos. Na organização e planeamento dos cuidados, tive em conta a identificação dos problemas, planeamento e implementação das intervenções, a monitorização das mesmas e a avaliação dos resultados, no âmbito do processo de enfermagem, fazendo registos de

todo o processo com recurso à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e utilizando o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). A uniformização dos registos de enfermagem, de modo a tornar a terminologia objetiva e não suscetível a várias interpretações, é desde algum tempo uma preocupação constante na prática da enfermagem.

A CIPE é um programa do ICN e foi concebida para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática.

Os serviços onde estagiei apresentavam implementado o programa informático SAPE, no qual tive oportunidade de formular diagnósticos de enfermagem e elaborar/atualizar planos de cuidados personalizados segundo as necessidades da criança/família para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando uma linguagem classificada com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) numa estrutura sistemática de trabalho como o Processo de Enfermagem. Este sistema permite uma documentação sistemática dos cuidados de enfermagem prestados respeitando as várias etapas do processo de Enfermagem, evita a perda de informação e facilita a continuidade dos cuidados. Pude explorar os campos de partilha entre o internamento e os cuidados de saúde primários, percebendo assim a sua interligação, sendo, no meu ponto de vista, uma vantagem muito importante, pois, desta forma, toda a informação é partilhada não havendo perdas de informação.

A elaboração do plano de cuidados teve sempre por base, a parceria de cuidados, e a avaliação sistemática dos resultados das intervenções efetuadas, de forma a induzir alterações. *“É através do diagnóstico deste grau de dependência que a enfermagem irá de uma forma individualizada, desenvolver a sua decisão clínica (planificar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem)”* (Abreu, 2007, p.51).

Considero crucial salientar a importância do uso de sistemas de informação para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, já que consiste numa estratégia privilegiada de prestação de cuidados de qualidade, que impõe aos profissionais, o desafio contínuo do exercício de uma prática reflexiva.

Desenvolvi competências especializadas na avaliação, planeamento, intervenção e avaliação, utilizando o processo de enfermagem e linguagem classificada, na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Competências a atingir

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Demonstrar capacidade de reagir perante situações complexas, no âmbito da área de EESIP;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade.

- ✓ Sinalizar e encaminhar adequadamente a criança/família em situações de risco ou potencial risco social, clínico e familiar, para áreas especializadas de intervenção
- ✓ Promover a articulação dos serviços com outros recursos de apoio

Muitas são as situações complexas com as quais temos contacto na prestação de cuidados de Enfermagem à criança/família. A definição de situação complexa é bastante vaga, porque são várias as situações complexas que podem surgir no contexto prático, não tanto dependentes da situação em si, mas essencialmente das estratégias de *coping* do profissional, da criança e da família, para lidar com a situação. Assim, considero premente que o Enfermeiro cujo exercício da profissão se desenvolve na área da Saúde Infantil e Pediátrica esteja capacitado para lidar com situações complexas, previstas e imprevistas, mas que exigem uma maturidade e estabilidade emocional apropriadas e uma relação empática e de ajuda para com a criança/família.

Apesar de alguns dos exemplos já referidos no capítulo referente às competências previamente adquiridas, passo também a citar outras situações que vivenciei em estágio e que contextualizam os obstáculos que senti e ultrapassei, na abordagem de situações complexas de contornos diferentes.

Em contexto de Módulo I, deparei-me com uma situação em que a mãe alimentava a filha uma criança de 4 meses de idade com leite de vaca, apesar de todos os ensinamentos efetuados pela enfermeira de família nas consultas de vigilância infantil anteriores sobre a importância de uma alimentação adequada durante o primeiro ano de vida da criança. Depois de reconhecida a situação a mãe foi questionada sobre a razão/ motivo pelo qual o fazia, assumindo que possuía dificuldades económicas. Foram de imediato fornecidas algumas amostras de leite adaptado, bem como papas lácteas e não lácteas, e reforçados

ensinos sobre a sua correta preparação. Procedeu-se ao agendamento de uma consulta posterior, de forma a promover uma vigilância mais apertada. Tendo também este caso sido referenciado para a assistente social, de modo a acionar os mecanismos e a mobilizar os recursos adequados à situação em concreto. Não tive no entanto oportunidade de verificar a exequibilidade das intervenções implementadas pois a data da consulta agendada transcendeu o período destinado à realização desta componente do Estágio.

Durante o estágio no Módulo I, tive ainda contacto com outras situações diferenciadas e complexas no âmbito do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco, pois tive o privilégio de assistir a uma reunião onde se discutiram diferentes casos previamente sinalizados.

Relativamente ao Núcleo importa referir que, conforme descrito pela DGS em 2007, os NACJR tem como objetivo a deteção precoce de fatores de risco e sinais de alarme na criança e família, tendo a responsabilidade de acompanhar as situações de risco identificadas e sinalizá-las, sendo prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de redes de apoio a nível da comunidade. Têm igualmente um papel de grande importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção do primeiro nível, trabalham na prevenção e acompanhamento de situações de risco e de maus tratos na respetiva esfera de ação.

Após a abertura de um processo, são desencadeados alguns procedimentos submetidos à decisão da equipa multidisciplinar, que reúne mensalmente, e da qual resultará um Plano Individual de Apoio à Família (PIAF).

A equipa multidisciplinar do NACJR, tal como previsto a nível legal, é constituída por uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga e uma assistente social, existindo enfermeiras interlocutoras que fazem parte do núcleo e que lhes são sinalizadas as crianças para o NACJR mediante o preenchimento da Ficha de Sinalização do NACJR. Aquando da chegada da sinalização de uma criança ou jovem ao NACJR, é feita uma avaliação inicial com validação de critérios de risco, já indicados por quem realizou o preenchimento dessa mesma ficha. Após esta primeira fase é discutido com a equipa multidisciplinar a situação, e no resultado dessa reunião iniciado a referenciação para o NACJR na eventualidade de se confirmarem e serem válidos os critérios de risco. Por fim, quando existe a referenciação, é atribuído um elemento Gestor de Caso, que varia conforme a disponibilidade e tipo de abordagem/necessidade daquele núcleo familiar, sendo na maioria das vezes o elemento que já tem alguma relação com a família ou que esta geograficamente mais próximo.

Trata-se de uma estrutura de intervenção privilegiada no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem, podendo assim desenvolver competências específicas relacionadas não só com gestão de casos de risco, como na prestação de cuidados na comunidade com visita domiciliária e articulação efetiva com os restantes parceiros comunitários: escola, creches, centros de inserção social, paróquias, entre outros.

A sistematização da Visita Domiciliária a crianças em risco surge de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais. Ao ser direcionada para a criança em risco, a Visita Domiciliária, reveste-se de uma importância acrescida, isto se for considerado que é o momento ideal para encontrar indícios de negligência, através da observação do comportamento exibido pela criança e a interação familiar.

A Visita Domiciliária desempenha um papel primordial, porque constitui uma modalidade de intervenção de enfermagem, que permite obter um conhecimento global e integrado da criança e família no seu contexto real (físico, familiar e social).

Ao ser realizada por uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, revela-se de uma importância fulcral, permitindo a determinação de riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, contribuindo também para a melhoria da qualidade de vida da mesma, através de uma interação precoce e sustentada num conhecimento real da situação, do seu contexto familiar e de comunidade onde esta inserida, o que certamente se converterá em ganhos em saúde.

Pude constatar que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria incide principalmente na prestação de cuidados de maior complexidade à criança em risco, salientando a componente técnica, científica e relacional. Através desta complexidade, tende-se para a reflexão e melhoria da prática profissional. O enfermeiro possui também, conhecimento de que os instrumentos legais existentes são um importante contributo para a prática diária de cuidados, sendo uma mais-valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à proteção da saúde da criança e garantia dos cuidados necessários a todas as crianças de que elas necessitam.

Durante a reunião foram abordadas algumas situações em que o enquadramento da problemática familiar é complexo e multidimensional, passando pela degradação do estado de saúde da própria criança e do tutor legal, quer pela presença de DST's, alcoolismo, tráfico de droga, prostituição, desemprego, monoparentalidade, agregado familiar numeroso e a coabitação de mais do que uma geração numa casa de tipologia não adequada.

Pude verificar que são mobilizados inúmeros recursos, não só a nível da saúde, como também a nível educacional, através por exemplo de reuniões periódicas com o infantário. Num dos casos a intervenção passou mesmo pela implementação de avaliações periódicas do desenvolvimento da criança, regularização, não só do plano nacional de vacinação como também das consultas de vigilância de saúde infantil, tendo sido para tal contactada telefonicamente a médica e enfermeira de família.

Competências a atingir

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Desenvolver competências relacionais e de comunicação com a família (cuidador) / Criança

- ✓ Adequar as formas de comunicação utilizadas, de acordo com a idade da criança
- ✓ Valorizar a comunicação não-verbal, em todas as faixas etárias

A comunicação é uma competência essencial no desempenho dos Enfermeiros, sendo fator determinante na relação de ajuda e um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em Pediatria.

A comunicação assume um papel de destaque no bom desempenho dos profissionais de enfermagem, sendo um dos veículos principais na relação de ajuda e na correta avaliação de desempenho. Através das habilidades comunicacionais o enfermeiro realiza a sua nobre função de cuidar o outro, com qualidade e ao encontro das suas necessidades.

No caso dos lactentes, estes ainda não usam a linguagem verbal, pelo que a linguagem não-verbal tem um papel primordial. Deve-se falar calmamente e tocar o bebé com carinho e no sentido de aliviar o seu desconforto. A presença dos pais deve ser permitida e de forma a permitir a sua visualização por parte da criança, pelo menos até ter a competência da permanência do objeto adquirida. A comunicação de experiências negativas, por parte do lactente, habitualmente traduz-se nas alterações do padrão de sono e atividade física (Zavaschi, Lima, & Palma, 2000).

Na primeira infância é importante direcionar a comunicação para a criança, permitindo-lhe explorar os objetos com os quais será tratada. Expressões abstratas e analogias devem ser evitadas, já que a criança interpreta literalmente o que lhe é dito, deve-se optar por frases

curtas, simples, concretas e com palavras familiares para a criança, bem como acompanhadas de uma expressão facial compatível.

Na idade escolar como já fazem uso adequado da linguagem conseqüentemente, exigem explicações concretas para o motivo da intervenção e o propósito do objeto, demonstrando à criança como tudo se processará.

Um dos pontos fulcrais da comunicação é o estabelecimento de um ambiente propício para esta ocorrer, pelo que foi minha preocupação fazer um bom acolhimento nos diversos contextos assistenciais, por meio de uma apresentação adequada de todos os elementos presentes e intervenientes. Procurei incluir a criança, sempre que a idade o permitia, utilizando na comunicação o seu nome ou do jovem, esclarecendo o objetivo da intervenção, a garantia de privacidade e sigilo de toda a informação e um local apropriado para a sua realização.

Na comunicação com a criança, procurei adequar à idade e ao seu desenvolvimento cognitivo, recorrendo a estratégias de comunicação verbais, não-verbais e abstrata. A comunicação é uma competência essencial no desempenho dos Enfermeiros, sendo fator determinante na relação de ajuda e um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em Pediatria. Desta forma, tentei sempre explicar à criança qual ia ser o seu percurso e o porquê dos procedimentos, transmitindo apenas as informações essenciais, pois a informação em excesso pode ser prejudicial. Empreguei linguagem simples e facultei explicações claras, simples e diretas incentivando sempre a criança a questionar. Enfatizando que é normal ter medo, de modo a encorajá-las a falar acerca dos seus sentimentos. Em toda a relação que estabeleci com a criança, a honestidade foi um dos aspetos valorizados na comunicação, pelo que fui sempre honesta no objetivo e conteúdo da minha intervenção, sem criar falsas expectativas, esclarecendo por exemplo se o procedimento implicaria dor ou não, de forma a criar uma relação de confiança. Utilizei, sempre que adequado, a brincadeira como linguagem universal das crianças. O brinquedo foi assim utilizado como instrumento terapêutico na comunicação com a criança de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. A utilização do brinquedo ou a participação em atividades lúdicas possibilita à criança enfrentar de uma forma mais serena a situação de hospitalização, bem como, regular os seus sentimentos. Desta forma, a utilização do jogo, da pintura e da leitura traduziram um cuidar mais humanizado à criança, tendo percebido na prática, a quantidade de informação que podemos obter e tudo aquilo que avaliamos, ao partilhar um momento de brincadeira com

uma criança. Através da brincadeira a criança consegue extravasar os seus sentimentos, ajudando-a a refletir sobre a sua situação.

