



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Raquel Moura Pinto

Porto, Março de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Elaborado por: Raquel Moura Pinto

Orientado por: Mestre Constança Maria da Silva Festas Barbosa

Porto, Março de 2012

“Anseio por cumprir uma grande e nobre tarefa, mas o meu principal dever é cumprir pequenas tarefas como se fossem grandes e nobres.”

HELEN KELLER (1880-1968)

Agradecimento

À Professora Constança Festas, pela disponibilidade, orientação e apoio proporcionado.

A toda a minha família e amigos pelo seu carinho, apoio, estímulo e paciência que sempre manifestaram.

À minha colega Catarina Pinto, pela sua amizade, partilha de experiências, disponibilidade e ajuda que sempre me dispensou.

Aos meus colegas de trabalho, pela solidariedade, compreensão e amizade demonstrada.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para este meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos agradeço e dedico este trabalho.

Resumo

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do curso de mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa. O estágio comporta a realização de três módulos, módulo I contexto de saúde infantil, módulo II contexto de doença crónica e doença aguda e módulo III contexto de neonatologia e serviço de urgência pediátrica. A creditação ao módulo I foi obtida pela experiência profissional exercida na área dos cuidados de saúde primários há 5 anos. Os restantes módulos foram realizados no Centro Hospitalar entre Douro e Vouga com a duração de 180h de contacto direto e 70 h de contacto de indireto para cada módulo. Os objetivos centrais do estágio são desenvolver as competências delineadas no plano de estudos, nomeadamente possuir e saber aplicar conhecimentos aprofundados na respetiva área da especialização, bem como abordar questões complexas e demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais ou novos relacionados com a criança e família, em contextos alargados e multidisciplinares. Ao longo do estágio foram traçados objetivos específicos para cada módulo e desenvolvidas atividades no sentido de resposta aos mesmos e à aquisição das 29 competências definidas no plano de estudos da ICS. A articulação dos conhecimentos teóricos provenientes da formação académica, a pesquisa bibliográfica e a reflexão foram a metodologia utilizada ao longo do estágio. Para uma melhor estruturação do documento, as competências foram agrupadas pelos respetivos domínios de atividade de enfermagem, prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Das atividades realizadas, são evidenciadas aquelas que mais exigiram uma perspetiva académica e profissional avançada e mais contribuíram para desenvolvimento das competências. Os focos de maior atenção ao longo do estágio nos diferentes contextos foram a parentalidade, a parceria de cuidados, o impacto da doença e hospitalização na criança e família, a maximização dos potenciais benefícios do internamento e a dor em pediatria. Estas são questões centrais da pediatria, que foram alvo de reflexão profunda ao longo do estágio. O desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados na área da saúde infantil e pediátrica foi também desenvolvido no decorrer do estágio. A incorporação da evidência científica na prática, a constante pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos no sentido de uma atualização permanente e consciência crítica sobre as implicações da investigação, foram também atividades centrais que contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas dos domínios da formação e investigação. Ao longo dos vários módulos foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências que me permitirão cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência e complexidade, tendo em vista a maximização da saúde, a prevenção e tratamento da doença.

Palavras-chave: criança, família, parentalidade, enfermeiro especialista, parceria de cuidados, negociação.

Abstract

This report is part of internship under the master's degree in nursing with a specialization in child health and pediatrics at Instituto de Ciências da Saúde (ICS) of Universidade Católica Portuguesa. The internship involves the completion of three modules, module I the context of child health, module II context of chronic and acute illness, module III context of neonatology and pediatric emergency department. The module I accreditation was obtained by working experience performed in the area of primary health care during 5 years. The remaining modules were conducted at Centro Hospitalar entre Douro e Vouga during 180h of direct contact and 70h of indirect contact for each module. The main purposes of the internship are to develop the skills outlined in the syllabus, including owning and knowing how to apply advanced knowledge in the respective area of expertise, as well as address complex issues and demonstrate critical awareness to the problems of current or new professional practice related to children and family, extended and multidisciplinary contexts. Throughout the internship were plotted for each module specific objectives and activities developed in response to the same direction and the acquisition of 29 competencies defined in the syllabus of the ICS. The articulation of theoretical knowledge from the academic studies, literature research and reflection were the methodology used during the internship. To better document structuring, the competencies have been grouped by the respective fields of activity of nursing care: care management, training and research. Of all the activities that were made, highlighted those that most demanded an advanced academic and professional perspective and those that contributed to skills development. The focuses of increased attention over the internship in different contexts were parenting, the partnership of care, the impact of illness and hospitalization on children and families, maximizing the potential benefits of hospitalization and pain in pediatrics. These are the central issues in pediatrics, which were the subject of deep reflection over the internship. The development of skills in the health care management in infant and children was also developed during the internship. The incorporation of scientific evidence in practice, the constant literature research and analysis of scientific articles in order to update a permanent and critical consciousness about the implications of the research were also central activities that contributed to the development of specific skills to the fields of training and research. Throughout the several modules was possible to deepen knowledge and develop skills that will allow me to take care of the child / young person and family situations of particular requirements and complexity, with a view to maximizing the health, prevention and treatment of disease.

Keywords: child, family, parenting, specialist nurse, care partnership, negotiation.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CHEDV- Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

EDIN - Escala Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EESIP - Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

ESI – Enfermagem de Saúde Infantil

ICS – UCP - Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)

NIPS - Escala Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PES – Promoção de Educação para a Saúde

REPE – Regulamento do exercício para a prática de enfermagem

RN - RN

SIP- Saúde Infantil e Pediátrica

SUP- Serviço de urgência pediátrica

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neonatais

USF-Unidade de Saúde Familiar

ABREVIATURAS

Art. – Artigo

p. - página

INDICE

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| I.EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA | 17 |
| 2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO | 25 |
| 2.1. Domínio da Prestação de Cuidados..... | 25 |
| 2.2. Domínio da Gestão de Cuidados | 48 |
| 2.3. Domínio da Formação..... | 52 |
| 2.4. Domínio da Investigação..... | 55 |
| 3.CONCLUSÃO | 59 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 61 |
| ANEXOS..... | 65 |
| ANEXO I- Projeto de investigação Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças com 5-6 anos de idade..... | 67 |
| ANEXO II – NEONATOLOGIA..... | 79 |
| ANEXO III – URGÊNCIA PEDIÁTRICA | 85 |
| ANEXO IV – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA..... | 91 |
| ANEXO V – MOTIVOS DE ADMISSÃO NOS LOCAIS DE ESTÁGIO/ Nº CRIANÇAS ASSISTIDAS | 97 |
| ANEXO VI - CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO | 101 |
| ANEXO VII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO | 109 |
| ANEXO VIII – FORMAÇÃO “PARCERIA DE CUIDADOS”..... | 113 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O plano de estudos do curso de mestrado com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica da ICS comporta a realização de três módulos de estágio, módulo I – saúde Infantil, módulo II – serviço de medicina e cirurgia em contexto de doença aguda e crónica, e módulo III- serviços de urgência e serviços de neonatologia.

Porém, por ser detentora de experiência profissional na área da saúde infantil, através do sistema de créditos, e de acordo com o regulamento geral do curso de mestrado em enfermagem de natureza profissional da ICS-UCP, foi-me concebida a creditação ao módulo I, pelo que somente foi preconizada a realização do módulo II e III.

O local eleito para a realização dos respetivos módulos foi o CHEDV, Hospital São Sebastião, o módulo II teve início no dia 28 de Novembro de 2011 e término a 31 de Janeiro de 2012, num total de 180h de contacto direto e 70h de contacto indireto, e foi realizado no serviço de internamento de pediatria, o módulo III decorreu no período de 3 de Outubro de 2011 a 27 de Novembro de 2011 no serviço de Neonatologia, e serviço de Urgência Pediátrica, num total de 90h de contacto direto e 35 h de contacto indireto em cada serviço.

O CHEDV com sede em Santa Maria da Feira foi criado na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, agrupando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis). O Centro Hospitalar passou assim a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes.

A escolha deste local de estágio prende-se essencialmente com o facto de ser o hospital de referência do meu local de trabalho, pelo que a oportunidade de conhecer a dinâmica desta instituição e respetivos serviços contribuiu não só para a minha aprendizagem enquanto aluna, mas também enquanto profissional de saúde daquela área de influência. Desta forma, o CHEDV constitui um privilegiado local de estágio.

De acordo com o regulamento geral do curso de mestrado com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, os objetivos gerais a desenvolver no estágio e na consecução do relatório são:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;
- 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 Saúde Infantil e Pediátrica;
- Demonstrar 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.

“A reflexão é um modo de reviver e de fazer a recaptura da experiência com o objetivo de a inscrever num sentido, de aprender a partir dela e de, nesse processo, desenvolver novas compreensões e apreciações.” (Sá-Chaves, 2000,p.13)

Desta forma, o presente relatório reunirá um conjunto de reflexões sobre as atividades desenvolvidas que mais contribuíram para o meu processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

Com a elaboração do presente relatório de estágio pretendo:

- Descrever criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Refletir sobre o desenvolvimento das minhas competências e a concretização dos objetivos propostos;
- Refletir sobre problemáticas atuais pertinentes na área de EESIP;
- Contribuir como instrumento de avaliação.

O documento será estruturado em três partes essenciais, a primeira corresponderá a experiência profissional. A segunda englobará a reflexão sobre o desenvolvimento das competências adquiridas no estágio, e nomeadamente sobre os objetivos traçados e as atividades realizadas, por fim, a terceira parte consistirá numa análise reflexiva, crítica e conclusiva de todo o estágio.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório será descritiva e reflexiva, tendo recorrido à consulta do regulamento geral do curso de mestrado do ICS, à pesquisa bibliográfica, e à partilha de conhecimentos informais com a equipa de profissionais de saúde, professora e colegas de estágio.

I. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA

A experiência profissional na área da saúde infantil foi obtida no decurso de 5 anos de exercício de funções no ACES Feira/Arouca, nomeadamente na USF Fiães.

Assim, esta experiência contribuiu para que algumas competências específicas exigidas no plano de estudos da ICS do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem SIP estivessem já desenvolvidas ou em fase de desenvolvimento, no entanto com a realização deste curso e nomeadamente do estágio estas foram aperfeiçoadas e outras novas foram adquiridas.

De seguida, apresento o conjunto de competências que considero terem sido desenvolvidas ao longo da minha prática profissional, relacionando-as com as atividades desenvolvidas no âmbito dos CSP na área da saúde infantil, nomeadamente a vigilância do desenvolvimento infantil e juvenil, vacinação, visitação domiciliária ao recém-nascido e puérpera, saúde escolar, entre outras.

Competências:

- **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- **Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**
- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos no contexto de CSP;**
- **Realizar a gestão dos cuidados na área da ESI em contexto de CSP;**
- **Zelar pelos cuidados prestados na área de ESI em contexto de CSP;**
- **Participar e promover a investigação na área da ESI no próprio local de trabalho;**
- **Colaborar na integração de novos profissionais em contexto de CSP;**

Como enfermeira de cuidados de saúde primários, o meu contexto principal de intervenção tem sido a promoção da saúde e a prevenção da doença.

No âmbito da vigilância da saúde infantil e juvenil a minha prática profissional obedece às linhas orientadoras do Programa tipo de atuação da DGS, das quais saliento a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil de acordo com a calendarização própria preconizada, a valorização dos cuidados antecipatórios, promotores de comportamentos saudáveis e prevenção de acidentes e doenças, a deteção e encaminhamento precoce de situações que possam afetar negativamente a vida da criança, e o apoio e a estimulação parental.

Como enfermeira de família de uma área geográfica, sou detentora de uma lista de cerca de 400 famílias, pelo que de uma forma geral realizo cerca de 6 a 10 consultas multidisciplinares de saúde infantil e juvenil por semana, excluindo as consultas programadas só para enfermagem e vacinação, que serão cerca de 5 a 10 semanais.