Não posso deixar de salientar o desafio que é o adolescente, quer por se limitar, por vezes, ao uso de monossílabos, quer pela carga emocional com que expressa o que sente, quer por já não ser uma criança, mas ainda não ser um adulto. Neste âmbito, a minha atuação foi no sentido de respeitar as suas convicções e facilitar a comunicação expressiva de emoções, sem transmitir qualquer tipo de julgamento ou incompreensão. Assim, a utilização de estratégias de comunicação específicas foram o ponto de partida para o êxito da minha intervenção, sendo que O Guia Orientador de Boa Prática: entrevista ao adolescente, da Ordem dos Enfermeiros (2010), foi um elemento essencial para o fornecimento de diretrizes a utilizar na comunicação com o adolescente. Tendo em conta este guia e as competências, procurei dirigir as questões diretamente ao adolescente e não aos pais, demonstrar disponibilidade, escutar sem induzir a resposta ou interromper, evitar juízos de valor e silêncios prolongados, assegurar a confidencialidade e o direito à privacidade, utilizar uma linguagem simples e realista, e não a linguagem do adolescente, conhecer as suas expectativas e reforçar competências e comportamentos positivos e autoestima.

Na comunicação com a família, a transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de stress e ansiedade, muito comuns em situações de hospitalização. Na comunicação com os pais, tentei aferir junto deles qual a melhor forma de me referir a eles, procurei encorajá-los a expor as suas dúvidas e preocupações, usei sempre que considerei necessário o silêncio, na procura de uma relação de ajuda e empatia. Procurei ir de encontro às necessidades de informação da família, adotando uma postura calma, escutando as suas dúvidas, medos e preocupações e utilizando uma linguagem clara e simples, adequada às características da família.

Após o estabelecimento de um efetivo canal de comunicação entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, há lugar para a criação de uma relação terapêutica.

As competências de comunicação que fui adquirindo foram uma mais-valia, permitindo uma postura gradualmente mais experiente e confiante na utilização de diferentes estratégias de comunicação com todas as faixas etárias.

4. CONCLUSÃO

A enfermagem atual tem o dever de proporcionar cuidados com elevada qualidade, devendo estar constantemente em reflexão sobre os seus atos, sobre a forma como se envolve, relaciona e proporciona essa mesma satisfação no alvo dos cuidados - a pessoa. A importância da formação prática, sempre aliada à formação teórica, é fundamental para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos de enfermagem na área de saúde infantil e pediatria, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e suas famílias. Esta componente prática inerente ao curso que agora termina permitiu-me um desenvolvimento pessoal e profissional, assim como adquirir um grau de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de excelência.

Com o objetivo de realizar este mesmo exercício reflexivo e enquanto futuro EESIP, surge o presente Relatório de Estágio. O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados, mas sobretudo uma reflexão acerca da aprendizagem que resultou dessa experiência.

Desta forma, durante o relatório de estágio, cada atividade refletida e contextualizada traduz o que considero ter tido um impacto particularmente significativo no meu agir profissional e pessoal enquanto futuro EESIP, traduzindo-se na aquisição de competências e que possibilitaram a satisfação integral dos objetivos traçados, adaptando a sua implementação aos diferentes contextos

O estágio assumiu um papel fundamental na minha formação, pois permitiu-me construir uma ponte estável entre a teoria e a prática, tendo-me proporcionado inúmeras oportunidades de aprendizagem.

O estágio constitui, um segmento de formação importante, uma vez que proporciona várias oportunidades para desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação da prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/família.

Numa apreciação global, considero que o trabalho desenvolvido foi extremamente positivo. Nesta fase torna-se evidente a utilidade de todo o investimento feito, de todo o tempo despendido em estudo, pesquisa e partilha de experiências, pois este resultou claramente em crescimento pessoal e profissional.

Esta experiência foi altamente enriquecedora, na medida em que me permitiu perceber a importância da família na assistência à criança e da relação de cooperação enfermeiro/família, pelos benefícios que daí advém para a criança. Percorri um caminho

desafiador e fundamental para o aperfeiçoamento do meu desempenho. De facto, foram vários os obstáculos com que me deparei, e cada turno representou um desafio e uma oportunidade única de aprendizagem, quer a nível prático como a nível relacional e reflexivo. Toda a experiência compreende singularidades que não se repetem, pelo menos do mesmo modo, os contextos em que se desenvolvem, os intervenientes e os problemas encontrados são incomparáveis, cada experiência pode ser considerada como uma fonte de aprendizagem exclusiva.

Desta forma, julgo ter atingido os meus objetivos e, conseqüentemente, as competências definidas neste plano de estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. 2007. Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau, Coimbra

Amaro, S. 2000. Visita domiciliária: orientações para uma abordagem complexa. In: Desaulniers J. Fenómeno, uma teia complexa de relações. Porto Alegre: Edipucrs, 195-202

Barroso, J.; Canário, R. 1999. - Centros de Formação de Associação de Escolas – das expectativas às realidades. Instituto de Inovação Educacional. Disponível: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/362/7/TeseVirg%C3%ADlio4-Parte%20I%20Cap1.pdf> [16-02-2013]

Barroso, T.; et al. 2005. Educação para a Saúde. Formação Pedagógica e de Educadores de saúde. Formasau, Coimbra, 10

Batalha, L.; Santos, L.; Guimarães, H. 2003. Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. Acta Pediátrica Portuguesa, 34 (3), 159-163

Batalha, L. 2010. Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa: Lidel, 3

Benner, P. 2001. De iniciado a perito. Quarteto Editora, Coimbra, 12

Bracken, J. E. 2001. Triagem. In S. Sheehy (Ed.), Enfermagem de urgência: Da teoria à prática, 4ª Edição. Lusociência, Lisboa, 117-124 (Tradução do original em inglês Emergency Nursing: Principles and Practice 4th ed. Mosby-Year Book, 1998)

Canário, R. 1994. Centros de Formação das associações de escolas: Que Futuro?. In: A. Amiguinho e R. Canário, Escolas e Mudança: O papel dos centros de formação. Educa, Lisboa, 26-27

Chiavenato, I. 2000. Introdução á Teoria Geral de Administração. 6ª edição. Editora Atlas, São Paulo

Christovam, B.P.; Porto, I. S. 2008. Habilidades na gerência do cuidado: aspectos conceituais e suas aplicações. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. 2012. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU, 51

Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos bebês. 2008. Manual de Aleitamento Materno, 8-9

Dilli, D.; Kucuk, I.G.; Dallar, Y. 2009. Interventions to reduce *pain* during *vaccination* in infancy. The Journal of Pediatrics, 154 (3), 385-390

Direcção Geral de Saúde. 2011. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção

Direcção Geral de Saúde. 2007. Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde.

Disponível: <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&access=0> [02-03-2013]

Direcção Geral de Saúde. 2011. Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa

Direcção Geral de Saúde. 2002. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação, 2.^a Edição. Direcção Geral de Saúde, Lisboa

Espiney, L. 1997. Formação Inicial/Formação Continua de Enfermeiros: Uma experiência de Articulação em Contextos de Trabalho. In: Canário, R., Formação E Situações De Trabalho. Porto Editora, 169-188

Gravel, J.; Manzano, S.; Arsenault, M. 2009. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. CJEM, 23-28

Hardcastle, T. 2010. Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. Clinical Feature, 20 (1), 19- 22

Hatfield, L.; Gusic, M.; Dyer, A.; Polomano, R. 2008. Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. *Pediatrics*, 121, 327-334

Hockenberry, M. J.; Winkelstein, W. 2011. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Elsevier Editora Lda

Hockenberry, M.; Wilson, D.; Barrera, P. 2011. Implementing evidence-based nursing practice in a pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, 32 (4): 371-377

International Council of Nurses. 2009. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue. Genebra: Ordem dos Enfermeiros

Instituto de Apoio à Criança. 1998. Carta da Criança Hospitalizada. IAC, Lisboa

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2007. Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Disponível: <http://www.diagnosticoprecoce.org/> [26-02-2013]

Kristensoon-Hallström, I.; Elander, G. 1997. Parent's experience of hospitalization: different strategies for feeling secure. *Paediatric Nursing*. 23: 36-67

Kristensoon-Hallström, I.; Runesson, I.; Elander, G. 2002. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17: 140-148

Martins, C. 2008. Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Universidade de Lisboa

Martins, C.; Franco, M. P. 2004. O papel formativo do enfermeiro especialista. *Nursing* 192:6-9

Neill, S. 1996. Parent Participation 2: Findings and their implications for practice. *British Journal of Nursing*. 5(2): 110-117

Nystrom, K.; Ohrling, K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3): 319-330

Oliveira, A. M. N. S. R. V. D.; et al. 2005. Preparação da criança e família para a cirurgia - A importância do papel do enfermeiro. *Servir* 53 (4): 202-205

Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. 2003. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. 2008. Dor - Guia Orientador de Boas Práticas. *Cadernos OE* 1(1): 1-51

Ordem dos Enfermeiros. 2011. Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE* 3(1)

Radhi, A.S.; Barry W. 2006. Thermometry in paediatric practice. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 351-356

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril

Taddio, A. et al. 2008. Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Research*, 179 (1), 37- 43

Vargas, M. d. 2010. Gestão de conflitos e Desgaste Profissional no bloco operatório: o caso dos Enfermeiros. Lisboa

Zavaschi, M.;Lima, D.;Palma R. 2000. Interconsulta psiquiátrica na pediatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria* II:48-51

ANEXOS

ANEXO I

Plano de Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança”

Plano da Sessão

Projeto: Formação Contínua em Serviço

Tema: Dor na Criança

Equipa formadora: Enf.ª Estagiária MESIP Ana Pereira e Enf.ª Estagiária MESIP Carolina Cardoso com supervisão da Enf.ª Cristina Leão

Grupo destinatário: Enfermeiros e alunos de Enfermagem da UCC Senhora da Hora, USF Lagoa, USF Caravela e Privados

Data: 5 de Novembro de 2012

Hora da sessão: 13:30 h

Tempo previsto: 30 min

Local: Biblioteca UCC Senhora da Hora

Objetivos:

- Informar os enfermeiros sobre a avaliação, tratamento e prevenção da dor pediátrica;
- Alertar os enfermeiros para a importância do foco de atenção Dor.

Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
INTRODUÇÃO	5´	Apresentação pessoal e do tema; Motivação; Introdução ao tema.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	
DESENVOLVIMENTO	20´	Contextualização da dor; Fatores que influenciam a perceção de dor na criança; Desenvolvimento cognitivo e experiência de dor; Avaliação da Intensidade de dor; Medidas de controlo de dor (farmacológicas e não farmacológicas)	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Observar o interesse e participação dos participantes .

CONCLUSÃO	5`	Conclusão do tema; Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Questionário de avaliação de sessão
------------------	----	---	---	-------------------------------------

ANEXO II

Diapositivos apresentados na Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança”

Dor na criança

Atuação do Profissional de Enfermagem




Matozinhos, 5 de Novembro de 2012



Ana Pereira e Carolina Cardoso
Alunas do Curso de Pós-licenciatura de
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Conteúdo:

- Considerações gerais
- Atuação de enfermagem
 - Avaliação da dor
 - Controlo da dor



Dor na criança

A dor é um fenómeno multidimensional, complexo, com efeitos nefastos na saúde e desafiador para os profissionais de saúde dada a sua frequência de aparecimento.