De acordo com o preconizado na DGS e baseado na evidência científica foi elaborado um manual de boas práticas de saúde infantil, pelo qual a equipa de saúde rege-se. O instrumento de avaliação de desenvolvimento utilizado é o teste de Mary Sheridan. Toda a assistência é realizada de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem, sendo este efetuado no sistema informático SAPE.

De acordo com OE (2002) reconhece-se que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que a utilização do manual de boas práticas nas consultas contribui para o desenvolvimento de uma metodologia eficaz na assistência à criança e família, pois permite ao enfermeiro *“definir e utilizar indicadores que permitam (...) avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (...) e introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias”* (alínea c do nº3 do Art.7º do Decreto-Lei nº 437/91).

Da mesma forma, em concordância com (OE, 2004) para que os enfermeiros possam demonstrar objetivamente o valor social da sua profissão, bem como, o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos cidadãos, devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de registo e monitorização da sua prática, pelo que a utilização do SAPE constitui um instrumento crucial para qualidade e continuidade dos cuidados.

A promoção do cumprimento do plano nacional de vacinação (PNV) é das principais responsabilidades do enfermeiro em CSP. Atualmente, Portugal apresenta uma cobertura de taxa vacinal de 96%-97% no primeiro ano de vida e 94%-95% no segundo ano de vida e aos 5-6 anos. Uma taxa de cobertura muito superior ao de outros países cujo a cobertura vacinal é inferior ao recomendado pela OMS. Este fato deve-se essencialmente ao empenhamento dos profissionais de saúde de todo o país bem como à adesão de toda a população, cuja confiança na vacinação tem permitido poupar milhares de vidas e evitar consequências graves, principalmente em relação às crianças. (DGS, 2010)

A vacinação e a promoção do seu cumprimento é então uma das minhas maiores responsabilidades, a sensibilização para a imunização, os ensinamentos sobre a vacinação e os riscos da não adesão, bem como as convocatórias e até mesmo visitas domiciliárias para incentivar a adesão à vacinação são atividades realizadas frequentemente na minha prática profissional.

O processo de vacinação é mais do que a simples inoculação de um antígeno no organismo humano, para adequada eficácia da vacina, esta exige ao enfermeiro a prática de elementos essenciais como uma colheita de dados no sentido de pesquisa de reações adversas anteriores e a existência de reais contra-indicações à sua administração, a vigilância das reações pós-vacinais e a sua comunicação ao Infarmed caso seja necessário, a conservação e armazenamento correto das vacinas e a gestão dos stocks. (Loureiro, 2004)

A gestão dos stocks é uma atividade deveras importante, pois partindo do princípio que não se devem desperdiçar oportunidades de vacinação, é crucial uma rigorosa gestão do stock

de vacinas para que estas não sejam nem excedentárias nem deficitárias para as necessidades populacionais. Desta forma, na minha prática profissional exerço um importante papel no âmbito da vacinação, permitindo zelar pela qualidade e gestão dos cuidados na área da saúde infantil.

Ser mãe ou pai é um dos grandes desafios da vida do indivíduo, e, no meu ponto de vista é nos CSP que o enfermeiro assume um papel primordial na promoção da parentalidade e avaliação das competências parentais desenvolvidas.

A promoção do papel parental é das intervenções de enfermagem mais complexas e importantes da atualidade no que respeita à área da saúde infantil. Atualmente, a reforma dos CSP veio valorizar ainda mais o papel do enfermeiro no que respeita à parentalidade, reforçando a importância da visita domiciliária ao RN e puérpera, e uma vigilância adequada do desenvolvimento da criança. Sendo estes importantes indicadores de qualidade e bom desempenho das equipas. Neste âmbito, considero que a minha prática profissional permitiu-me desenvolver esta competência de forma privilegiada, na medida em que sistematicamente, aquando o nascimento de uma criança, realizo a visita domiciliária ao RN e puérpera tornando-se num momento único de interação mãe – criança e enfermeira. Esta visita permite-me conhecer o ambiente natural da família, os seus recursos e assim adequar melhor os seus ensinamentos e cuidados. Esta identificação das necessidades parentais no domicílio são cruciais para um correto planeamento das intervenções de enfermagem.

O enfermeiro de família é um profissional de saúde privilegiado, pela sua proximidade com as famílias, este identifica e reconhece melhor as suas necessidades, o seu contexto socioeconómico e os seus recursos e competências, pelo qual assume um papel crucial na promoção de competências parentais. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro junto da família é indispensável ao nível da prestação de cuidados, educação e promoção de saúde, pois encontra-se numa posição única para intervir na promoção de uma vinculação positiva no seio da mesma. Neste sentido, considero que a minha prática profissional permite-me desenvolver competências de promoção da parentalidade de forma privilegiada.

O período pós-parto é um momento muito importante para esta questão da parentalidade, é nos primeiros dias que se estabelece a vinculação, bem como o processo de amamentação, pelo que torna-se num momento ideal para a intervenção do enfermeiro. Aqui, como enfermeira de família, para além da visita domiciliária ao RN e puérpera na primeira semana pós-parto, planeio novas visitas domiciliárias se for necessário, ou, agendo consultas de enfermagem na unidade, para a continuidade dos meus cuidados. Para além da estimulação parental, é importante avaliar o desenvolvimento das competências parentais, pelo que é nos CSP, que melhor o enfermeiro pode efetuar esta avaliação, visto que este mantém nomeadamente no primeiro ano de vida da criança um acompanhamento muito próximo.

A visita domiciliária durante o puerpério é então um instrumento por excelência para a enfermeira de família ensinar, educar e instruir a puérpera e família sobre o pós parto, ajudar a

assumir a maternidade/paternidade. Atualmente, a promoção do desenvolvimento das competências parentais é um grande desafio para o enfermeiro, e este primeiro contato no domicílio é crucial. O estabelecimento da relação, a identificação das necessidades, o planeamento dos cuidados em conjunto com os pais, de acordo com os recursos disponíveis destes, são intervenções essenciais para uma promoção da parentalidade e nomeadamente otimização do crescimento e desenvolvimento da criança.

Como conselheira em aleitamento materno reconhecida pela OMS/UNICEF, sou uma forte incentivadora da amamentação, pelo que para além dos ensinamentos individuais a cada mãe, promovo vários momentos de partilha de experiências entre estas, através de encontros na unidade de saúde. Sabe-se que a amamentação é crucial para a vinculação, que por sua vez é fundamental para o desempenho da função parental.

Neste âmbito da parentalidade saliento que a preparação para esta, pode e deve ser efetuada mesmo antes do nascimento da criança, neste ponto, posso referir que pertenci ao grupo de formadores do curso de preparação para o parto e parentalidade, e promovi sessões de formação aos pais sobre comunicação intrauterina, cuidados de higiene e conforto ao RN, massagem infantil, amamentação, alimentação no 1º ano de vida e segurança infantil.

Na minha atuação profissional, a gestão da dor é também um dos meus focos de atenção. Nos CSP a dor está presente essencialmente nos momentos de vacinação e realização de tratamento de feridas. Aquando estes procedimentos, procuro sempre de acordo com a idade da criança, informá-la daquilo que vai acontecer, negociar com ela o momento, a posição, ou até mesmo uma possível recompensa. Após esta preparação procuro utilizar medidas não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente técnicas de distração como os brinquedos, canções, a contagem de histórias, dos números, colocação de vídeos e música infantil da preferência da criança através da internet no computador.

A preparação da criança para os procedimentos é no meu ponto de vista crucial, na minha experiência profissional sou confrontada com as diferentes situações, aquela em que as crianças têm já conhecimento prévio do motivo pelo que recorrem à unidade de saúde, e aqueles que desconhecem. As crianças preparadas previamente demonstram maior receptividade connosco, aceitando mais facilmente a nossa atuação, ao contrário, as outras crianças revelam níveis elevados de ansiedade, geradores de um ambiente de stress para a criança, família e profissionais de saúde. Vários estudos demonstram que o tempo investido na preparação é compensado pela diminuição do tempo na execução do procedimento. Planeá-lo juntamente com a criança e família, explicar a importância desse procedimento e solicitar a opinião e colaboração destes, promove uma atmosfera de respeito mútuo, o que resulta na maioria das situações numa maior cooperação na execução do procedimento. Vários autores são unânimes ao afirmar que a preparação da criança e da família antes do procedimento, bem como o recurso às medidas de controlo da dor durante o mesmo, reduzem a ansiedade e conseqüentemente a dor. (Schechter, 2007)

Desta forma, na minha atuação tenho sempre presente estes princípios.

O programa da saúde escolar do ACES está a cargo de uma equipa própria, contudo dada dimensão da comunidade educativa deste, é muitas vezes solicitada a colaboração das unidades de saúde. Neste campo, posso referir que já promovi sessões educativas sobre saúde oral e alimentação saudável, nas pré-escolas e escolas básicas da freguesia de Fiães. Estas atividades são no meu ponto de vista muito importantes pois permitem uma aproximação com a comunidade, e das crianças com os serviços de saúde. Saliento que após uma sessão de formação, numa pré-escola, foi solicitada pela professora uma visita das crianças aos nossos serviços. Esta proposta foi aceite e realizada, tornando-se num momento muito enriquecedor para as crianças e para nós enquanto enfermeiras. Estabelecemos com elas uma relação diferente, desmistificando muitos dos seus receios e as dúvidas. Este contato das crianças com os profissionais de saúde fora do contexto da doença, da dor, ou ansiedade, é sem dúvida, muito importante, pois longe deste ambiente gerador de stress, eles conseguem apreender muito melhor aquilo que lhes transmitimos, sendo momentos cruciais para a promoção de comportamentos saudáveis.

No que respeita aos adolescentes a minha unidade colaborou com o agrupamento vertical das escolas de Fiães, no âmbito do PES, com a abertura de um gabinete na escola secundária, em que mensalmente um enfermeiro e um médico permanecem nesse gabinete, disponíveis para receber os alunos, esclarecendo as suas dúvidas, nas mais diversas áreas (sexualidade, tabagismo, álcool,...). Desta forma, tive oportunidade de desenvolver competências relacionais com o adolescente fora do contexto da unidade de saúde. Na minha prática profissional contato com o adolescente nas consultas de saúde juvenil, mas na maioria das situações, estes vêm acompanhados dos pais, e não se sentem muito à vontade para abordar certos temas. A presença dos pais nas consultas ao adolescente é negociada, contudo mesmo quando os pais não estão presentes, o adolescente revela-se muitas vezes constrangido. Assim, esta aproximação com o adolescente no seu próprio ambiente foi muito enriquecedora, pois verificou-se que estes na escola juntavam-se com o seu grupo de pares, e recorriam ao nosso gabinete. Em muitas situações, os adolescentes estabeleceram comigo uma relação de confiança e recorreram posteriormente à unidade de saúde para esclarecerem dúvidas. Saliento que a adolescência é um período crucial para se sedimentarem os princípios de hábitos de vida saudáveis.

No que respeita a cuidados de saúde multidisciplinares saliento que na minha atividade profissional estou em constante interação com outros profissionais de saúde, sempre que as necessidades da criança justificam, existe uma rede de apoio de outros serviços no ACES, nomeadamente a psicóloga, assistente social, nutricionista, higienista oral. Este apoio é solicitado através de carta de referenciação. Face às novas exigências da idade pediátrica e da nossa sociedade atual, cada vez mais torna-se pertinente existir uma rede diversificada de apoio de outras áreas profissionais. Atualmente, deparo-me sistematicamente com problemáticas que exigem uma articulação dos vários profissionais de saúde, como por exemplo os distúrbios alimentares (obesidade infantil e anorexia), as famílias disfuncionais, e

famílias monoparentais que cada vez são mais frequentes e nem sempre são situações facilmente ultrapassadas pelas crianças.