Está presente na generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, cujo controlo (prevenção e tratamento) é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem.

É um dos principais indicadores de qualidade dos cuidados

(BATALHA, 2010)

Dor na criança

Percepção Comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

CIFER 2/ICNP 2010

Avaliação da dor

A avaliação exata da intensidade da dor começa com a elaboração da história da dor

1. Características da dor
2. Fatores de alívio e de agravamento;
3. Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
4. Formas de comunicar/expressar a dor;
5. Experiências anteriores traumatizantes e medos;
6. Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
7. Comportamento da criança e ambiente familiar;
8. Efeitos da dor na vida diária;
9. Impacto emocional e socioeconómico.

(DCS, 2010)

Avaliação da dor

• Experiência neurológica
• Maturação neurológica
• Genéticos
• Género

• Fatores Biológicos

• Fatores Cognitivos

• Fatores Psicológicos

• Fatores Socioculturais

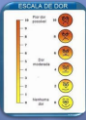
• Pais
• Cultura

(BATALHA, 2010)

Avaliação da dor

5º Sinal Vital

(Circular Normativa n.º 9/DCCG)
(14/6 de 2009)



A avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática. O registo deve ser complementado no processo clínico.

Os profissionais de saúde precisam de informações úteis para avaliar a intensidade da dor e selecionar as estratégias para a sua prevenção e tratamento

Avaliação da dor

EDIN Echelle Douler et d'Inconfort du Nouveau Né

	PONTUAÇÃO			
	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Cantais passageiras: sobranceiras, franzidas; lábios contraídos; queixo franzido; queixo abotado.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas.	Cripição permanente ou face prazerosa, petrificada ou face estereotada.
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: cripição das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo.	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grão a menos estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grão no grão sem a menor estimulação
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsoável. Súplica desesperada

Avaliação da dor

< 4 anos

Escala FLACC

Indicador	Descrição
FACE	0 Nenhuma expressão particular no sorriso. 1 Certo ou sublevesse franzido de voz em quando, introversão, desatenção. 2 Frense frequente de queixo, maxilares cerradas.
PIRNAS	0 Perna(s) normal(is) relaxada(s). 1 Espasmos, agitação, tensão. 2 Aps posturas em tensão.
ACTIVIDADE	0 Detido naturalmente, posição normal, não se faz de conta. 1 Contorcimento, tensão de pun to(s) e para a frente, tensão. 2 Corrida, agitação com movimentos bruscos.
CHORO	0 Ausência de choro (acostado ou adormecido). 1 Gemido ou lamento; queixa ocasional. 2 Choro persistente, grito ou ululato, queixa frequentes.
CONSOLABILIDADE	0 Satisfeito, relaxado. 1 Tranquilizado por toque, abraço ou conversa ocasional, pede ser consolado. 2 Difícil de consolar ou confortar.

FIG. 1 - Escala de dor "Face, Legs, activity, Cry, Consolability" (FLACC)

Avaliação da dor

4 a 6 anos

Escala Quantitativa

Escala de Faces

Avaliação da dor

> 6 anos

Escala Visual Analógica (EVA)

Sem Dor ————— (10 cm) ————— Dor Máxima

Escala Numérica (EN)

Sem Dor [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] Máxima Dor

Controlo da dor

Alívio da dor → Uma necessidade básica e Um direito de todas as crianças

Intervenções não farmacológicas

Previnem a intensificação de um processo doloroso ligeiro.

+

Intervenções farmacológicas

Na dor moderada e intensa. Os analgésicos devem ser administrados, mesmo antes de se apresentarem sinais de alterações fisiológicas e/ou comportamentais. Para efetuar procedimentos dolorosos recomenda-se utilizar também anestésicos locais associados ao analgésico.

Controlo da dor:

Intervenções não farmacológicas

Comportamental	- Reforço positivo - Relaxamento
Cognitivo	- Informação preparatória - Auto-relato positivo
Cognitivo-comportamental	- Distração - Modelagem e ensaio - Imagem guiada
Físico	- Aplicação calor/frio - Massagem - Posicionamento
Suporte emocional	- Presença - Toque - Conforto (embalar, acariciar, amamentar, sacos, sucção, falar)
Ambiental	- Temperatura, ruído, luz, mobiliário, decoração

Controlo da dor

Lactentes

Comportamento	Estratégias
- Sem palavras para descrever a dor - Respondem ao comportamento dos pais - Memorizam acontecimentos dolorosos, possivelmente desde a nascença	- Diminuir estimulação ambiental - Promover conforto - Sucção não nutritiva - Aleitamento materno

(BATALHA, 2010)

Controlo da dor

Do 1 aos 3 anos

Comportamento	Estratégias
- Usam palavras para a dor (ai, ui, dó) - Ansiedade desconhecida - Podem sentir mais tristeza se os pais estão ausentes durante um procedimento doloroso - Egoicêntricos - Início de autonomia	- Escutar música - Elogiar - Recompensar - Negociar - Permitir escolhas durante os procedimentos - Informar/Explicar procedimento

(BATALHA, 2010)

Controlo da dor

Dos 3 aos 6 anos


Comportamento	Estratégias
- Usam linguagem para exprimir a dor - Acreditam na dor como punição por algo de errado que fizeram - Tentam atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis - Tendem a culpar alguém pela própria dor - Precisam de sentido de controlo - Misturam factos reais com ficção - Temem as lesões corporais ou a mutilação	- Escutar música - Imaginação dirigida - Histórias - Usar jogos - Informar/Explicar procedimento - Técnica de respiração profunda - Elogiar - Recompensar - Negociar

(BATALHA, 2010)

Controlo da dor

Dos 6 aos 12 anos

Comportamento	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> - Temem as lesões corporais ou a mutilação - Têm raciocínio lógico - Começam a raciocinar em termos de causa-efeito - Podem adiar a gratificação - Compreendem o tempo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escutar música - Imaginação dirigida - Histórias - Técnica de respiração profunda - Elogiar - Recompensar - Negociar - Informar/Explicar procedimento - Demonstrar procedimentos - Abordar atividades favoritas




(BATALHA, 2010)

Controlo da dor

Adolescentes

Comportamento	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> - Compreendem as abstrações - Precisam de manter a autoestima e controlo - Sentem-se onnipotentes, como se nada os pudesse magoar, por isso podem não cumprir os tratamentos - Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é necessária a medicação para a dor, pelo que não a pedem 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar - Explicar procedimento - Incentivar pensamentos positivos



(BATALHA, 2010)

Controlo da dor:

Intervenções não farmacológicas

Sacarose

Composição	• Carbohidrato do tipo dissacarídeo, formado pela união de monossacarídeos, a glicose e a frutose
Ação	• A ingestão de sacarose estimula a libertação de endorfinas
Duração de ação	• Atua ao 1º min e tem a duração máxima de 10 min
Idade	• Eficaz até aos 3 meses
Administração	• Aplicação via oral sob as papilas gustativas associada à sucção não nutritiva

Dose:
2ml até três vezes por procedimento

Controlo da dor:

Intervenções farmacológicas

Agentes farmacológicos analgésicos

- Não opióide
- Opióide

Não opióide

➤ Não desenvolvem tolerância, dependência (física ou psíquica) ou depressão respiratória

Controlo da dor:

Intervenções farmacológicas

Paracetamol

Indicação:

- Alívio temporário nos casos de dor ligeira a moderada
- Desconforto
- Antipirético

➤ Posologia: preconizada 10 a 15 mg/kg via oral de 6/6 horas.

Controlo da dor:

Intervenções farmacológicas

Anestésicos Cutâneos Locais

- Sutura de lacerações
- Queimaduras superficiais
- Inserção de cateteres venosos
- Punções lombares
- Injeções
- Remoção de drenos, agafros, pontos



As crianças consideram as punções como a sua pior fonte de dor e medo.

Controlo da dor:

Intervenções farmacológicas

Anestésicos Cutâneos Locais

EMLA®	ELA Max®	Cloroeto de Etilo
<ul style="list-style-type: none"> • Creme ou penso • Composto por iguais partes de lidocaína e prilocaína • Proporciona anestesia dérmica em 60 a 120 min • Indicado para a punção venosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Creme anestésico local • Constituição: 40 mg de lidocaína • Requer apenas de 30 min de aplicação • Provoca menor vasoconstrição • Reduz o risco de ocorrência de meta-hemoglobinémia 	<ul style="list-style-type: none"> • Spray frio • Técnica rápida e de baixo custo • Com eficácia para procedimentos de curta duração como a vacinação e punção venosa





BIBLIOGRAFIA

- BATALHA, L. (2010) – Dor em Pediatria: Compreender para mudar. Lidel
- BATALHA, L.; SANTOS, L. A.; GUIMARÃES, H. (2005) – Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediátrica Portuguesa. Vol. 36, n.º 4, p. 201-207.
- BATALHA, L. M. C. (2005) – As dificuldades na quantificação exacta da dor. Servir. Vol. 53, n.º 4, p.166-174.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, 2010
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2001) – Plano Nacional de luta contra a dor. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2003) – A dor como 5º sinal vital. Registo sistematizado da intensidade da dor. Circular Normativa n.º 9/ DGCG de 14-08-2003.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2001) – Orientações Técnicas sobre Avaliação de Dor nas crianças, Dez, 2010.



ANEXO III

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação a Pares: “Dor na Criança”

	AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO Formação em serviço
---	---

1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: _____

Início _____ Fim _____ Duração _____ horas

Instruções de Preenchimento do Questionário

- Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores à seguinte escala: 4 "concordo em absoluto"; 3 "concordo parcialmente"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"
- Marcação com X do quadrado escolhido

1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO	1	2	3	4
1.1 Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Os temas abordados são actuais e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES

		1	2	3	4
2.1 Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)				
2.2 Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo				
2.3 Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada				
2.4 Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo				
2.5 Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom				

3. SUGESTÕES/CRÍTICAS

3.1 Aspectos positivos na acção

3.2 Aspectos a melhorar

3.3 Sugestões

Nome (opcional) _____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXO IV

Plano da Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar, intitulada
“Sexualidade”

Plano da Sessão

Projeto: Saúde Escolar

Tema: Sexualidade

Equipa formadora: Enf.ª Estagiária MESIP Ana Pereira e Enf.ª Estagiária MESIP Carolina Cardoso com supervisão da Enf.ª Cristina Leão e Enf. Graça Fonseca e Enf. Ana Marques

Grupo destinatário: Alunos de 12º ano da Escola Secundária da Senhora da Hora

Data: 8, 9, 12 e 20 de Novembro de 2012

Hora da sessão: 9h25 ou 14h25

Tempo previsto: 110 min

Local: Escola Secundária da Senhora da Hora

Objetivos:

- Informar os adolescentes sobre a Sexualidade;
- Informar os adolescentes sobre Métodos Contracetivos;
- Informar os adolescentes sobre Infeções Sexualmente Transmissíveis.

Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
INTRODUÇÃO	10´	Apresentação pessoal e do tema; Motivação; Introdução ao tema.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	
DESENVOLVIMENTO	45´	Sexualidade, Métodos contracetivos e Infeções Sexualmente Transmissíveis	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Observar o interesse e participação dos participantes.

CONCLUSÃO	30`	Conclusão do tema; Dinâmica de grupo para síntese das principais ideias; Esclarecimento de dúvidas	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	
------------------	-----	---	---	--


ANEXO V

Diapositivos apresentados na Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade”

Sexualidade

Educação para a Saúde
Escola Secundária 2/3 da Senhora da Hora
12º Ano

Ana Pereira e Carolina Cardoso
Alunas da Pós-licenciatura de
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde




Conteúdo:

- Sexualidade
- Métodos Contraceptivos
- Infeções Sexualmente Transmissíveis

Sexualidade

“A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”



OMS

Dimensões da Sexualidade



Biológica: Engloba o desenvolvimento sexual, em todas as fases, e onde está a capacidade de reprodução após a puberdade.

Psicológica: Inclui as emoções, os pensamentos e a personalidade de cada indivíduo.

Ética: Envolve questões sobre como nos cuidamos e às outras pessoas e como escolhemos o que está certo ou errado.

Cultural: Os nossos comportamentos e atitudes sexuais são aprendidos e não inatos, logo são influenciados pelo meio que nos rodeia.


Sexualidade

Todos os seres humanos são do ponto de vista biológico seres sexuados. A sexualidade porém vai muito além da anatomia ou fisiologia. Tem diversas dimensões e múltiplas funções.



A sexualidade está presente ao longo de todas as etapas da nossa vida mas a forma como a vivemos vai sendo diferente.

Sexualidade e Afetividade



O desenvolvimento da afetividade e da sexualidade estão intimamente relacionados, pois contribuem para a construção da identidade e da singularidade de cada pessoa.

Afetividade

Os afetos satisfazem necessidades profundas de segurança emocional, intimidade, entrega e satisfação.



Os afetos estão presentes ao longo do ciclo vital, manifestando-se de diversas formas.

Sexualidade

A sexualidade sofre forte influência de fatores como auto-estima e auto-conceito.

A forma como a pessoa se valoriza interfere, sem dúvida, em como irá exercer sua sexualidade.

Auto-conceito

É a percepção que cada um tem de si, é o que cada um pensa e conhece de si próprio, das suas capacidades e competências em vários domínios.

Domínios:

- Social
- Físico
- Cognitivo
- Emocional
- Religioso
- Profissional



Auto-estima

É a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma. Pode ser compreendida como a aceitação do que se é e como se é.

Quem tem uma boa auto-estima aceita-se a si próprio de uma forma positiva, conhece os seus limites e capacidades, gosta de si tal como é, confia nos outros e estabelece boas relações com os outros.



Auto-estima

A sensação de inadequação, de culpa/vergonha, ou ainda a ausência de confiança e amor-próprio, indicam prejuízo na auto-estima de um indivíduo.

A pouca valorização torna-nos adversários do nosso próprio bem estar.



Preconceito

É um juízo preconcebido, manifestado geralmente na forma de uma atitude discriminatória perante pessoas, lugares ou tradições considerados diferentes.

Dimensões:

- Social
- Racial
- Sexual



A orientação sexual de cada um deve ser respeitada.

Comportamentos de risco

- É um comportamento do qual podem advir consequências inesperadas
- Estes podem colocar em risco a tua saúde e a dos outros

Comportamentos de risco

- Baixa auto estima
- O início precoce da atividade sexual
- Desconhecimento sobre sexualidade
- Relação sexual não protegida
- Ter vários parceiros sexuais
- Consumo de drogas ou álcool



Planeamento familiar Objetivos

- Promover comportamentos saudáveis face à sexualidade
- Informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva
- Reduzir a incidência das infeções de transmissão sexual as suas consequências

Planeamento familiar Consulta

- Avalia o estado de saúde da mulher ou do casal
- Esclarece dúvidas
- Informa e pode fornecer métodos contraceptivos gratuitos
- Faz o rastreio do cancro ginecológico e das Infeções Sexualmente Transmissíveis
- Informa, ajuda a prevenir, a diagnosticar ou a tratar as Infeções Sexualmente Transmissíveis
- Consulta confidencial e gratuita

Planeamento familiar Onde recorrer

Centro de saúde da zona de residência ou em qualquer outro que tenha gabinete de atendimento, bem como em alguns hospitais e maternidades.



Planeamento familiar Onde recorrer

Os jovens têm ainda ao seu dispor os serviços dos Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil ou Centros de Atendimento a Jovens (CAJ) das Delegações Regionais do Instituto Português da Juventude.

Horário de atendimento:

Casa da Juventude de Matosinhos
2.º f. e 5.º f. - 16 h às 19 h



Casa da Juventude de S. Mamede Infesta
4.º f. - 16h às 19h

Sexualidade



A Sexualidade deve ser vivida de forma saudável e segura.

Parte da atitude de cada um, fazer com que esta acarrete o menor número de consequências negativas!



Métodos Contraceptivos

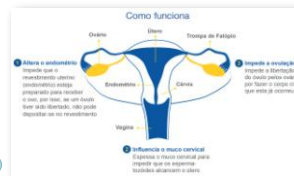
Métodos Contraceptivos	
Reversíveis	Definitivos
<ul style="list-style-type: none"> Contraceção hormonal <ul style="list-style-type: none"> Pílula Implante Anel vaginal Adesivo Inj. contraceptiva Dispositivo intra-uterino (DIU) Barreira <ul style="list-style-type: none"> Preservativo masculino e feminino Diafragma Químicos <ul style="list-style-type: none"> Cones Espuma Crems Naturais <ul style="list-style-type: none"> Calendário Temperaturas Muco cervical 	<ul style="list-style-type: none"> Laqueação de trompas Vasectomia

Contraceptivos hormonais

Combinação de hormonas femininas semelhantes às que são produzidas pelos ovários (estrogénios e/ou progesterona).



Contraceptivos hormonais



Ação:

- Impedem a libertação e a fecundação do óvulo;
- Dificultam a entrada da esperma nas trompas;
- Impossibilitam a preparação do útero para a implantação do ovo.

Pílula

Desvantagens:

- Não protege contra as infeções sexualmente transmissíveis
- Algumas mulheres têm dificuldade em cumprir a toma diária e regular da pílula

Contra-indicações:

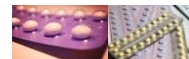
- Diabetes
- Hipertensão Arterial
- Depressão grave
- Enxaqueca
- Epilepsia
- Varizes acentuadas
- Fumadores com mais de 35 anos



Pílula

☉ Tomar um comprimido por dia sempre à mesma hora

☺ O primeiro comprimido é tomado no 1.º dia da menstruação no início do método de contraceção



Carteira de 21 comprimidos - tomar um comprimido diariamente até a caixa terminar. Parar durante 7 dias, começando uma nova carteira ao 8.º dia (quer a menstruação tenha vindo ou não).

Carteira de 28 comprimidos - tomar um comprimido todos os dias até terminar a carteira e iniciar outra no dia seguinte, sem parar um único dia.

Pilula

Em caso de esquecimento:

- Se for inferior a 12 horas tomar o comprimido em falta
- Se o atraso ultrapassar as 12 horas, tomar o comprimido logo que possível e não descurar a utilização de outro método de contraceção

A sua eficácia é reduzida em caso de:

- Ingestão de Álcool
- Vômitos
- Diarreia
- Uso conjunto com outros medicamentos, tais como, antibióticos

Preservativo

O preservativo é o único método contraceptivo que, quando utilizado corretamente, para além de evitar a gravidez protege contra as **Infeções Sexualmente Transmissíveis**.

ATENÇÃO:

- Ao prazo de validade
- Ao estado da embalagem
- Ao modo como se abre a embalagem
- Ao modo como se coloca
- São de utilização única

Preservativo

Abra a embalagem cuidadosamente (masca com os dedos) para não romper o preservativo. Coloque o preservativo sempre tomando este aranhão.

Desenrole o preservativo até a base do pénis tendo o cuidado de antes retirar o ar de dentro do preservativo apertando a ponta.

Após a stimulation, retire cuidadosamente o preservativo do pénis tendo o cuidado de fechar a abertura com o dedo, para evitar que o sêmen caia do preservativo.

Por fim dê um nó no preservativo e coloque-o no lixo. Nunca utilize o preservativo mais do que uma vez pois a sua utilização repetida não irá proteger a transmissão de DST, nem de gravidez.

Contraceção de emergência

- A contraceção de emergência não é um contraceptivo de utilização regular, é apenas para uso de **emergência**, de modo, a evitar uma gravidez não desejada.
- Deve ser tomada o mais rápido possível.
- A contraceção de emergência pode ser utilizada até 72 horas após a relação sexual, mas a sua eficácia vai diminuindo à medida que o tempo passa.

Onde adquirir:
 Centro de Saúde
 SASU
 CAJ
 Farmácias

Contraceção de emergência

Efeitos secundários:

- Náuseas
- Vômitos
- Hemorragia irregular
- Tensão mamária
- Dores de cabeça
- Cansaço

Sempre que decidires por uma contraceção de emergência, deves discutir a situação com um profissional de saúde de forma a teres a certeza de que a sua toma é justificada.

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Uma infeção sexualmente transmissível - IST é uma infeção que se transmite através do contato sexual.

- Vírus da Imunodeficiência humana - VIH
- Vírus do Papiloma Humano - HPV
- Clamídia
- Gonorreia
- Herpes Genital
- Hepatite B
- Sífilis

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Estas infeções resultam de relações sexuais vaginais, orais ou anais com uma pessoa infetada, no entanto também podem ser transmitidas quando há contato entre os dois sexos mesmo sem penetração.

Deve suspeitar de IST se:

- Corrimento genital anormal
- Comichão genital
- Ardor ao urinar
- Ardor durante as relações sexuais
- Feridas

➔

Deve:

- Consultar o médico ou enfermeiro
- Evitar relações sexuais
- Avisar os parceiros sexuais

Infeções Sexualmente Transmissíveis

CLAMÍDIA

Infeção do tipo bacteriano que pode afectar o pénis, a vagina, o colo do útero, o ânus, a uretra, a garganta e os olhos. Transmite-se por via sexual e de mãe para filho.

Sintomas:	
Feminino	Masculino
<ul style="list-style-type: none"> • Dor pélvica • Corrimento vaginal • Dor durante a relação sexual ou ao urinar • Hemorragia entre as menstruações 	<ul style="list-style-type: none"> • Ardor ou dor ao urinar; • Pus ou corrimento proveniente do pénis • Inchaço nos testículos ou no ânus

Infeções Sexualmente Transmissíveis

HPV
 Infecção provocada pelo **Vírus do Papiloma Humano**, pode provocar doenças como o cancro do colo do útero (pode demorar anos a surgir) e o condiloma vaginal (verrugas vaginais). Afeta tanto os homens como as mulheres.

Sintomas:

- Verruga genital na vagina, pênis ou ânus (pequenas lesões salientes, quentes, húmidas, rosadas ou acinzentadas que se agrupam e ficam com aspeto semelhante a couve-flor
- Dor durante a relação

Rastreio
 Exame ginecológico de citologia cervical

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Prevenção

Vacina tetravalente contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV)

Vacina contra os genótipos 6, 11, 16 e 18. Sendo estes, responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de cancro do colo do útero e 90% dos casos de verrugas genitais.

No entanto, existem mais de 100 tipos diferentes de HPV.

Infeções Sexualmente Transmissíveis

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Causada pelos **Vírus da Imunodeficiência Humana**. Transmite-se por via sexual, por contacto com sangue infetado, de mãe para filho e pelo leite materno. O VIH pode ficar incubado no corpo humano por tempo indeterminado, sem que manifeste quaisquer sintomas.

Uma pessoa VIH-positiva não tem sinais da doença, aparentando um estado saudável durante um período de tempo que pode durar vários anos. No entanto, essa pessoa está infetada e, porque o vírus está presente no seu organismo, pode, durante todo esse tempo, transmiti-lo a outra pessoa.

Infeções Sexualmente Transmissíveis

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A **SIDA** é uma doença resultante da infeção pelo VIH, que enfraquece o sistema imunitário do nosso organismo, destruindo a capacidade de defesa em relação a muitas doenças, levando a pessoa à morte.

Sintomas:

- Anemia
- Febre
- Perda de peso
- Alterações imunitárias
- Infeções oportunistas
- Cancros

Infeções Sexualmente Transmissíveis

O risco de contrair uma destas doenças obriga à prática de **sexo seguro**, através do uso do preservativo e da fidelidade ao parceiro sexual.

A **responsabilidade pela prevenção de uma gravidez indesejada, e da proteção contra as Infeções Sexualmente Transmissíveis, cabe sempre aos dois parceiros.**

FIM

ANEXO VI

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade”

Questionário

Somos enfermeiras da Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Senhora da Hora, pedimos a tua colaboração no preenchimento deste questionário. O objetivo é avaliar alguns dos teus conhecimentos sobre sexualidade com o intuito de elaborar uma formação sobre o tema adequada às necessidades encontradas. Os dados que nos vais facultar são confidenciais e anónimos.