Desta forma, no curso da minha prática profissional articulo em vários momentos com outros profissionais. De acordo com DGS (2005) o trabalho em equipa não só no sector da saúde mas alargado à comunidade precisa de ser estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares. Lidar com situações de maior complexidade exige um trabalho efetivo em equipa multidisciplinar, para que haja uma resposta adequada às necessidades de cada criança/jovem e família. É fundamental, a articulação de diferentes conhecimentos e competências provenientes de diferentes disciplinas, permitindo a discussão, esclarecimento e compreensão sobre cada situação. Tal como afirma, (Hesbeen, 2000 p. 45) *“Os agentes de todas estas profissões têm por missão enquadrarem-se na mesma perspetiva profissional e de prestarem cuidados às pessoas, de as ajudarem, de contribuírem para o seu bem-estar utilizando as competências e as características próprias do exercício da sua profissão.”* Assim, a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar é uma competência essencial a todos os profissionais de saúde, visto que a correta intervenção multidisciplinar é a base para a uma qualidade de cuidados.

A minha prática profissional é norteada pela atualização constante de conhecimentos, pesquisa bibliográfica, estudo e análise de artigos científicos no sentido de sustentar o meu discurso e a minha atuação. A participação em congressos e encontros de enfermagem, workshops e ações de formação como formanda e formadora, são também determinantes para o meu processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal.

Saliento que a saúde infantil sempre foi o meu ponto de maior interesse, pelo que pertenci durante 3 anos ao grupo de saúde materno-infantil do ACES, tendo oportunidade de realizar não só sessões formativas aos pais, mas também no campo da formação em serviço realizar sessões formativas aos pares. No âmbito deste grupo, participei no Projeto de Segurança Infantil, em que em parceria com a policia de segurança publica foi efetuada uma operação stop pedagógica à entrada de dois infantários do concelho de Santa Maria da Feira. Esta operação ocorreu durante 2 dias, em que foi aplicado um questionário, e observado e registado as condições de transporte das crianças. Aproveitou-se também o contacto direto com os pais para fazer uma campanha de sensibilização, com entrega de folhetos sobre normas de segurança. Desta operação conclui-se que apesar da maior parte das crianças utilizarem os sistemas de retenção, a maioria deles são utilizados de forma incorreta e têm erros que comprometem a segurança infantil.

Os resultados desta operação foram depois devidamente tratados e apresentados no âmbito das Jornadas do Centro de Saúde em Movimento promovidas pelo Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, com a apresentação de um póster científico e uma comunicação livre.

Desta forma considero que a minha prática profissional tem-me possibilitado contribuir não só para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também para o dos outros enfermeiros.

O exercício da minha prática profissional tem sempre presente a evidência científica, e incorporação dos resultados da investigação. Neste âmbito, aquando a necessidade de realização de um trabalho de investigação no meu local de trabalho, propus a elaboração de um trabalho na área da saúde infantil. Sendo um trabalho de investigação multidisciplinar optou-se por uma problemática complexa da nossa atualidade, a obesidade infantil.

De acordo com a DGS existe a nível mundial uma epidemia de obesidade infantil, que afeta milhões de crianças pelo mundo inteiro. Portugal não é exceção, é um dos países da Europa onde a prevalência da obesidade entre as crianças é mais elevada, pelo que a realização de um trabalho de investigação nesta área tornou-se pertinente. (DGS, 2012)

O trabalho de investigação será um estudo transversal e analítico com colheita dos dados durante os anos de 2011, 2012 e 2013, que tem como objetivo determinar a prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças com 5 e 6 anos de idade, e paralelamente verificar se existe associação entre estes e alguns fatores sociofamiliares.

Este estudo está ser realizado em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, em que o instrumento de colheita de dados é aplicado a todas as crianças com 5-6 anos, aquando a realização do exame global. (Anexo I)

De acordo com o REPE (art.4º,nº5) “ *os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral*”, logo considero que a promoção deste trabalho de investigação no meu local de trabalho é um contributo para a melhoria da saúde em geral, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências na área da investigação.

No âmbito da minha experiência profissional, tive também oportunidade de integrar novos profissionais, para tal inicialmente faço uma breve apresentação do serviço, recursos físicos e humanos, para que este conheça a estrutura física e a equipa multidisciplinar. Posteriormente, em conjunto com o novo elemento, elaboro um plano de acompanhamento, horário e atividades. Procuo ter sempre presente a oportunidade deste conhecer os outros serviços do ACES com quem trabalhamos diretamente, como por exemplo: centro de diagnóstico de pneumologia, consulta do ostomizado, consulta de alergologia, consulta antitabágica e o curso de preparação para o parto e parentalidade.

No meu ponto de vista, é muito importante que o novo elemento conheça não somente o seu próprio local de trabalho, mas também os serviços de apoio que tem ao dispor. Assim, melhor irá adaptar os recursos existentes à sua prática, no sentido de uma melhor qualidade dos cuidados. Após o planeamento das atividades a desenvolver, procedo ao respetivo acompanhamento e supervisão.

Considero pertinente referir que em toda a minha prática tenho a preocupação constante de articular os conhecimentos da minha formação inicial, pós-graduada e experiência profissional. Desta forma, por tudo o que foi descrito considero que ter desenvolvido e creditadas as competências acima referidas, com a consciência de que estas foram reforçadas com todo o conhecimento e experiência adquiridas durante o curso de mestrado e nomeadamente durante a realização do estágio.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio procuraram ser direcionadas para a resposta dos objetivos elaborados de modo à aquisição das 29 competências delineadas no plano de estudos da ICS.

O desenvolvimento das competências permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que detém, com a finalidade de responder de forma personalizada às necessidades do grupo alvo da sua especialização.

“O campo de competências de enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que os cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes. A competência de enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir.”(Collière, 1999 p. 290)

Desta forma para cada módulo de estágio foram traçados objetivos pessoais com a finalidade de adquirir determinadas competências, e para tal foram desenvolvidas atividades específicas. Posteriormente, apresentarei as competências, os objetivos e as respetivas atividades desenvolvidas, bem como a reflexão crítica das mesmas.

Os módulos de estágio foram realizados no CHEDV, nos serviços de neonatologia, urgência pediátrica e internamento de pediatria.

Os objetivos pessoais definidos para cada módulo, bem como uma breve caracterização dos locais de estágio encontram - se descritos em anexo. (Anexo II,III e IV)

De acordo com o REPE os enfermeiros no exercício da sua prática profissional, quer nas intervenções de enfermagem autónomas ou interdependentes, visam quatro domínios essenciais de atividade, nomeadamente a prestação de cuidados, a gestão de cuidados, a formação e a investigação. Neste sentido para uma melhor organização estrutural do documento e melhor compreensão das competências desenvolvidas procurei enquadrar os objetivos e as competências pelos respetivos domínios de atividade.

2.1. Domínio da Prestação de Cuidados

O domínio da prestação de cuidados envolve a aquisição e desenvolvimento de várias competências. A atualização dos conhecimentos técnico-científicos, a relação interpessoal e de ajuda entre enfermeiro criança/jovem e família, a comunicação e a metodologia científica são exemplos de intervenções essenciais para o desenvolvimento de competências neste domínio.

Competência:

17.Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

Objetivo:

- Conhecer a estrutura física e funcional dos diferentes contextos de estágio;
- Compreender a dinâmica e a metodologia de organização de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de estágio.

Atividades:

- Realizei visitas aos diferentes serviços orientadas pelas enfermeiras tutoras;
- Consultei manuais e protocolos existentes;
- Observei procedimentos e horários dos serviços;
- Observei dinâmica e articulação da equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Questionei as tutoras sobre processos de articulação dos serviços com outros serviços e instituições;
- Acompanhei e participei com os enfermeiros na prestação de cuidados.

Reflexão:

Para o desenvolvimento da competência acima descrita, foram desenvolvidas várias atividades no sentido de uma melhor e mais rápida integração na equipa multidisciplinar.

Primeiramente, no início de cada módulo, foi realizada uma visita aos serviços orientada pela enfermeira tutora de modo a conhecer a estrutura física, recursos humanos e própria organização e armazenamento dos recursos materiais.

O serviço de Urgência Pediátrica, Neonatologia, internamento de Pediatria e consultas externas de pediatria, nomeadamente consulta do desenvolvimento, diabetes e alergologia infantil, constituem os serviços de Pediatria do CHEDV. Embora sejam serviços distintos, com equipas específicas, estes funcionam em comum com as mesmas orientações e protocolos.

Para uma melhor compreensão da dinâmica dos serviços, foi importante consultar os manuais de procedimentos e normas de atuação dos serviços, e questionar as tutoras com algumas dúvidas que surgiram. Confrontei também as tutoras com a desatualização de alguns manuais, bem como a falta de alguns protocolos de atuação de boas práticas de enfermagem, que segundo a minha perspetiva são essenciais, como por exemplo: o da gestão da dor, pelo que me foi esclarecido que existiam protocolos mais atualizados, e nomeadamente um de gestão da dor em pediatria, mas que se encontrava a aguardar aprovação na administração do hospital.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem utilizada no local de estágio, no serviço de neonatologia e internamento de pediatria é o método individual, em que é atribuído a cada enfermeiro um determinado número de recém-nascidos, crianças ou jovens internados, e este é responsável por todos os seus cuidados. Nestes serviços, o modelo de enfermagem que procura-se adotar é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, constatei que era evidente a preocupação do envolvimento dos pais nos cuidados, contudo a questão da negociação com os pais sobre o nível de envolvimento destes nos cuidados encontrava-se ainda em desenvolvimento por parte da equipa.

Compreender o processo de articulação dos serviços onde estagiei com os outros serviços e outras instituições foi também um objetivo, que procurei atingir, percebendo que não existe nenhum protocolo específico escrito. Aquando a necessidade de colaboração de outro serviço, por exemplo: assistência social, nutricionista, fisioterapia, psicóloga, entre outros, é o elemento médico que requisita esse serviço. O enfermeiro é responsável por colaborar com a restante equipa multidisciplinar. De acordo com o REPE os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Desta forma, nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, tendo sempre presente o respeito pelas competências dos outros profissionais, e atuando em conjunto no sentido de atingir o objetivo comum.

No que respeita à articulação do serviço com outras instituições como por exemplo os CSP, esta é efetuada através de carta de referenciação, na maior parte das situações apenas carta médica, o que no meu ponto de vista é um aspeto a investir. Uma carta de enfermagem com referência aos focos de enfermagem mais pertinentes diagnosticados durante a hospitalização seria uma mais-valia para a continuidade e qualidade de cuidados, nomeadamente nos CSP. No serviço de Neonatologia, verifiquei que foi iniciado um projeto de articulação da unidade com os CSP, contudo este ainda não está implementado.

A minha observação e o acompanhamento das enfermeiras tutoras na prestação de cuidados à criança, questionando sempre que surgiam dúvidas, permitiram gradualmente a minha integração na equipa multidisciplinar e participação nos cuidados, pelo que considero que esta é uma competência atingida.

Competência:

16. 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;

Objetivo:

- Aprofundar competências de comunicação, orientação e negociação com a criança/família em diferentes contextos.

Atividades:

- Comuniquei com a criança/jovem e família de acordo com a idade, estágio de desenvolvimento e cultura;
- Mostrei disponibilidade para ouvir e responder aos receios e dúvidas da criança/jovem e família;
- Utilizei diferentes formas de comunicação;

- Utilizei uma linguagem clara e apropriada para que informação fornecida à criança/jovem ou família fosse perceptível;
- Comuniquei com a criança/jovem ou família de forma assertiva, no sentido de dar-lhes poder.

Reflexão

A minha experiência profissional em CSP tem reforçado muitas das minhas capacidades comunicacionais nas diferentes faixas etárias, visto que diariamente efetuo consultas de saúde infantil e juvenil, que me permitem desenvolver este tipo de competências. Contudo, o meu contexto principal é na criança saudável, na promoção e prevenção, pelo que o contexto de doença e hospitalização tornou-se num grande desafio.

Com base nos meus conhecimentos prévios, procurei sempre mostrar uma atitude de disponibilidade para ouvir e responder aos receios e dúvidas da criança/jovem e família, bem como uma atitude de respeito pelas diferentes crenças culturais, como por exemplo: etnia cigana, uma comunidade muito presente na área de influência do CHEDV.