Lê com atenção o questionário que se segue e responde com sinceridade a cada uma das questões.

Sexo: F M Idade: _____ Turma _____

Área de Estudo: _____

1. Das seguintes afirmações assinala a (s) que consideras verdadeiras:

- a) A sexualidade expressa-se em várias dimensões (biológica, psicológica, ética e cultural)
- b) O comportamento sexual humano representa uma forma profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos
- c) A sexualidade é sinónimo de sexo
- d) A sexualidade implica sentimentos e emoções
- e) A sexualidade está ligada à construção do auto-conceito e da auto-estima

2. Durante uma relação sexual com o/a namorado/a se não usar preservativo: (podes assinalar mais de que uma opção)

- a) A rapariga pode ficar grávida
- b) Tenho que usar sempre a pilula do dia seguinte
- c) Posso contrair uma Infeção Sexualmente Transmissível
- d) Não tenho risco de contrair uma Infeção Sexualmente Transmissível porque já namoramos há muito tempo
- e) Posso usar o método do coito interrompido

3. Qual dos seguintes métodos contraceptivos confere proteção contra as Infeções Sexualmente Transmissíveis?

- a) Pílula
- b) Dispositivo Intra-Uterino (DIU)
- c) Anel vaginal
- d) Preservativo
- e) Não sei

4. Quais são consideradas as Infeções Sexualmente Transmissíveis (podes assinalar mais de que uma opção):

- a) HIV
- b) Diabetes
- c) Hepatite B
- d) Vírus do Papiloma Humano – HPV
- e) Rubéola
- f) Sífilis

5. Qual dos seguintes métodos contraceptivos é o único que evita a gravidez e protege ao mesmo tempo das Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- a) Pílula
- b) Implante
- c) Anel vaginal
- d) Preservativo
- e) Não sei

6. A utilização de métodos contraceptivos:

- a) É da responsabilidade do(a) companheiro(a)
- b) É da responsabilidade do próprio
- c) É da responsabilidade dos dois

7. Para usar um preservativo corretamente deve-se: (podes assinalar mais de que uma opção)

- a) Deixar espaço na ponta para o esperma
- b) Usar um novo sempre que ocorre a relação sexual
- c) Segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina
- d) Verificar a data de validade
- e) Todas as respostas anteriores
- f) Nenhuma das respostas anteriores

8. Quando tens alguma dúvida sobre sexualidade, a quem te diriges em primeiro lugar?

- a) Amigos
- b) Mãe
- c) Pai
- d) Médico
- e) Enfermeiro
- f) Internet / Livros
- g) Outro _____

9. Quando deves dirigir-te a uma Consulta de Planeamento Familiar? (podes assinalar mais de que uma opção)

- a) Quando planear ter filhos
- b) Quando iniciar a minha atividade sexual
- c) Quando quiser ter acesso gratuito a métodos contraceptivos
- d) Quando tiver dúvidas relacionadas com a Sexualidade
- e) Todas as respostas anteriores
- f) Nenhuma das respostas anteriores

Obrigado pela colaboração!

Questionário

Somos enfermeiras da Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e em parceria com a Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Senhora da Hora, pedimos a tua colaboração no preenchimento deste questionário. O objetivo é avaliar os conhecimentos que adquiriste na sessão de esclarecimento que acabaste de assistir. Os dados que nos vais facultar são confidenciais e anónimos.

Lê com atenção o questionário que se segue e responde com sinceridade a cada uma das questões.

Sexo: F M Idade:_____ Turma_____

Área de Estudo:_____

Das seguintes afirmações assinala as que são verdadeiras ou falsas:

1. O preservativo não é o único método contraceptivo que confere proteção das Infecções Sexualmente Transmissíveis.
2. A Consulta de Planeamento Familiar destina-se apenas a mulheres.
3. A sexualidade não se refere apenas ao ato sexual.
4. O aconselhamento por profissionais de saúde contribui para manter a saúde sexual
5. A sexualidade e a afetividade estão ligadas porque contribuem para a construção da personalidade.
6. Uma relação sexual ocasional é suficiente para contrair uma Infecção Sexualmente Transmissível.

Obrigado pela colaboração!

ANEXO VII

Plano da Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar, intitulada “Dia do Não Fumador”

Plano da Sessão

Projeto: Saúde Escolar

Tema: Dia do Não Fumador

Equipa formadora: Enf.ª Estagiária MESIP Ana Pereira e Enf.ª Estagiária MESIP Carolina Cardoso com supervisão da Enf.ª Cristina Leão

Grupo destinatário: Crianças a frequentar o 1º ciclo

Data: 16 de Novembro de 2012

Hora da sessão: 09:30 h; 10 h; 10:30 h; 11 h

Tempo previsto: 30 min

Local: Auditório da Junta de Freguesia de Guifões

Objetivos:

- Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;
- Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;
- Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);
- Estimular a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo;
- Prevenir comportamentos de risco.

Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
INTRODUÇÃO	3'	Apresentação da ação de educação para a saúde; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Questões dos participantes

DESENVOLVIMENTO	24`	Apresentação de um filme; Constituição do cigarro; Malefícios do fumo do cigarro; Consequências para a saúde física e mental; Consequências para o ambiente e sociedade; Riscos associados à inalação do fumo passivo; Vantagens de uma vida sem fumo; A escolha de uma vida sem fumo.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Observar o interesse e participação dos participantes.
CONCLUSÃO	3`	Conclusão do tema; Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Questionário de avaliação de sessão

ANEXO VIII

Diapositivos apresentados na Sessão de Educação para a Saúde: “Dia do Não Fumador”



Dia do Não Fumador 16 de Novembro



Ana Pereira e Carolina Cardoso
Alunas da Pós-licenciatura de
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de
Ciências da Saúde



- ⊙ Como é constituído o cigarro?
- ⊙ Consequências
- ⊙ Fumo passivo
- ⊙ Quais as vantagens de não fumares?
- ⊙ As tuas escolhas...

Como é constituído o cigarro?

É constituído pelas folhas secas de uma planta, a NICOTIANA TABACUM.



Como é constituído o cigarro?



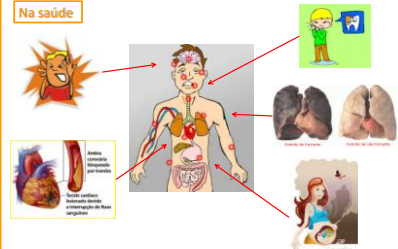
Como é constituído o cigarro?



- Alcatrão → Substância que provoca o cancro
- Nicotina → Causa dependência no organismo
- Monóxido de Carbono → Diminui a quantidade de oxigénio que chega às células

Consequências


Na saúde



Consequências

Na saúde


- ⊙ Provoca tosse;
- ⊙ Irrita os olhos;
- ⊙ Falta de concentração;
- ⊙ Os dentes ficam amarelos;
- ⊙ A pele fica mais rapidamente enrugada;
- ⊙ Provoca dores de cabeça, enjoo e tonturas;



Consequências

Na saúde

- ⊙ Provoca dependência;
- ⊙ Diminui as defesas do nosso organismo;
- ⊙ Provoca problemas no coração, nos pulmões e estômago.





Basta fumar um cigarro para trazer consequências negativas para a saúde

Consequências

Nos relacionamentos

- ⊙ Mau cheiro
- ⊙ Mau hálito
- ⊙ Obriga os outros a fumar o mesmo fumo
- ⊙ Os dedos das mãos ficam amarelos
- ⊙ Provoca dependência
- ⊙ É caro

Consequências

No ambiente



- ⊙ Produz lixo
- ⊙ Polui o ar






Fumo Passivo

O fumo passivo é o fumo que inalas quando estás perto de alguém que está a fumar. Assim, deves evitar estar próximo daqueles que o estejam a fazer, já que o fumo traz consequências graves para a tua saúde.

Quais as vantagens de não fumares?

- ⊙ Vives mais tempo
- ⊙ Tens menor risco de sofreres de vários tipos de cancro e ter algumas doenças
- ⊙ Respiras melhor e sem tosse
- ⊙ Cansas-te menos
- ⊙ Poupas dinheiro
- ⊙ Ficas com um hálito mais fresco
- ⊙ Cheiras a limpo



As tuas escolhas...

- ⊙ Não fumes, Sê original, Sê diferente .
- ⊙ Se tens alguém de quem gostes, que fume, mostra-lhe que ele está errado!
- ⊙ Escolhe ter hábitos de vida saudáveis.
- ⊙ Escolhe a forma como queres viver.




NÃO TE ESQUEÇAS QUE O TABACO É UM DOS MAIORES INIMIGOS DA TUA SAÚDE!

Dinâmica de Grupo




1 O fumo do cigarro é constituído por:

- a) Alcatrão
- b) Nicotina
- c) Monóxido de carbono
- d) Azeite



● Fumar:

- a) Só um cigarro faz mal
- b) Provoca tosse
- c) Faz com que os dentes fiquem brancos
- d) Diminui as defesas do nosso organismo
- e) Não prejudica o ambiente



- Se não fumares:
- a) Vives mais tempo
 - b) Respiras melhor
 - c) Ficas com mau hálito
 - d) Cansas-te menos
 - e) A pele fica mais bonita



Concordas ou não?

- ⊙ Fumar é a causa de muitas doenças
- ⊙ Fumar provoca mau hálito
- ⊙ Os cigarros são baratos
- ⊙ Fumar durante a gravidez prejudica o desenvolvimento do bebé
- ⊙ Mesmo que se fume muito é fácil deixar de fumar
- ⊙ Não há qualquer benefício em fumar



ANEXO IX

Cartaz “Aleitamento Materno”

ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um alimento completo e natural que satisfaz todas as necessidades do bebé.

Principais passos para uma boa adaptação do bebé à mama:

BUSCA

Colocar a mama perto da boca do bebé, com a mão em "C" para o mamilo ficar mais saliente;
Tocar com o mamilo no lábio superior do bebé para que este abra a boca;
O bebé procura o mamilo e põe a língua para baixo e para fora;

SUCÇÃO

Esperar que o bebé esteja com a boca bem aberta;
O bebé deve abocanhar a maior parte da aréola;
O lábio inferior deve ficar virado para fora;
Apontar o mamilo para o céu da boca para estimular o reflexo da sucção;

DEGLUTIÇÃO

O bebé faz sucções longas enchendo as bochechas e engolindo de seguida;
Confirmar se o nariz do bebé está livre para ele respirar;
Para retirar o bebé da mama colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebé;
Colocar o bebé em posição de eructar.

IMPORTANTE

- Oferecer a mama sempre que o bebé quiser, de dia ou de noite;
- Colocar o bebé à mama e deixá-lo até ele largar ou esvaziar a mesma e depois oferecer sempre a outra;
- Na vez seguinte começar com a mama que o bebé mamou por último, ou na que não mamou.
- A mama não precisa de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente.

Elaborado por: Ana Pereira e Carolina Cardoso
Alunas do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde
Bibliografia: Manual de Aleitamento Materno, Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008



ANEXO X

Plano da Sessão de Formação a Pais, no âmbito do Curso de Educação Parental, intitulada
“Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”



Plano da Sessão

Projeto: Curso de Educação Parental

Tema: Vigilância de Saúde: Lidar com problemas comuns

Equipa formadora: Enf.ª Estagiária MESIP Ana Pereira e Enf.ª Estagiária MESIP Carolina Cardoso com supervisão da Enf.ª Cristina Leão

Grupo destinatário: Pais a frequentar o Curso de Educação Parental da UCC Senhora da Hora

Data: 25 de Outubro de 2012

Hora da sessão: 10 h

Tempo previsto: 55 min

Local: UCC Senhora da Hora

Objetivos:

- Informar os pais sobre problemas comuns inerentes à infância;
- Expor os principais sinais de alarme e forma de atuação na presença destes;
- Clarificar a que locais de atendimento se devem dirigir nas diferentes situações.

Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
INTRODUÇÃO	5´	Apresentação da ação de educação para a saúde; Motivação; Introdução ao tema.	Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).	Questões dos participantes
DESENVOLVIMENTO	45´	Abordar os problemas mais comuns nos primeiros anos de vida da criança: Febre;	Metodologia expositiva - formato áudio visual com	Observar o interesse e participação dos

		<p>Congestão nasal; Diarreia; Obstipação; Primeiros dentes. Identificar os principais sinais de alarme e as medidas de atuação inerentes a cada problema.</p>	apresentação de slides (data show).	participantes .
CONCLUSÃO	5`	<p>Conclusão do tema; Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas.</p>	<p>Metodologia expositiva - formato áudio visual com apresentação de slides (data show).</p>	

ANEXO XI

Diapositivos da Sessão de Formação a Pais, no âmbito do Curso de Educação Parental,
intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”

Projecto Bem-Me-Quer
Promoção da Parentalidade

Vigilância da Saúde

Lidar com problemas comuns



Photo: 16 Novembro de 2012

UNIDADE LOCAL de SAÚDE
MATOSINHOS

UCC 3rª da Hora

FEBRE


Resposta complexa do corpo a agentes externos (vírus, bactérias, entre outros) e disfunções internas

É um mecanismo importante na defesa contra a infeção (processos fisiológicos de defesa têm maior eficácia a temperaturas mais altas)

Elevação anormal da temperatura corporal (Temperatura superior a 38 °C)

Variação Normal Diurna { Manhã 36-37° C
Tarde Até 38 ° C

Para além da variação individual e ao longo do dia, a temperatura varia também com a idade e com a atividade física.



FEBRE

O termómetro axilar eletrónico parece ser o mais fiável após vários estudos.

A temperatura axilar apresenta valores mais baixos, cerca de 0,5 °C em relação à temperatura oral/ timpânica e 1° C em relação à temperatura rectal.



✗ A temperatura timpânica apesar de constituir um método rápido e fácil pode não refletir com precisão a temperatura central.




FEBRE

Subida da febre:

- Calafrios
- Tremores
- Arrepios
- Extremidades frias


Manter a criança vestida



Descida da febre:

- Pele quente
- Pele ruborizada
- Suor

Despir a criança



FEBRE: PRINCIPAIS MEDIDAS

- Manter a criança com vestuário ligeiro;
- Assegurar ambiente fresco mas sem correntes de ar;
- Incentivar a ingestão hídrica (para evitar a desidratação, em pequenas quantidades e em intervalos frequentes);
- Dar banho com água 29°C abaixo da temperatura corporal ou colocação de toalhas de água morna;
- Administrar antipiréticos conforme prescrição médica.





FEBRE

As atitudes a desenvolver para o alívio da febre visam:

- Prevenção de complicações (convulsões febris e desidratação)
- Diminuição do desconforto da criança

Paracetamol → Antipirético de eleição devido à sua eficácia e segurança (cada 6-8 horas nas 24 horas).

Ibuprofeno → Alternativa eficaz ao Paracetamol

Sempre que possível, não alternar os dois antipiréticos



FEBRE: SITUAÇÕES PARA OBSERVAÇÃO MÉDICA

- Bebé com menos de 3 meses de idade;
- Febre com mais de 5 dias de evolução;
- Febre associada a mau-estado geral, dificuldade respiratória, vômitos incoercíveis.



A febre não é uma doença é um sinal

CONGESTÃO NASAL

Presença de secreções nas fossas nasais, que dificultam a passagem do ar.

Sinais:

- Ruído Respiratório;
- Rinorreia (corrimento nasal);
- Perda de Appetite;
- Irritabilidade;
- Sono Agitado.




CONGESTÃO NASAL

Os bebés até aos 6 meses de idade, respiram exclusivamente pelo nariz. Assim a existência de secreções nas fossas nasais, pode dificultar a respiração.

Sinais de dificuldade respiratória:

- Respiração mais rápida e/ou ofegante;
- Cor azulada da pele e mucosas (principalmente em redor dos lábios);
- Abertura das asas do nariz;
- Uso dos músculos acessórios (retração).



CONGESTÃO NASAL: PRINCIPAIS MEDIDAS

- ✓ Não manter o bebé deitado muitas horas seguidas, já que esta posição favorece a obstrução nasal;
- ✓ Levantar ligeiramente a cabeceira do berço, para que o bebé não durma completamente na posição horizontal;
- ✓ Não dar o biberão com o bebé completamente deitado;
- ✓ Não utilizar ar condicionado no quarto (evitar ambientes secos e quentes);
- ✓ Evitar a exposição a ambientes fechados, sobrepovoados ou com fumo de tabaco.
- ✓ Caso o seu bebé já não esteja a fazer exclusivamente leite materno, pode dar-lhe água para ajudar a fluidificar as secreções. Se só amamentar, dê-lhe sempre que ele pedir.



CONGESTÃO NASAL

Para que o bebé respire perfeitamente é necessária uma **higiene nasal completa e eficaz**

Lavagem nasal com Soro Fisiológico

- ◆ Usar solução salina, soro ou spray nasal
- ◆ Segurar e pôr o bebé de lado
- ◆ Instilar soro numa das narinas de cada vez
- ◆ Após a lavagem nasal se possível efetuar aspiração, pois permite retirar o muco acumulado
- ◆ A lavagem nasal deve ser efetuada antes das refeições da criança ou pelo menos duas horas após se ter alimentado





DIARREIA

Aumento de frequência das dejeções e diminuição da consistência das fezes.

São causadas por vírus ou bactérias

Sintomas associados:

- Dor abdominal;
- Febre;
- Vómitos;
- Mal-estar geral.




DIARREIA

Aumento da excreção intestinal de água e de solutos.

Principal complicação → **Risco de Desidratação**

- Perda de peso observável;
- Irritabilidade ou, numa fase mais avançada, muito prostrado
- Muita sede e, numa fase mais avançada, com dificuldade em beber
- Olhos encovados
- Mucosas secas
- Palidez cutânea
- Urina de cor mais escura e com cheiro diferente (menos de 6 fraldas de urina por dia)
- Fontanela deprimida



DIARREIA: PRINCIPAIS MEDIDAS

- Administração de solução de reidratação oral (para prevenir a recorrência – 10 ml/kg após cada dejeção diarreica)
- Nunca suspender o aleitamento materno
- Reiniciar a alimentação no final de 4 horas de reidratação, com a dieta habitual da criança.
- Não administrar medicação desnecessária, sem prescrição médica (antidiarreico, antiemético).



DIARREIA: SITUAÇÕES PARA OBSERVAÇÃO MÉDICA

- ➔ Idade inferior a 3 meses;
- ➔ Doença crónica;
- ➔ Mau estado geral;
- ➔ Desidratação moderada ou grave;
- ➔ Dificuldade de administração da solução de reidratação oral, intolerância da criança.

✓ Estão disponíveis duas vacinas no mercado contra o Rotavírus, um dos vírus que mais frequentemente causa diarreias

✓ Solicitar aconselhamento com Médico de Família/Pediatra.



OBSTIPAÇÃO

Consiste na alteração da frequência, da consistência ou do trânsito intestinal das fezes

Sinais:

- Diminuição da frequência habitual das dejeções;
- Barriga distendida e/ou dolorosa à palpação;
- Irritabilidade;
- Cólicas;
- Diminuição de apetite.



OBSTIPAÇÃO: PRINCIPAIS MEDIDAS

- ◆ Fornecer líquidos à criança, em abundante quantidade
- ◆ Manter o aleitamento materno
- ◆ Se já iniciou a diversificação alimentar, incentivar a ingestão de alimentos ricos em fibras e diminuir o consumo de alimentos obstipantes

Medidas de estimulação da eliminação intestinal

- Executar técnica de massagem abdominal (no sentido dos ponteiros do relógio - ascendente para descendente).
- Executar técnica de estimulação retal
- Em SOS Administrar enema ("bebege")



VÔMITOS

O vômito define-se como a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contração dos músculos abdominais.

Sintomas:


- Febre;
- Diarreia;
- Rash cutâneo;
- Dor abdominal;
- Mal estar geral ou alteração do comportamento.

Importante

- ◆ Contabilizar o número de vômitos, quantidade e suas características;
- ◆ Despistar sinais de desidratação, e traumatismos (ex.: bater com a cabeça).

VÔMITOS: PRINCIPAIS MEDIDAS

- Após um episódio de vômito, aguardar uma hora até reiniciar hidratação.
- Iniciar hidratação oral fracionada, utilizando soro de reidratação oral (líquidos transparentes – Chá) inicialmente em pequenas quantidades, em intervalos regulares, aumentando-se o volume conforme a tolerância.
- Não utilizar antieméticos, sem prescrição médica.
- Após tolerância, introduzir gradualmente a dieta habitual.
- É prudente evitar alimentos e bebidas de elevado teor de açúcares simples e alimentos com elevado teor em gorduras.



VÔMITOS: SITUAÇÕES PARA OBSERVAÇÃO MÉDICA

- Idade inferior a 3 meses;
- Vômitos contínuos após tentativa de reidratação oral;
- Mau estado geral e sensação compatível com doença grave;
- Desidratação moderada ou grave.



OS PRIMEIROS DENTES

- Cerca de **20 dentes de leite** entre os cinco/seis meses e os três anos de idade.
- Os primeiros dentes costumam aparecer por volta dos **6/10 meses**.
- O rompimento dos dentes pode ser um acontecimento discreto, que não causa qualquer dor ao bebé.




OS PRIMEIROS DENTES

Sinais:

- Mau estar do bebé;
- Dor de desconforto;
- Irritabilidade;
- Gengivas inflamadas e sensíveis;
- Face quente e vermelha;
- Salivação abundante;
- Alteração dos padrões do sono e de alimentação;
- Vontade de morder objetos.




OS PRIMEIROS DENTES: MEDIDAS DE ALÍVIO

- Dar algo para morder
- Esfregar suavemente as gengivas do bebé com um dedo lavado
- Paracetamol!
- Gel calmante

Argolas de Dentição





OS PRIMEIROS DENTES: PRIMEIROS CUIDADOS

- Lavar os dentes após o pequeno-almoço e ao deitar
- Introduzir os alimentos sólidos a partir do primeiro ano e substituir o biberão por copo e colher; pois mastigar ajuda a desmoldar os maxilares e os dentes
- Evitar doces entre refeições
- Promover a autonomia da criança para escovar os dentes a partir dos 3 anos






A QUEM RECORRER?



SAÚDE 24
808 24 24 24

LINHA SAÚDE 24



CENTRO DE SAÚDE



HOSPITAL



**UNIDADE LOCAL de SAÚDE
MATOSINHOS**



SÃO JOÃO



BIBLIOGRAFIA

- Direção Geral de Saúde. 2004. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14, Direção Geral de Saúde. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2004. Vol. 1. 972-675-102-0.
- Direção Geral de Saúde. 2005. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14, Direção Geral de Saúde. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2005. Vol. 2. 972-675-114-4.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde: DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Direção Geral de Saúde FEBRE, 1990.
- Bastos V. . 2002 - A febre. Saúde Infantil 2002; 24 (3): 22-33



GRATAS PELA ATENÇÃO!