Nos diferentes contextos de estágio, várias foram as oportunidades de desenvolver habilidades comunicacionais com a criança e família. Nos latentes e crianças mais pequenas utilizei como método de aproximação e comunicação com estes a brincadeira, ou seja, em muitas situações estive com as crianças a fazer jogos, desenhos ou contar histórias, no sentido de conquistar a sua confiança. Aquando a presença de um objeto de estima para criança, incluía sempre esse elemento na minha comunicação. A brincadeira como técnica de comunicação e como parte integrante dos cuidados de enfermagem tem sido investigada, de acordo com Pereira, et al.,(2010 p. 36) *“as consequências da incorporação da atividade brincar na prática de cuidados de enfermagem são sugestivas de resultados terapêuticos nas crianças, pois estas conseguem alcançar não só uma percepção de bem-estar mas também um maior autocontrolo e capacidade de lidar com a situação”*. Desta forma a brincadeira mais do que um meio de comunicação com a criança, da qual não podemos deixar de incluir também a família, torna-se num instrumento terapêutico, com resultados visíveis, tais como: maior estabilidade emocional e melhor adaptação à experiência.

Tive também oportunidade de desenvolver competências de comunicação com adolescentes, aqui procurei adaptar a linguagem e os temas de conversa, procurando ir de encontro aos seus interesses, e através deles promover uma relação terapêutica eficaz. De acordo com Santos (2000) é crucial compreender o que os jovens pensam, sabem, e querem quanto à sua saúde, desta forma procurei estabelecer com eles uma relação empática, mas sempre no sentido de promoção duma relação terapêutica.

A adolescência é um período do ciclo vital caracterizado por particularidades, que exigem novos desafios aos profissionais de saúde. De acordo com Ferreira (1996) os enfermeiros na assistência ao adolescente devem ter uma “boa” capacidade de comunicação, sendo capazes de ouvir atentamente as preocupações e problemas do adolescente, estando atentos não só ao que eles dizem, mas também ao silêncio, procurando descobrir o que não

dizem ou o que estão a procurar dizer de forma indireta. Tal como refere Inês (2003 p. 31) “o silêncio é uma forma de comunicação das mais energéticas”, ou seja, o silêncio pode ser fonte de muita informação, nervosismo, ansiedade, receios, pelo que nunca se pode descurar um silêncio, o importante é interpretar a causa do mesmo.

A situação de hospitalização e doença é gerador de grande ansiedade para a criança/jovem e família, pelo que torna-se crucial dar a oportunidade a estes de expressarem os seus sentimentos relativos à situação, muitas vezes sentimentos de raiva, hostilidade e tristeza. O enfermeiro deve aqui procurar amparar esses sentimentos e transmitir-lhes apoio, é importante que a criança/jovem ou família sinta que está a ser compreendido, e que o enfermeiro reconhece esses sentimentos, sem julgar ou fazer juízos de valor. Segundo Armelin, et al.(2005 p. 46) “ a comunicação terapêutica exige alguns elementos básicos por parte do profissional: empatia e envolvimento com o paciente, além do sentimento de confiança entre ambas as partes.” Desta forma, o demonstrar disponibilidade, apoio e compreensão permitia o estabelecimento da relação terapêutica e conseqüentemente uma comunicação eficaz.

Numa situação específica em que ao observar uma mãe, reparei que esta tinha um olhar triste, aproximei-me e questionei se estava tudo bem, o silêncio padeceu naquele momento. A gestão deste não foi uma tarefa fácil, contudo foi um momento muito importante. Perante o silêncio, observei toda a comunicação não-verbal que a mãe me transmitia, a expressão facial, os gestos, o olhar, as lágrimas. Deixei que a mãe exprimisse os seus sentimentos, e estive ali, sem falar mas sem nunca deixar de comunicar. Não podemos esquecer que, ao comunicar, estamos a utilizar todos os nossos sentidos. (Chalifour, 2007)

Após a expressão dos seus sentimentos, utilizando um tom de voz suave, e uma linguagem clara e adequada, foi valorizado esses sentimentos e demonstrada disponibilidade para ajudar. Foi sugerido que esta mãe fosse a casa descansar, garantindo-lhe que a sua filha ficaria bem ao cuidado da equipa. Foi incentivado à mãe realmente ausentar-se daquele ambiente hospitalar, ir até sua casa, jantar com o marido e depois se quisesse voltar, poderia voltar, mas também podia passar a noite em casa, sem sentir-se culpabilizada por deixar a sua filha, visto que era mais importante para a criança o bem-estar da mãe, e a equipa substituiria a mãe em todos os cuidados à criança. A mãe assim o fez, e no dia seguinte voltou com outra disposição para a criança.

A hospitalização de um filho e nomeadamente de um RN exige uma capacidade de enfrentamento e adaptação da família que envolve muitos aspetos emocionais, socioeconómicos e culturais, que por sua vez desencadeiam sentimentos, comportamentos e atitudes que se repercutem na vida familiar. Logo, o apoio dos profissionais de saúde neste processo de enfrentamento é essencial.

De acordo com Silva, et al. (2009) o apoio dos profissionais de saúde traduz-se essencialmente pelas palavras positivas, pelo saber o que falar e como falar em situações tão adversas. A comunicação mesmo não trazendo informações concretas, torna-se fundamental,

pois para além de contribuir para o estabelecimento de um relação de confiança, a mãe ou pai sentem-se apoiados. Recorrendo à pesquisa bibliográfica, desenvolvi estratégias de comunicação com os pais, por exemplo, expliquei todos os procedimentos que realizava, permitindo que estes exprimissem as suas dúvidas e receios, proporcionei momentos de interação com o RN de forma a que estes se tornassem mais seguros e confiantes no seu papel, mostrando sempre disponível para ajudar. A informação sobre o estado de saúde do seu filho bem como de todos os procedimentos realizados são essenciais para que os pais se sintam apoiados pela equipa de saúde.

Comunicar em situação de urgência surge também como um grande desafio, aqui a ansiedade, a incerteza do estado de saúde do seu filho, são geradores de stress, pelo que torna-se fundamental, tal como já referi anteriormente, deixar que a família expresse os seus sentimentos, dúvidas e receios. Após a expressão dos sentimentos dos pais, procurei utilizar sempre uma linguagem clara e adequada, fornecendo a informação de forma gradual. Em situações de crise os pais não têm capacidade de assimilar muita informação, eles estão centrados no motivo que os leva à urgência e procuram respostas rápidas, o que nem sempre é possível. Desta forma, eu procurava primeiramente diminuir aqueles níveis de ansiedade e posteriormente fornecer-lhes informações e ensinios sobre a situação. Neste serviço, foram também desenvolvidas as técnicas de comunicação descritas anteriormente.

Comunicar então em situações tão complexas como na doença aguda ou hospitalização de um filho foi um dos grandes desafios do estágio. Contudo, recorrendo à pesquisa bibliográfica e treino destas competências comunicacionais, considero ter demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família, bem como no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Competências

- 1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- 8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;**
- 9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**
- 11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;**
- 14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;**
- 15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- 19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação de resolução de problemas na área da EESIP**

Objetivo:

- Desenvolver competências de assistência à criança/jovem e família segundo metodologia científica do processo de enfermagem nos diferentes contextos de estágio

Atividades:

- Recolhi dados de forma sistemática através da observação direta e informação fornecida pela criança/jovem ou família;
- Analisei, interpretei e documentei os dados recolhidos de modo a formular os diagnósticos de enfermagem;
- Planifiquei os cuidados em parceria com a criança/jovem e família;
- Negocieei a participação da criança/jovem e família em todo o processo do cuidar;
- Envolvi sempre que possível os pais nos cuidados;
- Prestei cuidados especializados ao RN, criança/jovem e família de acordo com as suas necessidades específicas e planificação de cuidados;
- Efetuei registos de enfermagem utilizando linguagem classificada CIPE;
- Avaliei assistência prestada, reformulando diagnósticos de enfermagem se necessário.

Reflexão

A assistência à criança/jovem e família durante o estágio foi sempre com base numa prática profissional, ética e legal, atuei sempre com responsabilidade, reconhecendo os limites do meu papel e competência, mantendo sempre presente o código deontológico e a legislação aplicável, atuando na defesa dos direitos da criança hospitalizada.

De acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem, recolhi dados sistematicamente através da observação direta, e da informação fornecida pela criança ou familiar, esta colheita de dados era registada em documento próprio do serviço, folha de avaliação inicial, que idealmente é realizada no momento de admissão. Após a colheita, analisei e interpretei os dados recolhidos, no sentido de formular os diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, em colaboração com a criança ou familiar, procedi à planificação de cuidados. A execução dos mesmos foi sempre realizada, procurando envolver a participação da própria criança ou dos pais. Para tal, tive especial atenção à negociação, ou seja, em conjunto com a criança e pais procurei perceber o grau de envolvimento que estes queriam assumir. Alguns pais preferiam não estar presentes nos momentos de procedimentos dolorosos à criança, nomeadamente por exemplo na aspiração de secreções, foi explicado aos pais a importância da presença destes para a criança, pois transmitia-lhe segurança e confiança, contudo muitas vezes principalmente na aspiração de secreções afastavam-se, saindo mesmo do quarto. É muito importante para a planificação de cuidados os enfermeiros perceberem o grau de participação que estes querem assumir, em muitas situações foi planeado com a mãe o momento da aspiração de secreções ou outros procedimentos dolorosos para momentos em que estivesse outra pessoa significativa a acompanhar a criança receptiva à participação nesses cuidados. A negociação entre enfermeiro e família torna-se

fundamental para uma correta assistência à criança. Segundo Antunes (2010) a negociação é o processo em que é discutido entre enfermeiros e pais, o nível de participação de cuidados à criança que estes desejam assumir, construindo-se assim um plano de cuidados individualizado e adequado. A negociação entre pais e/ou criança hospitalizada e equipa de enfermagem é a chave para o sucesso das relações durante a hospitalização.

O envolvimento dos pais nos cuidados é uma prioridade em contexto de pediatria, e nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de verificar isso mesmo. A prática da equipa de enfermagem é sustentada pelo modelo de parceria de cuidados de Casey que defende que *“para preservar o desenvolvimento e crescimento da criança, os cuidados prestados devem ser em forma de proteção, estímulo e amor”*.(Casey, 1993 p. 185)

O reconhecimento então de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança é o valor que sustenta esta filosofia, contudo não pudemos descurar a importância da avaliação prévia das capacidades e competências da família e do desejo desta em participar ou não nos cuidados. Família envolvida é necessariamente uma família esclarecida e cooperante. Assim mais do que envolver a família nos cuidados, é crucial primeiramente informá-la de forma clara sobre o estado de saúde da sua criança e sobre os tratamentos, para que esta possa tomar decisões devidamente esclarecidas sobre o seu nível de envolvimento de cuidados.

A comunicação entre enfermeiro- criança/família é um elemento essencial para sucesso desta relação, através desta o enfermeiro consegue identificar as necessidades específicas de cada criança e família, e assim ensinar, apoiar e orientar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexível e individualizada.

Nos diferentes contextos de estágio foi-me possível verificar que as equipas se encontram numa fase de desenvolvimento deste modelo de parceria de cuidados, em muitas situações assume-se o envolvimento dos pais nos cuidados sem que haja negociação, o que se torna muitas vezes numa barreira, na medida em que parece haver uma imposição de participação e não uma negociação de parceria.

Na minha prática tive sempre presente o “cuidado centrado na criança e família”, por isso antes de qualquer intervenção informava-a sobre o objetivo, esclarecia as dúvidas e questionava-a como queria colaborar ou se simplesmente não queria participar.

As intervenções de enfermagem decorrentes da planificação de cuidados, bem como a respetiva avaliação das mesmas eram registadas no processo clínico da criança, utilizando linguagem classificada CIPE. Em cada contexto de estágio existe um processo clínico manual próprio e adequado ao respetivo serviço. No CHEDV, não existe sistema de informação informatizado, pelo que os registos são efetuados manualmente no processo clínico da criança.