ANEXO XII

Planos de Cuidados

Centro de Saúde: ULS MATOSINHOS EPE

USF LAGOA

Contacto de Enfermagem

Idade: 9 Anos

Registado em: 2012-10-18 14:03 Local do contacto: Centro de Saúde

Referente a : 2012-10-18 14:00 Enfermeiro:

Méd. Família:

Programas de Saúde

Data/Hora Início	Programa de Saúde
2005/05/05 16:40	Saúde Infantil

Fenómenos de Enfermagem

Data/Hora Início	Fenómeno e Diagnóstico	Data/Hora Termo
2012/10/18 14:59	Desenvolvimento Infantil 2012/10/18 15:00 conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil demonstrado	
2012/10/18 15:00	Alimentar-se 2012/10/18 15:00 conhecimento dos pais sobre hábitos alimentares saudáveis demon	
2012/10/18 15:00	Visão 2012/10/18 15:00 visão não alterado	
2012/10/18 15:01	Papel de Estudante 2012/10/18 15:01 papel de estudante demonstrado (necessita de incentivo)	
2012/10/18 15:01	Auto Cuidado: Higiene 2012/10/18 15:01 conhecimento sobre prevenção da cárie dentária não demonstrado 2012/10/18 15:02 conhecimento sobre técnica de lavagem dos dentes não demonstra	
2012/10/18 15:02	Auto Cuidado: Actividade Física 2012/10/18 15:02 conhecimento sobre auto cuidado: actividade física demonstrado (n <i>depois de exercicio</i>)	
2012/10/18 16:22	Auto Cuidado: Comportamento de Sono-Repouso 2012/10/18 16:22 conhecimento sobre hábitos de sono demonstrado	

Intervenções Realizadas

Data / Hora Início	Intervenção	Parametro	Enfermeiro
2012/10/18 14:03	Supervisar adesão à vacinação Notas: Plano Nacional de Vacinação actualizado		
2012/10/18 16:24	Ensinar sobre prevenção da cárie dentária		
2012/10/18 16:24	Incentivar visitas regulares ao dentista		
2012/10/18 16:24	Ensinar sobre auto cuidado: higiene da boca		
2012/10/18 16:24	Incentivar hábitos alimentares saudáveis		
2012/10/18 16:24	Incentivar a actividade física		
2012/10/18 16:24	Incentivar auto cuidado: comportamento de sono-repouso		
2012/10/18 16:24	Monitorizar altura corporal		
2012/10/18 16:24	Monitorizar tensão arterial		

115 - 74

Centro de Saúde: ULS MATOSINHOS EPE

USF LAGOA

Contacto de Enfermagem

Nº Processo: _____

Nome: _____

Idade: 9 Anos

Morada: _____

Ent. Resp: _____

Registado em: 2012-10-18 14:03 Local do contacto: Centro de Saúde

Enf. Família: _____

Referente a : 2012-10-18 14:00 Enfermeiro

Méd. Família: _____

Intervenções Realizadas

Data / Hora Início	Intervenção	Parametro
2012/10/18 16:24	Monitorizar peso corporal	
2012/10/18 16:24	Monitorizar índice de massa corporal (IMC)	
2012/10/18 16:24	Informar sobre papel de estudante	
2012/10/18 16:24	Incentivar papel de estudante	
2012/10/18 16:24	Monitorizar visão	

Notas Gerais

Hora	Notas
12:58	si 9 anos

UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE MATOSINHOS,EPE

2012/05/09	08h - 14h	GLUCOSE 5% CLORETO DE SODIO 0,3% -> IV FR 500 ML	40. ML	Intravenosa	a partir das 00h de dia 7/5/12 ficando em pausa	
2012/05/08	12:40	IBUPROFENO -> OR SUSP 2 %	80. MG	Oral (O)	S.O.S. :	SOS

Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	170-Pediatria IV		
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	VIGILANCAI E REGISTO SINAIS VITAIS 1 X TURNO.		
2012/05/09	08h - 14h	SINAIS VITAIS			
2012/05/09	08h - 14h	IMOBILIZAÇÃO GESSADA	Gesso pelvepodalico		
2012/05/09	08h - 14h	NEBULIZAÇÃO			

Pequeno Almoço	Meio da Manhã	Almoço
qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III	qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III	qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III

Início			Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enfº	Data		Hora	Enfº	
2012/05/05	19:40	3246	Eliminação Intestinal			
2012/05/05	19:40	3246	Eliminação Urinária			
2012/05/05	19:41	3246	Queda			
2012/05/05	19:43	3246	<i>risco de queda , em grau moderado</i>			
2012/05/05	19:45	3246	Conforto			
2012/05/05	19:45	3246	<i>conforto comprometido</i>			
2012/05/05	19:47	3246	Vinculação			
2012/05/05	19:48	3246	<i>vinculação não comprometido</i>			
2012/05/05	19:48	3246	Ligação Mãe-Filho			
2012/05/05	19:49	3246	<i>ligação mãe-filho não comprometido</i>			
2012/05/05	19:50	3246	Perfusão dos Tecidos			
2012/05/05	19:51	3246	<i>perfusão dos tecidos não alterado</i>			
2012/05/06	14:11	2574	Papel Parental			
2012/05/06	14:12	2574	<i>oportunidade de papel parental especial</i>			
2012/05/07	12:53	4374	Ingestão Nutricional			
2012/05/08	18:48	4374	<i>oportunidade de ingestão nutricional</i>			
2012/05/07	19:35	4374	Tossir			
2012/05/07	22:04	841	Úlcera de Pressão			
Data	Hora	Intervenções de Enfermagem		Enfº	Impl.	
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar a criança na satisfação das suas necessidades				
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar os pais na satisfação das necessidades da criança				
2012/05/09	08h - 14h	Ensinar criança(pais)prestador de cuidados sobre prevenção de quedas				
		Normas Planeadas				
		1	Informar o enfermeiro quando se ausenta			
		4	Rotinas do serviço			
		5	Estrutura do serviço			
2012/05/09	08h - 14h	Manter cama travada				
2012/05/09	08h - 14h	Dar banho à criança				

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	Executar técnica de posicionamento		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar o posicionamento		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar dispositivo de imobilização		
2012/05/09	08h - 14h	AD Monitorizar a SatO2		
2012/05/09	08h - 14h	AD Monitorizar frequência cardíaca		
2012/05/09	08h - 14h	AD Monitorizar tensão arterial		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar mãe/pai a enfrentar a crise de hospitalização		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar mãe/pai a enfrentar as mudanças geradas pela hospitalização		
2012/05/09	08h - 14h	Dar suporte a mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Disponibilizar presença		
2012/05/09	08h - 14h	Aumentar sensação de segurança de mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Escutar activamente mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Manter papel parental habitual		
2012/05/09	08h - 14h	Facilitar participação de mãe/pai nos procedimentos de diagnóstico e tratamento		
2012/05/09	08h - 14h	Promover participação de mãe/pai nos cuidados ao filho		
2012/05/09	08h - 14h	Promover relação terapêutica com mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar a fralda		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar aparelho gessado		
2012/05/09	08h - 14h	Planear as refeições		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		
2012/05/09	10:00	AD Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden Q"		
Notas Gerais				
<u>Vigiar a eliminação intestinal</u>				
09-Mai 00:02		Fezes moles, cor acastanhada, quantidade moderada		
<u>Vigiar a eliminação urinária</u>				
07-Mai 22:01		Eliminação urinária presente.		
<u>Vigiar urina</u>				
09-Mai 00:04		Urina límpida,		
<u>Vigiar perfusão tecidual periférica - MIE</u>				
07-Mai 00:45		Sem alterações.		
<u>Vigiar perfusão tecidual periférica - MID</u>				
07-Mai 00:45		Sem alterações.		
<u>Monitorizar a SatO2</u>				
07-Mai 16:45		Sem oxigénio, acordada.		
<u>Determinar condição do papel parental</u>				
06-Mai 14:12		2.Domicílio: PP desenvolvimental; Hospital: predomínio PP especial/complexo transitório		
<u>Determinar condição das necessidades da criança</u>				
06-Mai 14:12		2.Domicílio: desenvolvimentais; Hospital: predomínio especiais e/ou complexas transitórias		
<u>Determinar atributos da hospitalização</u>				
06-Mai 14:12		2.Admissão não planeada/planeada, hospitalização habitualmente > 3 dias, quadros pat. agudos média/grande complexidade		
<u>Vigiar a refeição</u>				
08-Mai 22:00		Quantidade 1/2 pão		

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
<u>Vigiar a respiração</u>				
08-Mai	13:41	Sem Síndrome de Dificuldade Respiratória.		
<u>Vigiar tosse</u>				
09-Mai	00:03	Com tosse produtiva com frequência ocasional		
<u>Vigiar a pele</u>				
07-Mai	22:06	Sem alterações da pele.		
<u>Vigiar sinais de úlcera de pressão</u>				
07-Mai	22:06	Sem sinais de úlcera de pressão.		

Medicação

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enfº	Impl.
2012/05/09	12:00	AMPICILINA -> IMV AMP 500 MG	500. MG	Intramuscular		cpc_f	
2012/05/09	12:00	SALBUTAMOL -> NAS SOL 0,5 %	0,25 ML	Inalatória (Inhal)		cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	GLUCOSE 5% CLORETO DE SÓDIO 0,45% -> IV FR 500 ML	1. FR.	Intravenosa	40ml/h	cpc_f	
2012/05/09	04:10	PARACETAMOL -> RET SUP 125 MG(LACTENTE)	125. MG	Rectal (R)	S.O.S. :		SOS
2012/05/09	04:10	IBUPROFENO -> OR SUSP 2 %	55. MG	Oral (O)	S.O.S. : Obs: até 8/8h		SOS

Atitudes Terapêuticas

Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	CATETERISMO PERIFÉRICO			
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	O2 QB PARA SAT>94%	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	0-Dieta 0	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	VIGIAR VOMITOS	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	ELEVAÇÃO DA CABECEIRA DO LEITO A 30º	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	VIGIAR SINAIS VITAIS	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	VIGIAR SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATORIA	cpc_f	
2012/05/09	08h - 14h	SINAIS VITAIS			

Pequeno Almoço	Meio da Manhã	Almoço
qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III	qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III	qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria III

Início			Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enfº	Data		Hora	Enfº	
2012/05/09 04:04	3246		Conforto			
2012/05/09 04:05	3246		<i>conforto comprometido</i>			
2012/05/09 04:05	3246		Queda			
2012/05/09 04:52	3246		<i>risco de queda , em grau moderado</i>			
2012/05/09 04:53	3246		Dispneia			
2012/05/09 04:55	3246		<i>dispneia</i>			
2012/05/09 04:55	3246		Tossir			
2012/05/09 04:56	3246		<i>tossir eficaz</i>			
2012/05/09 04:56	3246		Ingestão Nutricional			
2012/05/09 04:57	3246		<i>oportunidade de ingestão nutricional</i>			
2012/05/09 04:57	3246		Eliminação Intestinal			
2012/05/09 04:58	3246		Eliminação Urinária			
2012/05/09 04:59	3246		Papel Parental			
2012/05/09 05:01	3246		<i>risco de compromissso de papel parental especial</i>			

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar a criança na satisfação das suas necessidades		
2012/05/09	08h - 14h	Gerir o ambiente físico		
		Normas Planeadas		
		4 Adequar horário dos cuidados		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar os pais na satisfação das necessidades da criança		
2012/05/09	08h - 14h	Ensinar criança/pais/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas		
		Normas Planeadas		
		1 Informar o enfermeiro quando se ausenta		
		4 Rotinas do serviço		

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar o ambiente		
2012/05/09	08h - 14h	Gerir oxigenoterapia		
2012/05/09	08h - 14h	Incentivar repouso		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar mãe/pai a enfrentar a crise de hospitalização		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar mãe/pai a enfrentar as mudanças geradas pela hospitalização		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar mãe/pai na concretização do potencial de participação		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar tomada de decisão de mãe/pai sobre cuidados de saúde ao filho		
2012/05/09	08h - 14h	Aumentar sensação de segurança de mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Dar suporte a mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Disponibilizar presença		
2012/05/09	08h - 14h	Escutar activamente mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Promover participação de mãe/pai nos cuidados ao filho		
2012/05/09	08h - 14h	Promover relação terapêutica com mãe/pai		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar catéter venoso periférico		
Normas Planeadas				
12 Verificar operacionalidade do sistema				
2012/05/09	08h - 14h	AD Monitorizar tensão arterial		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar equipamento		
Notas Gerais				
<u>Vigiar a respiração</u>				
09-Mai 04:54		tiragem intercostal, tiragem sub-costal, ligeiras		
<u>Vigiar tosse</u>				
09-Mai 04:56		Com tosse produtiva com frequência		
<u>Vigiar a refeição</u>				
09-Mai 04:57		nao se alimentou.		
<u>Vigiar a eliminação intestinal</u>				
09-Mai 04:58		Sem dejecções.		
<u>Vigiar urina</u>				
09-Mai 04:58		Urina límpida,		
<u>Vigiar a eliminação urinária</u>				
09-Mai 04:58		Eliminação urinária presente.		
<u>Determinar condição do papel parental</u>				
09-Mai 05:00		2.Domicilio: PP desenvolvimental; Hospital: predomínio PP especial/complexo transitório		
<u>Determinar condição das necessidades da criança</u>				
09-Mai 05:00		2.Domicilio: desenvolvimentais; Hospital: predomínio especiais e/ou complexas transitórias		
<u>Determinar atributos da hospitalização</u>				
09-Mai 05:00		2.Admissão não planeada/planeada, hospitalização habitualmente > 3 dias, quadros pat. agudos média/grande complexidade		
<u>Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter</u>				
09-Mai 07:00		com infiltração. retirado cateter.		

Medicação							
Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enfº	Impl.
2012/05/05	22:46	PARACETAMOL -> RET SUP 125 MG(LACTENTE)	125. MG	Rectal (R)	S.O.S. :		SOS

Atitudes Terapêuticas							
Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.		
2012/05/09	08h - 14h	SINAIS VITAIS					
2012/05/09	08h - 14h	DIETA (VER OBSERVAÇÕES)	160-Pediatria II (7 meses)				
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	LEITO LEVANTADO A 45º				
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES EM SOS				
2012/05/09	08h - 14h	OUTRA ATITUDE (VER OBSERVAÇÕES)	O2 POR MÁSCARA EM SOS PARA MANTER SAT > 94%				

Almoço
qua, 09-05-2012 Imp. Pediatria II (6 meses)

Início			Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enfº	Data		Hora	Enfº	
2012/05/05	22:16	4894	Eliminação Intestinal			
2012/05/05	22:16	4894	Eliminação Urinária			
2012/05/05	22:17	4894	Ingestão Nutricional			
2012/05/05	22:17	4894	<i>oportunidade de ingestão nutricional</i>			
2012/05/05	22:17	4894	Conforto			
2012/05/05	22:18	4894	<i>conforto comprometido</i>			
2012/05/05	22:18	4894	Queda			
2012/05/06	22:52	4991	<i>risco de queda , em grau moderado</i>			
2012/05/05	22:42	4894	Tossir			
2012/05/05	22:42	4894	<i>tossir eficaz</i>			
2012/05/05	22:43	4894	Limpeza das Vias Aéreas			
2012/05/05	22:44	4894	<i>limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau moderado</i>			
2012/05/07	20:05	4374	Dispneia			
2012/05/07	20:07	4374	<i>dispneia</i>			

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar a criança na satisfação das suas necessidades		
2012/05/09	08h - 14h	Gerir o ambiente físico		
		Normas Planeadas		
		1 Adequar luz ambiente		
		4 Adequar horário dos cuidados		
2012/05/09	08h - 14h	Apoiar os pais na satisfação das necessidades da criança		
2012/05/09	08h - 14h	Manter cama travada		
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar o ambiente		
2012/05/09	08h - 14h	Manter grades da cama elevadas		
2012/05/09	08h - 14h	AD Monitorizar tensão arterial		
2012/05/09	08h - 14h	Gerir a dieta		
2012/05/09	08h - 14h	Ensinar criança pais prestador de cuidados sobre prevenção de quedas		
		Normas Planeadas		
		1 Informar o enfermeiro quando se ausenta		
		3 Factores de risco de quedas		
		4 Rotinas do serviço		

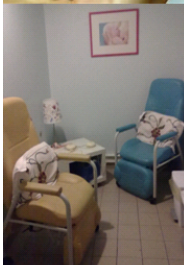
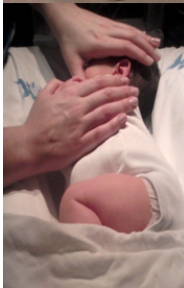
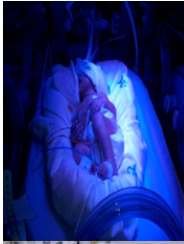
UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE MATOSINHOS,EPE

Plano de Cuidados entre 09/05/2012 08:02 a 09/05/2012 13:59

Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enfº	Impl.
2012/05/09	08h - 14h	Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		
Notas Gerais				
<u>Monitorizar tensão arterial</u>				
08-Mai 11:00		agitado		
<u>Vigiar a refeição</u>				
09-Mai 06:30		Alimentou-se de leite artificial por biberão Quantidade 120cc		
<u>Vigiar urina</u>				
09-Mai 00:06		Urina límpida,		
<u>Vigiar a eliminação urinária</u>				
05-Mai 23:32		Eliminação urinária presente.		
<u>Vigiar a eliminação intestinal</u>				
08-Mai 14:00		Sem dejectões.		
<u>Vigiar reflexo de tosse</u>				
05-Mai 22:42		Sem alterações.		
<u>Vigiar tosse</u>				
09-Mai 00:05		Com tosse produtiva com frequência ocasional		
<u>Vigiar secreções da cavidade nasal</u>				
09-Mai 06:15		Secreções em quantidade abundante, semi - espessas, cor amarela. e traumáticas		
<u>Vigiar secreções da cavidade oral</u>				
09-Mai 06:15		Secreções em quantidade abundante, semi - espessas, cor amarela. e traumáticas		
<u>Treinar inaloterapia através de inalador - Inaloterapia por camara expansora.</u>				
07-Mai 20:08		Inaloterapia por camara expansora.		
<u>Executar inaloterapia através de câmara expansora</u>				
08-Mai 19:00		Efectuado pela mãe, correctamente.		
<u>Vigiar a respiração</u>				
09-Mai 00:05		tiragem sub-costal,		

ANEXO XIII

Cartaz “Acolhimento dos pais na dinâmica da UCIN”



Serviço de Neonatologia

Neste serviço são prestados cuidados de Saúde e Bem-Estar ao Recém-nascido que necessite de cuidados especiais.

O seu bebé poderá ter a companhia dos Pais enquanto estiver internado. Para tal ser-lhes-á facultado um cadeirão, junto à unidade do bebé.

Aos Pais ser-lhes-á ainda atribuído um cacifo correspondente ao número da cama do bebé, para guardar os seus pertences, ficando a chave à sua responsabilidade enquanto permanecer na unidade, no fim deverá deixar ficar a chave no cacifo.

Dada a especificidade deste serviço, a possibilidade do Recém-Nascido receber visita de familiares próximos será sempre aferida entre os Pais e os Profissionais de Saúde, tendo em consideração o estado clínico do Recém-Nascido e a disponibilidade do Serviço.

Não necessita de trazer roupa para o bebé, porque o nosso serviço dispõe de um guarda-roupa próprio. As fraldas descartáveis serão fornecidas pelo serviço;

Sempre que desejem obter informações adicionais sobre o estado de saúde do vosso(a) filho(a) recorra ao enfermeiro e/ou médico responsável.

Regras a Respeitar

- ☆ Lavar as mãos antes de tocar no bebé e sempre que assoar o nariz, mexer no cabelo, tocar no telemóvel, apanhar algo do chão, depois de mudar a fralda, antes de dar o biberão;
- ☆ Desinfetar as mãos com solução alcoólica, antes de tocar no bebé;
- ☆ Se estiver doente, solicite uma máscara facial de proteção;
- ☆ Fale num tom de voz baixo;
- ☆ Respeite a privacidade dos restantes recém-nascidos e familiares;
- ☆ Não é permitido o uso de telemóvel na unidade;
- ☆ Não é permitido comer ou beber dentro da unidade.

O serviço disponibiliza o Cantinho de Amamentação

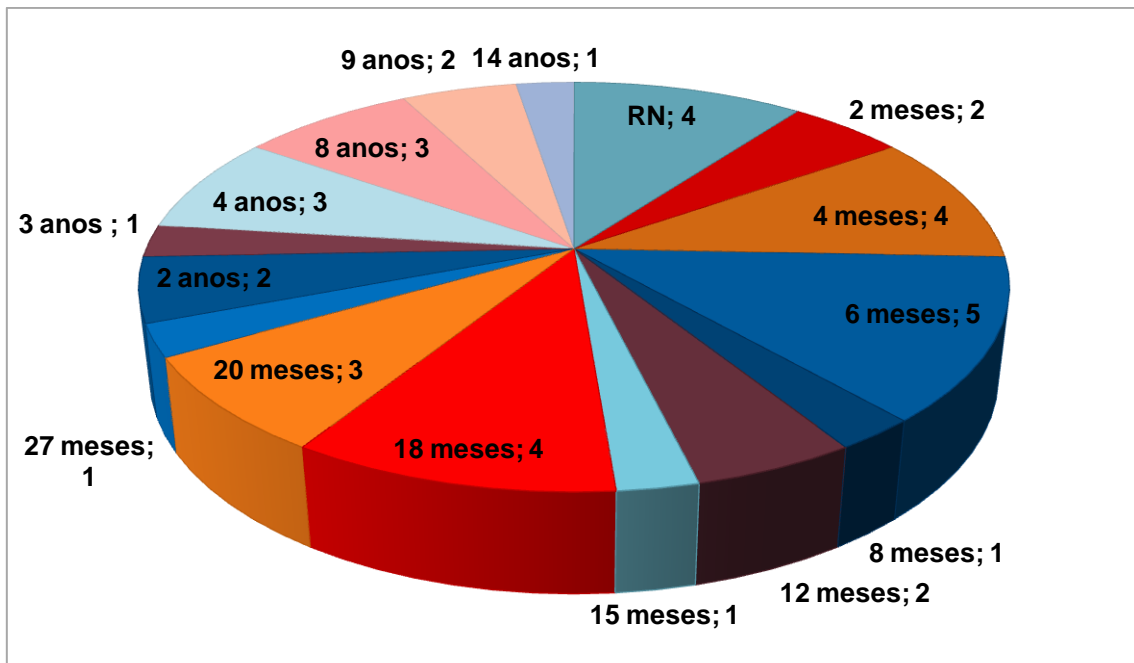
Contacto do Serviço de
Neonatologia ULSM
Tlf: 229391363

Elaborado por: Ana Sofia Cruz Pereira
Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Maio 2012

ANEXO XIV

Distribuição das Consultas por idades

DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS POR IDADES



ANEXO XV

Eventos Formativos



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Declara-se que,

Ana PEREIRA, Carolina CARDOSO, Liliane FERREIRA

apresentaram no VI Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem um Poster subordinada ao tema «*A teoria do conforto e os cuidados centrados no desenvolvimento do RN pré-termo: da teoria à aplicação na prática clínica de enfermagem*» no dia 5 de maio de 2012, no campus da Asprela da Universidade Católica Portuguesa, no Porto.

P¹a Comissão Organizadora

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências de Saúde

R. Dr. António Bernardino de Almeida
4209-072 PORTO

Porto, 5 de maio de 2012

DecCL VISEmInhvEnf78/2012

Certificado



Certifica-se que **Ana Sofia Cruz Pereira** participou no **Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico** realizado em 17 de Setembro de 2011, no “Hospital Cuf Porto”, com a duração de 4h, tendo como formadores o Dr. Emídio Carreiro - Pediatra (CAP- EDF 439767/2007 DN) e o Dr. Francisco Cunha - Pediatra (CAP- EDF 419498/2006 DN).

São Mamede de Infesta, 17 de Setembro de 2011

(Dr. Emídio Carreiro)

(Dr. Francisco Cunha)

Forped - Formação em Pediatria, Lda
R. Eduardo Martins Quelhas Lima, 205
4465 - 331 S. Mamede de Infesta

www.forped.pt
forped@sapo.pt