A preparação do regresso a casa do recém-nascido/criança ou família nos diferentes contextos de estágio foi também uma importante atividade desenvolvida.

No serviço de neonatologia e internamento de pediatria o planeamento do regresso a casa era efetuado ao longo de toda a hospitalização. Desde o momento da admissão com a identificação das necessidades, o planeamento das atividades e toda a assistência ao recém-

nascido/criança e sua família era direcionada para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Esta preparação para o regresso a casa assenta essencialmente num conjunto de intervenções do âmbito do informar, ensinar, instruir e treinar. É crucial esta assistência à criança e família direcionada para o desenvolvimento da autonomia da criança e família, no sentido da promoção da continuidade dos cuidados no domicílio.

Aquando a necessidade de continuidade de cuidados de saúde, por exemplo: dos cuidados de saúde primários a referenciação era efetuada através de carta de articulação, a qual teve também oportunidade de realizar.

Desta forma, considero ter desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao RN, criança/jovem e família, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP, gerindo e interpretando, de forma adequada, a informação proveniente da minha formação inicial e pós-graduada, bem como da experiência profissional.

Todas as minhas decisões foram fundamentadas atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas e sociais.

Objetivo:

- Analisar criticamente focos de enfermagem mais comuns resultado da assistência de enfermagem nos diferentes contextos de estágio;

Atividades:

- Registei de forma sistemática os focos de enfermagem identificados na prestação de cuidados ao recém-nascido, à criança/família;
- Discuti com a tutora os resultados dos mesmos;
- Proporcionei momentos de discussão e reflexão com a equipa sobre os focos de enfermagem mais comuns;
- Refleti sobre o papel do enfermeiro nos focos de enfermagem mais comuns.

Reflexão

Durante o estágio, tive oportunidade de prestar assistência a várias crianças de diferentes faixas etárias e às suas respetivas famílias, em diferentes contextos.

De forma a cumprir este objetivo, registei de forma sistemática os focos de enfermagem identificados na prestação de cuidados à criança/família nos diferentes contextos.

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida que proporciona o desenvolvimento de um processo de cuidados de enfermagem, cujas terapêuticas se propõem a facilitar a vivência de transições saudáveis. Desta forma, os focos de enfermagem são diferentes dos motivos de admissão no serviço que são maioritariamente diagnósticos médicos. Os motivos de admissão ou diagnósticos de entradas presentes no estágio e número de crianças assistidas, nos respetivos módulos encontram-se descritos em anexo. (Anexo V)

No serviço de urgência pediátrica (SUP), realizei triagem a 80 crianças, e prestei

cuidados em situação de urgência a 25, os focos de enfermagem mais presentes foram a febre, a dor (otalgias, odinofagias), a dificuldade respiratória, os hábitos alimentares e de eliminação intestinal alterada (vômitos e diarreia), e a ansiedade materna, muitas vezes indicadora de dificuldade na transição do papel parental.

A inadequada utilização do SUP por parte dos pais foi também um foco da minha atenção. A recorrência ao SUP na maioria das vezes sem necessidade de cuidados urgentes era muitas vezes indicadora de insegurança no papel parental, pelo que este se torna num momento privilegiado de oportunidade educacional. Em muitas situações deparei-me com erros ou falta de conhecimentos por parte dos pais nas mais diversas áreas, nomeadamente erros alimentares, por exemplo: introdução de leite de vaca precocemente, risco de acidentes, má colocação da criança na cadeira de transporte, até mesmo deficientes cuidados de higiene, em que procedi a ensinamentos relativos à própria mudança da fralda e cuidados de higiene perineal. Contudo, embora sejam importantes momentos de educação para a saúde e prevenção de acidentes, foi crucial perceber em que altura devia promover esses ensinamentos. No SUP a mãe ou pai procuram uma resposta rápida no que respeita ao estado de saúde do seu filho e do motivo que os leva ao SUP, pelo que a sua atenção está centrada nessa preocupação. Desta forma, as minhas intervenções eram primeiramente direcionadas para a diminuição desses sentimentos e só posteriormente procedia aos ensinamentos sobre as necessidades identificadas.

Como enfermeira a trabalhar nos CSP, fiquei surpreendida com esta inadequada utilização deste serviço, na medida em que atualmente os CSP permitem uma maior acessibilidade aos serviços, e muitas das recorrências ao serviço de urgência poderiam ser evitadas. Assim, este facto alertou-me para a necessidade de educação para a saúde dos cidadãos no que respeita ao funcionamento dos CSP e SUP, bem como para importância da sensibilização dos pais para recorrerem ao serviço de urgência quando realmente necessário.

O serviço de neonatologia por toda a sua especificidade e complexidade é um serviço de elevada exigência profissional. Neste, tive oportunidade de assistir a 15 RN de cuidados intermédios e 3 RN de alto risco. A maioria dos motivos de admissão presentes durante o estágio foi a prematuridade. Aqui, os focos de atenção de enfermagem centraram-se na manutenção / vigilância dos sinais vitais, garantia de adequado aporte de nutrientes e líquidos, seja por via parentérica, e posteriormente entérica através de sonda orogástrica, tendo sempre preferência pelo leite materno, os cuidados de higiene e conforto do RN dentro da incubadora, vigilância da eliminação vesical e intestinal, monitorização da dor, e promoção da parentalidade, dando relevo à importância do processo de vinculação. A promoção da vinculação no âmbito da neonatologia assume um papel crucial, pelo que será alvo de reflexão posteriormente neste relatório.

No serviço de internamento de Pediatria, assisti a 29 crianças por motivos cirúrgicos, em que a maioria fora do foro da otorrinolaringologia, sendo a grande parte das crianças em idade pré-escolar e escolar. Em contexto de doença aguda assisti a 30 crianças, sendo a maioria

latentes com o diagnóstico médico de bronquiolite ou gastroenterite. Torna-se pertinente referir que o estágio decorreu durante os meses de Inverno, pelo que as patologias do foro respiratório foram mais frequentes.

Em contexto de doença crónica assisti a 3 adolescentes com diabetes, 2 crianças em idade escolar com crise de asma, e 2 em idade pré-escolar com síndrome nefrótico. Em contexto de internamento tive também oportunidade de assistir 2 latentes por risco social.

É na colheita de dados, que o enfermeiro identifica o seu foco de atenção e embora existam alguns focos mais específicos para determinados diagnósticos clínicos do que outros, os mais comuns nos diferentes contextos são a ansiedade pela separação, medo da lesão corporal e dor, sensação de perda de controlo, papel parental, dor e a satisfação das necessidades básicas a nível de respiração, circulação, eliminação, temperatura corporal, alimentação, higiene e conforto, segurança e lazer.

O foco de atenção da dor e papel parental, pela sua importância são desenvolvidos posteriormente mais pormenorizadamente.

As questões relacionadas com a dor foi uma das importantes atividades desenvolvidas. A preocupação crescente com a dor em pediatria é resultado do reconhecimento de que as crianças têm dor e guardam a memória desta, pelo que se esta não for tratada tem consequências a longo prazo. As particularidades das crianças exigem também uma avaliação da dor diferente dos outros grupos etários. (DGS, 2010)

Tal como já referi anteriormente, nos respetivos locais de estágio não existia nenhum protocolo de atuação relativamente à gestão da dor, contudo tive oportunidade de observar e desenvolver várias atividades neste âmbito.

O serviço de Neonatologia foi o serviço onde pude observar uma maior preocupação com a gestão da dor. O ambiente da UCIN é por si só gerador de estímulos tácteis, sonoros e visuais agressivos para o RN.

O ambiente sofisticado e contínuo da UCIN tem repercussões adversas no RN, causando, muitas vezes, efeitos iatrogénicos com repercussões na sua recuperação e desenvolvimento saudável. (Estevão, et al., 2007)

Desta forma é fundamental a avaliação da dor, e a implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas, no sentido de prevenir e controlar a dor. As medidas de combate à dor aumentam a homeostasia e a estabilidade do RN. (Nascimento, 2010)

Neste sentido, tendo sempre presente estes princípios, os cuidados eram centrados num único momento, no sentido de diminuir a manipulação e conseqüentemente os estímulos, salvaguardando os períodos de sono e repouso do RN. A permanência de um ambiente calmo na UCIN, era também uma preocupação de toda a equipa, a luminosidade era reduzida, falava-se num tom baixo, tinha se cuidado no manuseio das incubadoras e outros materiais ruidosos.

Como medidas não farmacológicas, a sucção não nutritiva, a colocação da chupeta ou um dedo enluvado, estimulando a sucção era uma das medidas frequentemente utilizadas.

Como conselheira em aleitamento materno, confrontei-me com “o custo-benefício” do uso da chupeta e a amamentação. Contudo, com a pesquisa sobre esta temática, comprovei

que o uso da chupeta na neonatologia é uma mais valia. De acordo Noronha (2007) a utilização da chupeta parece ter grande utilidade na organização neurológica e emocional da criança após um estímulo nocivo.

O uso da sacarose, a mudança de posicionamentos, bem como o uso de ninhos foram também medidas implementadas, que mostraram ser eficazes no alívio da dor do RN. Em várias situações, uma mudança de decubito era suficiente para a comprovação do alívio da dor.

Como refere Noronha (2007), o maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN resulta da dificuldade em avaliar e quantificar a dor, no serviço ainda não estava implementada nenhuma escala de avaliação. Contudo, por iniciativa própria levei para o serviço a Escala de Echelle de Douleur te d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN), que passou a ser o instrumento de avaliação da dor por toda a equipa.

No serviço de internamento de pediatria, como 5º sinal vital, a dor era avaliada uma vez por turno, contudo a escala disponível para registo, era apenas a escala numérica, o que tornava a avaliação muito limitada a nível de faixas etárias. Foi questionado a tutora sobre a inexistência de outras escalas no serviço, pelo que foi referido que as folhas de registo dos sinais vitais ainda não estavam adaptadas ao serviço de pediatria, sendo comuns para todo o hospital, e por isso a existência só da escala numérica. Nas folhas de avaliação inicial, estas já estavam adaptadas à pediatria, e contemplava a escala neonatal infant pain scale (NIPPs), de faces e a numérica. Na minha prática avalei sempre a dor com a escala adequada à idade, tinha comigo as minhas próprias escalas da dor, que aplicava-as nas crianças que me eram distribuídas.

A avaliação da dor em pediatria foi um grande desafio, se na neonatologia os recém-nascidos não sabiam exprimir verbalmente a sua dor, em contexto de crianças em idade pré-escolar ou escolar, senti dificuldades em explicar as escalas de avaliação, no sentido de tornar as respostas o mais fidedignas possível. De acordo com Batalha (2005) a avaliação da dor na criança é uma das atividades mais complexas com que os enfermeiros se podem deparar, e eu neste estágio tive a oportunidade de constatar isso mesmo.

Nos diferentes contextos de estágio, após a avaliação da dor, avaliava a necessidade de promoção ou não de medidas de alívio da dor. Inicialmente começava pelas medidas não farmacológicas, como mudança do posicionamento, procurando colocar a criança numa posição confortável, nos latentes a colocação da chupeta, estimulando uma sucção não nutritiva, e a diminuição dos ruídos sonoros e luzes, diminuindo assim os estímulos sensoriais. As medidas farmacológicas, nomeadamente os analgésicos, eram implementadas de acordo com a prescrição médica, a respetiva dosagem e medidas de segurança.

Na gestão da dor aquando a realização de procedimentos dolorosos, nos latentes a sucção não nutritiva e o colo da mãe foram as primeiras medidas adotadas, depois optei pelo método da distração e do brincar. Nas crianças em idade pré-escolar e escolar procurava

estabelecer com elas um diálogo, em que lhes explicava aquilo que ia acontecer, no sentido de diminuir a ansiedade. Quando estes tinham um objeto significativo, como por exemplo o peluche, exemplificava com este aquilo pretendia fazer. A presença da mãe ou pai era essencial, pois estes são o porto seguro das crianças. A utilização de anestésicos locais não era uma prática comum em ambos os serviços, pelo que confrontei as tutoras com essa situação. A resposta foi que a gestão da dor ainda era um processo em desenvolvimento pela equipa, pois não era devido à inexistência desses produtos, que estes não se aplicavam.

De acordo com a DGS (Orientação técnica nº14/DGCG de 14 de Dezembro de 2010) “*o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros na carta da criança hospitalizada.*” Desta forma, no cumprimento por esta norma e no respeito pelo direito nº5 da carta da criança hospitalizada, considero que seria pertinente a utilização destes anestésicos locais aquando a realização dos procedimentos dolorosos, pelo que sempre que possível apliquei-os nas crianças que me eram distribuídas.

A promoção da parentalidade foi um objetivo central em todos os contextos do estágio, de acordo com a CIPE (2002) o papel parental é definido com “*interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais, expressão destas expectativas como comportamentos e valores fundamentais para um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente*”. Logo, sendo a enfermagem uma disciplina cujo foco de atenção é o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida, a parentalidade surge como foco de atenção de enfermagem.

Como já foi referido no capítulo da experiência profissional, a promoção do papel parental é uma das grandes responsabilidades do enfermeiro. E eu no meu contexto profissional tenho oportunidade de lidar com a parentalidade, contudo neste estágio tive oportunidade de contatar com a dificuldade que os pais sentem nesta transição e no desempenho do papel parental, nomeadamente com um filho doente ou em contexto de hospitalização.

A título de exemplo, posso descrever uma situação de um RN de 4 dias, proveniente da obstetrícia, com o diagnóstico de icterícia neonatal. No que respeita a tratamento clínico este era simples, realização da fototerapia. Contudo, logo na avaliação inicial, identifiquei qual seria o meu grande foco de atenção, o papel parental. Para um bom planeamento das minhas intervenções, procurei detetar que fatores influenciadores do desempenho parental que poderiam estar presentes nesta mãe. Hockenberry, et al., (2006) defende que os fatores que afetam a parentalidade são a idade dos pais, a educação que os pais receberam, as experiências prévias com cuidados a crianças; o envolvimento do pai nos cuidados ao filho, os sistemas de apoio parental, o stress, as características da criança, e a qualidade das relações parentais. Nesta situação específica estava perante uma mãe de 26 anos, um primeiro filho, sem experiência prévia no cuidado com outras crianças, demonstrava ser ansiosa e insegura, a

relação conjugal aparentava ser positiva, tendo o pai uma atitude de presença, participação e apoio constante. Nesta situação, comecei então por escutar a mãe, compreender os seus anseios, receios, dúvidas, perceber como é que ela estava a vivenciar esta transição de ser mãe. No sentido do desenvolvimento de competências parentais, desenvolvi atividades que proporcionassem um envolvimento dos pais nos cuidados, fomentando as suas habilidades e capacidades para cuidar da criança. A promoção de momentos de interação e carinho com o filho, bem como o incentivo ao aleitamento materno também estiveram presentes.

A presença, apoio e ensinamentos efetuados no que respeita à higiene e conforto, alimentação, estimulação, segurança, próprio estado da criança e tratamentos foram também importantes momentos, na medida em que muitas vezes os pais estão inseguros, ansiosos, e o apoio de um profissional da área da saúde da criança, transmite-lhes segurança e confiança.

Segundo Silva (2006) a promoção da parentalidade trata-se de um processo de aprendizagem gradual e relação de ajuda para permitir aos pais a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitirá cuidar dos filhos com autonomia.

É fundamental, os enfermeiros ajudarem os pais a tornarem-se mais confiantes nas decisões que estão a tomar e a sentirem-se mais competentes na sua habilidade para criar os seus filhos. Foi com base, neste princípio que procurei então desenvolver as minhas atividades, ou seja, no sentido de fomentação das suas capacidades e habilidades para cuidar do filho, promovendo um aumento dos sentimentos de segurança e confiança.

A assistência ao recém-nascido no serviço de neonatologia foi por toda a especificidade e complexidade um grande desafio.

A hospitalização do recém-nascido exige uma capacidade de enfrentamento e adaptação da família, na medida em que as expectativas normais do casal em relação ao filho são frustradas, o bebé esperado é diferente do real, e necessita de ser internado. (Silva, et al., 2009)

Este torna-se então num momento de grande vulnerabilidade que terá repercussões em toda a dinâmica familiar. Cabe então ao enfermeiro ajudar a família a encontrar estratégias para minimizar este impacto e potencializar os recursos disponíveis.

A fase inicial do internamento do recém-nascido é um período crucial e de maior dificuldade, portanto o acolhimento da família no momento em que é informada da necessidade de internamento é fundamental, para contribuir para a aceitação da hospitalização. (Silva, et al., 2009)

No decorrer do estágio, tive oportunidade de efetuar o acolhimento a uma mãe que pela primeira vez visitava o seu filho na UCIN, desta forma no sentido de minimizar o impacto negativo do ambiente da UCIN, procurei informá-la e caracterizar aquilo que iria encontrar, expliquei-lhe o objetivo de cada equipamento existente no cuidado ao seu filho, esclareci algumas das suas dúvidas, e acima de tudo salientei as características e competências do RN.

Segundo Pedro (1997 p. 71) “ *Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí*

tenha oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação que vale a pena viver...” Assim, sendo o enfermeiro assume um papel primordial no envolvimento da família no cuidar e na promoção do desenvolvimento do processo de vinculação.

De acordo com Ferreira, et al.,(2004 p. 53) “ (...) a enfermeira (...) é o elemento da equipa que se encontra privilegiadamente melhor preparada e posicionada para agir como promotora do processo de aproximação e de interação pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho.” Desta forma, a promoção da aproximação dos pais ao RN através do incentivo ao toque, ao contato visual, à voz era prioritária na minha prática. Envolver os pais nos cuidados foi sempre um princípio da minha atuação, contudo desenvolver uma parceria de cuidados em neonatologia, assume um cuidado especial, na medida em que muitas vezes os pais têm sentimentos contraditórios de querer participar mas também recearem não serem capazes de o fazer, pelas particularidades do RN e até mesmo do próprio ambiente da UCIN. Reconhecer estes receios, dúvidas é crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. É fundamental identificar as necessidades e sentimentos dos pais, para assim planificar os cuidados adequados aos mesmos, e estabelecer uma adequada parceria de cuidados. Envolver a família no cuidados contribui para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados ao recém-nascido naquele momento e posteriormente em casa. (Ferreira, et al., 2004)

O processo de vinculação na neonatologia assume um papel primordial, tal como refere Ferreira, et al., (2004 p. 52) “ o afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contato e interromper o processo de vinculação ou aperfeiçoamento entre os mesmos.” Neste sentido, o enfermeiro da neonatologia tem um papel crucial para a promoção da vinculação, pelo que para além do envolvimento dos pais nos cuidados, desenvolvi outras atividades, como promoção da amamentação, método canguru, entre outras.

O incentivo ao aleitamento materno, os ensinamentos sobre a amamentação e as suas vantagens estiveram sempre presentes na minha prática. A partir do momento em que o RN adquiria alguma estabilidade e não corria riscos, incentivava a colocação do RN à mama, ensinando, instruindo e treinando a técnica da mamada. Este processo nem sempre era fácil, a debilidade dos reflexos de sucção e deglutição do RN era um obstáculo, mas as mães mostraram-se muito recetivas aos meus ensinamentos, sendo persistentes pelo que na maioria das situações a amamentação acabava por se estabelecer com sucesso.

Nos RN mais instáveis, em que não era possível a amamentação, incentivei a estimulação da produção de leite, através da extração. Com ensino, instrução e treino da técnica de extração de leite, bem como o ensino sobre estratégias para potencializar o reflexo ocitocina, verifiquei que maioria das mães, mesmo não amamentando, produziam muito leite. Pelo que os ensinamentos sobre a sua respetiva conservação e manipulação também estiveram sempre presentes.

O método de canguru ou contato pele a pele foi também uma técnica por mim observada. Este método consiste na colocação do RN na posição vertical, apenas com fralda,

na região torácica da mãe, em contato direto com a pele da mãe pelo período de tempo que ambos sentirem necessidade.

Vários são os benefícios, tanto a nível biológico como psicológico, quer para o RN, quer para a mãe da utilização deste método, que se encontram descritos na literatura e comprovados, como: aumento do contato e facilitação da vinculação pais-bebé, promoção da amamentação, controlo térmico do RN, aumento do crescimento físico do bebé, diminuição do tempo de choro e da irritabilidade, conforto e segurança, melhor organização dos estados de sono/vigília, estabilização da frequência cardíaca e respiratória, aumento da competência e confiança materna e diminuição do internamento. Contudo de todas as vantagens, salienta-se o calor maternal que promove o controlo térmico do bebé, a promoção da amamentação e aumento da competência e confiança da mãe. (Amaral, 2009)

Assim, durante o estágio incentivei as mães e os pais a realizarem esta prática. Foi-lhes explicado todos os benefícios da realização do mesmo, e estes demonstraram-se sempre muito disponíveis, revelando no fim sentirem uma sensação de grande satisfação pessoal.

Com a análise dos focos de enfermagem presentes no decorrer do estágio, desenvolvi competências de reflexão crítica sobre os problemas atuais da área da EESIP e sobre a minha própria prática, desenvolvendo competências de atuação criativas na interpretação de resolução de problemas.

Competências:

- 5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**
- 7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;**
- 10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**
- 12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;**
- 13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP;**

Objetivo:

- Analisar e refletir sobre situações complexas no âmbito da área da EESIP

Atividades:

- Rentabilizei oportunidades de aprendizagem;
- Refleti sobre os problemas da prática profissional, as situações complexas que surgiram nos diversos contextos;
- Identifiquei focos de enfermagem com necessidade de intervenção diferenciada;
- Partilhei com o enfermeiro tutor e equipa de enfermagem conhecimentos, informação e opiniões sobre situações complexas da criança e família.

Reflexão

Ao longo do estágio, procurei rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, sempre me foi dada a oportunidade de escolher as crianças que pretendia assistir, pelo que optei por ter o maior número de situações diferentes possíveis, inclusive as que exigiam questões mais complexas, como por exemplo: latente de 2 meses com epidermólise bolhosa, criança de 3 anos com choque séptico, criança de 4 anos com ataxia pós-varicela, recém-nascido com cardiopatia congénita grave, prematuro de 27 semanas.

Estas foram situações complexas, que exigiram para além de um reforço das bases teóricas provenientes da formação e de uma pesquisa bibliográfica profunda, exigiram um elevado nível de reflexão sob uma perspetiva profissional avançada. Para além da problemática do diagnóstico clínico, os focos de enfermagem tornaram-se muito exigentes nomeadamente no que respeita ao papel parental e impacto da doença.

Na situação da latente com epidermólise bolhosa, as minhas atividades prendiam-se essencialmente com quatro pontos: alimentação, higiene e conforto, alívio da dor, vinculação e papel parental. Esta latente era a segunda filha do casal, o primeiro com apenas 18 meses. A gravidez correu dentro da normalidade, e a chegada de um segundo filho era vivida com muita alegria. Contudo o nascimento do tão esperado segundo filho alterou por completo as suas vidas. O bebé esperado tão diferente do bebé real. A mãe era a pessoa sempre presente no internamento, e por isso era nela que centrava os meus cuidados. Numa fase inicial foi importante compreender a perceção que esta tinha da doença, e o sistema de apoio familiar. Aqui foram identificados alguns fatores influenciadores na adaptação desta mãe à doença. Através de uma conversa aberta, a mãe referiu que o pai ainda não tinha aceiteado muito bem a doença, e recusava falar sobre o assunto, bem como as visitas ao hospital eram muito reduzidas. A nível da perceção da doença, esta tinha já pesquisado e esclarecido as suas dúvidas com os profissionais e embora assustada, revelava compreender a doença. Um fator stressante para esta mãe, evidenciado desde logo, era a existência do outro filho de apenas 18 meses, que não compreendia a ausência da mãe. Identificadas estas necessidades, foi importante estabelecer um plano de cuidados adequado e em parceria com esta. Foi negociado com a mãe em que cuidados queria participar, para assim adequar os horários à sua presença. Esta demonstrou vontade em participar no tratamento das feridas, e por isso foi adequado o horário da realização dos mesmos para aquando a presença da mãe. Foi também incentivado a mãe ir a casa sempre que precisasse, sem sentir-se culpabilizada, pois parceria

de cuidados implicava isso mesmo a prestação de cuidados familiares aquando a ausência da mãe. Desta forma reduzia ansiedade causada pela preocupação com o outro filho, perturbador da adaptação à doença. Identificar os recursos disponíveis na comunidade de apoio a esta mãe foi também a minha prioridade, a nível de acompanhamento, como enfermeira de cuidados de saúde primários na área de influência, tinha conhecimento que esta teria à sua disponibilidade apoio domiciliário da equipa de saúde da sua unidade de saúde (médico e enfermeiro de família), bem como apoio da equipa de cuidados continuados integrados. Tratando-se de uma doença rara, considerei pertinente dar a conhecer à mãe a existência de associações de doenças raras e nomeadamente a associação portuguesa de epidermólise bolhosa (debRA Portugal). De acordo com Hockenberry, et al., (2006 p. 567) “*O apoio que um dos pais recebe de outro é único e não pode ser obtido a partir de nenhuma outra fonte*” e foi neste sentido que incentivei a mãe a conhecer estas associações. A partilha de experiências entre pais é muito importante e esta desde logo demonstrou interesse agradecendo todo o apoio fornecido.

Assistir uma criança com epidermólise bolhosa e sua família foi sem dúvida um desafio complexo, que contribuiu para o desenvolvimento de competências sob uma perspetiva avançada.

A admissão no serviço de uma criança de 4 anos com ataxia pós-varicela, foi também um momento desafiante, aqui a complexidade surge em como explicar a uma criança de 4 anos, aquela perda de controlo do seu corpo. Os movimentos involuntários eram uma constante, em que a própria criança perguntava porque não conseguia parar. Aqui, utilizei o objeto de estima da criança e com uma linguagem adequada à sua idade, procurei explicar, o que lhe estava a acontecer. Identifiquei a sua ansiedade pela separação, pelo que tranquilizei garantindo que a mãe poderia estar sempre com ela, inclusive durante a noite. Relativamente à perda de controlo, no respeito sempre pela segurança procurei minimizar esse sentimento, permitindo que esta estivesse próxima da mãe, indo para o colo ou cadeirão, bem como dirigir-se até à sala de brinquedos onde poderia brincar com outras crianças da sua idade. A brincadeira como método terapêutico foi muito importante nesta situação específica, na medida em que a criança encontrava-se muito ansiosa e o brincar permitiu-me uma aproximação com esta, promovendo uma melhor adaptação à hospitalização. Hockenberry, et al., (2006) defende que as brincadeiras são a linguagem universal das crianças, é uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica eficaz para se relacionar com elas. Também a nível de gestão emocional o brincar tem um papel fundamental, as atividades de brincar permitem desmistificar medos, e minimizar sentimentos de ansiedade e solidão. Tal como refere Pereira, et al., (2010 p. 36) “*os resultados terapêuticos sensíveis aos cuidados de enfermagem, na gestão emocional das crianças através do brincar, são a estabilidade emocional e a adaptação à experiência...*”, o que pude comprovar nesta situação, visto que foi visível a diminuição dos níveis de ansiedade.

No SUP deparei-me também com várias situações complexas e exigentes para o enfermeiro, uma delas foi no período de 15 dias ter dado entrada no serviço a mesma

adolescente de 15 anos com suspeita de gravidez. Na primeira recorrência vinha acompanhada das auxiliares da escola e na segunda deu entrada sozinha. Na primeira ida à urgência, a situação não foi muito valorizada, o resultado do teste de gravidez deu negativo, e esta foi encaminhada para o domicílio. Contudo, com a segunda recorrência ao SUP em tão curto espaço de tempo, foi importante avaliar pormenorizadamente todo o contexto da adolescente.

Aproveitei o momento da espera do resultado das análises, para estabelecer com ela uma relação terapêutica e identificar as necessidades de ensino. Inicialmente, a adolescente não verbaliza muito aquilo que sentia, talvez por vergonha ou timidez, contudo mostrava-se receptiva aos meus ensinamentos. Desta forma, ensinei e instruí sobre métodos contraceptivos, prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, ensinei e informei sobre os recursos existentes na comunidade e nomeadamente na sua área de residência, como a consulta de planeamento familiar na sua unidade de saúde e o gabinete de atendimento à saúde juvenil (GASJ). Com o decorrer da conversa, a adolescente foi se mostrando mais à vontade, e foi -me questionando e esclarecendo dúvidas.

A adolescência é um período de considerável vulnerabilidade à doença mas pode constituir também um período sensível para intervenções significativas de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis. (Santos, 1999)

A adolescência é por si só um período desafiante, e atualmente muitas são as mudanças da nossa sociedade que condicionam as vivências dos adolescentes: as separações e os divórcios, a crise de autoridade dos pais, a ausência prolongada dos pais, o alcoolismo, a toxicod dependência e desenvolvimento de novas drogas. (Prazeres, 1998)

Nesta situação específica a adolescente acabou por desabafar que os seus pais estavam em processo de divórcio, e que ela não estava a conseguir lidar muito bem com a situação. Ao analisar o seu desabafo e refletir sobre o que a adolescente me transmitia pude perceber que estas suspeitas de gravidez eram uma tentativa de apelo aos pais. Com a transmissão dessa informação, com o consentimento da adolescente, partilhei-a com a médica de serviço, que por sua vez falou com a mãe e explicou-lhe a situação da sua filha. Desta forma, considero que este constitui um importante momento no meu processo de aprendizagem que contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Objetivo:

- Maximizar o potencial de crescimento de experiência de doença e de internamento hospitalar.

Atividades:

- Promovi a relação pais-filhos;
- Incentivei a participação dos pais nos cuidados;
- Proporcionei atividades recreativas;

- Reforcei ensinamentos sobre os cuidados com a doença;
- Promovi a socialização da criança e das mães
- Enfatizei as capacidades e comportamentos positivos da criança

Reflexão

Este objetivo foi traçado no sentido em que considero ser crucial para uma assistência de enfermagem avançada. A preocupação em diminuir o impacto da doença e da hospitalização esteve sempre presente na minha assistência durante o estágio, contudo procurei desenvolver atividades que permitissem maximizar os benefícios potenciais da hospitalização.

A hospitalização por si só é um momento gerador de stress e ansiedade, contudo pode também tornar-se num momento privilegiado de interação pais e filhos, de oportunidades de educação, de socialização, e de desenvolvimento do autodomínio da criança. Neste âmbito, de forma a promover a relação pais-filhos, incentivei a participação dos pais nos cuidados, proporcionei atividades recreativas e de interação, como escrever a carta ao pai natal (na altura do Natal), disponibilizei jogos do serviço e nomeadamente o computador Magalhães® para que interagissem, no caso de internamentos prolongados incentivei os pais a falarem com a professora para disponibilizar a matéria que já tinha sido dada durante a ausência do seu filho, para que este pudesse acompanhar. E em muitas situações deparei-me com mãe e filho a fazerem os trabalhos da escola, numa interação muito positiva. Aproveitei também a hospitalização para reforçar ensinamentos tanto à criança como à família, por exemplo no caso de uma criança com crise de asma, foram reforçados os ensinamentos acerca da doença, de fatores de agravamento e da promoção de comportamentos adequados aquando uma crise.

A hospitalização torna-se assim um ótimo momento de oportunidade educacional. De acordo com Silva, et al., (2009) os profissionais de enfermagem devem exercer funções de cuidadores e educadores, proporcionar momentos para a formação de vínculos e apoio e trocar informações sobre as condições de vida e de saúde da criança.

A socialização da criança esteve também sempre presente, foi incentivado as crianças e jovens relacionarem-se com os outros, a irem para a sala de brinquedos ou sala de computadores, para interagirem com outras crianças da sua idade. Também as mães ao deslocarem-se para essas salas, deparavam-se com outras mães, o permitia não só uma socialização entre as crianças mas também entre adultos. Este apoio mútuo dos pais e o estabelecimento de uma relação de ajuda entre eles foi visível nos diferentes contextos, nomeadamente no serviço de internamento de pediatria e neonatologia. Evidenciei que estas partilhavam muitas das suas angústias e receios entre elas e aproximavam-se mais daqueles com quem se identificavam ou tinham os filhos numa situação semelhante. Neste sentido incentivei também a socialização entre as mães, proporcionando momentos de interação entre as mães.

O reforço positivo das capacidades e habilidades da criança para lidar com a doença e hospitalização foi também por mim desenvolvido, no caso da criança com diabetes, promovi

atividades que permitissem a criança perceber que já era capaz de fazer sozinha, como por exemplo: colocar a fita de glicemia na máquina, uma tarefa simples, mas que promovia uma sensação de autonomia e autodomínio da criança. Tal como refere Hockenberry, et al., (2006 p. 690) “ *as intervenções de enfermagem deve, também concentrar-se em maximizar os benefícios da experiência*”, assim a maximização do potencial de crescimento da experiência da doença e de internamento hospitalar foi um foco muito importante da minha atenção.

Objetivo:

- Compreender o impacto da doença e do internamento na criança e na família

Atividades:

- Observei e refleti sobre o impacto da doença e internamento na criança e na família;
- Identifiquei fatores da doença e hospitalização geradores de ansiedade nas crianças assistidas;
- Incentivei a presença dos pais para minimizar a separação;
- Permiti a liberdade de movimentos da criança;
- Adaptei os cuidados às rotinas da criança;
- Promovi a parentalidade.

Reflexão

O impacto da doença e da hospitalização não só na criança, mas também na família é algo complexo e exigente para o enfermeiro. Neste âmbito também a doença aguda e a doença crónica requerem exigências específicas de assistência de enfermagem. Neste estágio, tive oportunidade então de desenvolver competências em ambas as situações. Tanto uma como outra exigem do enfermeiro, a correta colheita de dados, planificação de cuidados em parceria com a criança e a família, a execução dos mesmos e a respetiva avaliação, sempre no sentido de diminuir o impacto da doença e da hospitalização.

Contudo, aquando o aparecimento de uma doença crónica, este processo de transição saudável – doente, torna-se desafiante para o enfermeiro. Durante o estágio, vivenciei este desafio, nomeadamente em situações de diabetes inaugural, em duas adolescentes e duas em idade escolar. Cedo percebi as grandes diferenças de preocupações das diferentes faixas etárias, e dentro dos próprios reconheci as individualidades de cada um.

A criança em idade escolar começa a ter a perceção da doença e do que os outros pensam, esta imagina como os outros o podem ver, colocando a questão da avaliação de si mesmo como diferente, eventualmente limitado ou inferiorizado. (Hockenberry, et al., 2006)

Logo, o mais importante foi identificar e reforçar as capacidades e competências da criança para lidar com a doença, num sentido de diminuir esse sentimento de inferioridade.

A inclusão da própria criança e dos familiares mesmo os mais afastados na participação dos cuidados é muito importante, por isso aproveitei todos os momentos de ensino para focar as capacidades destes para adaptação à doença, identificando em conjunto com estes a forma de incorporar os cuidados às rotinas diárias e posteriormente adapta-los no domicílio.

Na adolescência a ocorrência de uma doença crônica, é percebida de forma muito diferente, o adolescente reconhece a doença como algo incapacitante, algo que lhe vai privar de muitas vivências, sente uma perda da autonomia e controle, e por isso faz inicialmente uma negação da doença, não quer falar do assunto, nem quer que ninguém saiba da sua doença. Perante, estas situações, na primeira fase de choque ou negação, procurei ter um atitude de escuta ativa, ouvir as preocupações, os receios, as dúvidas da criança/jovem e família, mostrando disponibilidade para ouvi-los e apoiá-los.

De acordo com Vieira, et al., (2002 p. 559) *“ao dar voz às crianças/adolescentes, percebemos a dimensão que a doença tem em suas vidas, a qual é vivenciada de forma singular”*, pelo que perceber que percepção tem a criança ou adolescente da doença é muito importante, para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Numa fase posterior, procurei efetuar ensinamentos de tendência à normalização, ou seja, focando as competências e habilidades do adolescente para lidar com a doença, procurei em conjunto com o adolescente, estabelecer estratégias a serem desenvolvidas para melhor adaptar os cuidados às suas rotinas, nomeadamente por exemplo: a administração de insulina na escola. Para uma melhor compreensão e adaptação à doença sugeri que conhecesse a associação de diabéticos da Feira, uma associação muito ativa, com um elevado número de crianças e jovens associados que juntam-se frequentemente para atividades de lazer e cultura, bem como partilha de experiências.

O convívio e diálogo com pares que partilham dos mesmos problemas de saúde e/ou limitações poderá ser extremamente benéfico para o adolescente. Nesta fase da vida é muito importante o apoio dos pais, familiares, amigos mais próximos para a autoestima do adolescente. (Hockenberry, et al., 2006)

Neste sentido não posso deixar de referir que procurei sempre incluir a família nos cuidados, e procurei definir estratégias para desenvolver o sentido de autonomia e de autoestima do adolescente. Desta forma, na assistência ao adolescente tive sempre presente a tomada de decisão do adolescente, valorizando e estimulando a sua responsabilidade. Estabeleci em conjunto com este, metas a atingir, enfatizei os aspetos positivos e as suas capacidades e habilidades.

Objetivo:

- Conhecer o papel do enfermeiro especialista nos diferentes contextos

Atividades:

- Observei o papel do enfermeiro especialista nos diferentes contextos de estágio e a sua importância;
- Refleti sobre as competências e o papel do enfermeiro especialista;
- Partilhei conhecimentos e experiências com a equipa de enfermagem.

Reflexão

Ao longo do estágio, a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista em EESIP foi uma constante.

Atualmente são muitos os desafios que se colocam ao enfermeiro que cuida da criança e a este são exigidas muitas competências, que em muitas situações só o enfermeiro com formação especializada na área é capaz de responder adequadamente.

Ao enfermeiro especialista o REPE (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro) refere ser-lhe reconhecida *“competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”*

Nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de observar e refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em SIP e as diferenças dos cuidados prestados pelo enfermeiro de cuidados gerais e o enfermeiro especialista. Desta análise pude concluir que o enfermeiro especialista é sem dúvida detentor de competências específicas que lhe permitem uma prestação de enfermagem avançada, com segurança, e uma base sólida de conhecimentos científicos sobre a sua área da especialização. Foi-me possível verificar que os enfermeiros especialistas são detentores de uma maior perspicácia na avaliação e adequação de cuidados de enfermagem, bem como na identificação e mobilização de recursos de suporte à criança/jovem e família.

No decorrer do estágio pude verificar que os enfermeiros especialistas são uma referência para a restante equipa, pelo que em muitas situações pude observar a solicitação da colaboração destas para a compreensão de situações mais complexas ou simplesmente partilha de experiências.

O papel do enfermeiro especialista é também valorizado no âmbito da formação, nomeadamente no que respeita à supervisão clínica de alunos tanto de curso de mestrado ou licenciatura.

No decorrer do estágio deparei-me então com situações de elevada exigência e complexidade, que obrigaram a assistência de enfermagem mais exigente, que no meu ponto de vista serão da responsabilidade do enfermeiro especialista em EESIP.

Ao longo do relatório considero já ter abordado algumas destas questões, mas saliento a dificuldade dos pais na transição e no desempenho do papel parental, a abrangência da idade pediátrica, a prestação de cuidados à criança/família em diferentes contextos, são situações complexas que requereram uma assistência de cuidados especializados.

A natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família são o alvo do enfermeiro especialista em SIP, considerando as especificidades e exigências de todas as fases do desenvolvimento da criança e jovem, o enfermeiro especialista em SIP tem recursos que lhe permitem uma maior compreensão sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Neste sentido, é capaz de responder eficazmente às necessidades identificadas, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento até à idade adulta, mobilizar recursos oportunamente, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias, tendo sempre presente pela promoção de uma

parceria de cuidar promotora da parentalidade e da maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

A análise do papel do enfermeiro especialista em SIP, a partilha de conhecimentos e experiências com a equipa de enfermagem foram então proporcionadoras de elevados níveis de reflexão que me permitiram desenvolver competências que exigem maior complexidade.

2.2. Domínio da Gestão de Cuidados

Cada vez mais é exigido ao enfermeiro uma maior eficiência na prestação de cuidados, sendo esta entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria no sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, isto é, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. Desta forma, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados. (OE, 2007)

Desta forma, o desenvolvimento de competências pelo enfermeiro na área da gestão de cuidados é crucial para uma eficiência e qualidade de cuidados.

Competências:

18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP

23. Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP

24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP

26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP

Objetivo:

- Desenvolver competências de gestão de cuidados em contexto de Pediatria.

Atividades:

- Utilizei recursos físicos e materiais de forma eficiente;
- Demonstrei cuidado na manipulação de equipamento e material;
- Organizei os cuidados gerindo as prioridades de tempo e necessidades da criança e família;
- Observei a metodologia de gestão de stock de material clínico e medicação;
- Observei metodologia de gestão de camas, distribuição das crianças pelas camas e pelos enfermeiros;
- Observei a metodologia de liderança e supervisão da enfermeira chefe sobre a equipa;
- Geri de forma adequada as práticas de cuidados de forma a não comprometer a

- segurança, a privacidade, ou a dignidade da criança/família;
- Promovi um ambiente terapêutico e seguro, promotor da proteção dos direitos da criança.

Reflexão

De acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais a gestão de cuidados tem presente três pontos essenciais, ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, e delegação e supervisão.(OE, 2004)

Para o desenvolvimento das competências acima referidas e de acordo com o preconizado na OE, no que respeita ao ambiente seguro, na utilização dos recursos físicos e materiais, procurei manuseá-los sempre com o máximo de cuidado, garantindo o cumprimento das normas de controlo de infeção e segurança na administração de qualquer substância terapêutica.

Relativamente à própria gestão de cuidados, procurei organizar os meus cuidados gerindo as prioridades, tempo e atendendo às necessidades da criança e da família. No início de cada turno, ia conhecer e dar-me a conhecer às crianças e mães que me tinham sido distribuídas, e juntamente com elas, determinava as necessidades que eram prioritárias, por exemplo: se a mãe preferia prestar os cuidados de higiene e conforto naquela hora, preparávamos o banho, e posteriormente os cuidados de enfermagem, ou vice-versa. Sempre que possível juntava todas as intervenções de enfermagem que incluíssem o manuseio da criança num único momento, por exemplo: aquando a administração terapêutica, avaliava também os sinais vitais, isto no sentido de minimizar a manipulação da criança, e diminuir o impacto negativo da hospitalização, respeitando assim o direito nº 5 da carta dos direitos criança hospitalizada.

Em todas as minhas intervenções tive sempre presente os direitos da criança, inclusive o direito à liberdade de expressão, pelo que nas crianças de idade escolar e adolescentes, negociava com eles os cuidados, nomeadamente os horários, ou quem queria que os fizesse, se o enfermeiro, familiar ou o próprio. Em toda a minha atuação tive sempre presente o respeito pela segurança, privacidade e dignidade da criança/família.

Na gestão de cuidados, torna-se importante referir que o estabelecimento de prioridades é crucial, tal como afirma Sheehy (2001 p. 11) “ *O enfermeiro poderá identificar, no doente, uma série de problemas, que necessitem de ser abordados, no entanto, os problemas não têm todos a mesma importância. Fazer uma lista de prioridades é tão importante como a identificação dos problemas.*” Na avaliação inicial da criança, muitas vezes eram diagnosticadas necessidades de ensino em determinadas áreas, por exemplo: um latente de 4 meses, deu entrada no serviço por bronquiolite, no entanto aquando a colheita de dados para preenchimento da avaliação inicial, foi detetado alguns erros alimentares, como a ingestão de leite de vaca. Esta situação foi um foco de atenção de enfermagem, tive que ter presente, que a alimentação do latente, seria um tema abordar, contudo naquele momento de admissão e a

mãe com o seu estado de ansiedade elevada, a minha prioridade de cuidado foi o acolhimento desta ao serviço, explicando os seus direitos, as regras e rotinas próprias do serviço, esclarecendo as suas dúvidas e receios, para que assim o seu estado de ansiedade diminuísse.

Nos cuidados de saúde multidisciplinares, a articulação com outros profissionais esteve presente sempre que as necessidades da criança se justificassem, atuando num sentido de valorização de papéis e das capacidades de todos os membros. Por exemplo: aquando uma situação de internamento de criança em idade escolar com diabetes inaugural, em que é pedido colaboração do nutricionista, o enfermeiro colabora supervisionando se a dieta instituída é a fornecida pelos serviços de cozinha do hospital, e vigia a alimentação da criança. Neste ponto torna-se importante referir que durante o estágio deparei-me com várias falhas nas dietas vindas da cozinha, nomeadamente para as crianças diabéticas, e eram as enfermeiras, que na sua supervisão detetavam os erros e procuravam resolver os problemas. Se fazemos ensinamentos sobre um determinado tipo de alimentação para uma criança diabética não podemos deixar que no próprio serviço se cometam erros alimentares. Por isso é tão importante esta articulação interprofissionais, sempre num sentido de respeito e colaboração, contribuindo assim para uma qualidade de cuidados prestados na área da EESIP.

A liderança, delegação e supervisão é também um ponto defendido na gestão de cuidados pela OE, aqui procurei observar a metodologia utilizada pela enfermeira chefe no processo de liderança e na delegação de responsabilidades pelos elementos da equipa, nomeadamente responsável de turno, responsável pela requisição de material e gestão de stock, responsável por revisão de carro de urgência, entre outros.

A supervisão e chefia dos diferentes contextos de estágio estão a cargo da enfermeira chefe, que por sua vez delega funções de responsável de serviço e turno, a um elemento da equipa.

As delegações destas responsabilidades tinham em conta o tempo de serviço dos elementos de enfermagem no serviço, bem como as suas respetivas áreas de maior formação. Neste ponto, visto que as minhas enfermeiras tutoras eram detentoras destas responsabilidades, pude observar e compreender a metodologia utilizada na gestão de stock de material clínico e medicação, bem como a metodologia da gestão de camas, nomeadamente a distribuição das crianças pelas camas e pelos respetivos enfermeiros. A reposição do material de consumo clínico do CHEDV funciona como um sistema de crédito, ou seja, é atribuído um valor mensal, previamente estipulado, para os gastos do serviço e sempre que há necessidade de algum material o valor deste é descontado no referido crédito.

A metodologia utilizada quanto à distribuição da criança pelo respetivo quarto tinha presente a idade, o diagnóstico de admissão e a necessidade de cuidados e vigilância da criança. No respeito pelo direito nº6 da carta dos direitos da criança hospitalizada, procurava-se sempre que possível, juntar no mesmo quarto crianças com a mesma faixa etária, desde que os motivos de admissão não fossem muito divergentes (por exemplo: uma gastroenterite e uma

bronquiolite), e colocasse em risco a outra criança. Neste ponto torna-se importante referir a importância do respeito pela privacidade e dignidade da criança, tive uma situação em que duas adolescentes, a frequentar a mesma escola, ficaram internadas pelo mesmo motivo de admissão diabetes inaugural. Em primeira instância, pensamos em coloca-las ambas no mesmo quarto, pois pensávamos que poderia ser uma ajuda neste processo de hospitalização e impacto negativo da doença, contudo ao conversarmos com uma das adolescentes internadas e ao confrontá-la com essa possibilidade, a adolescente referiu que não queria, pois não se sentia à vontade para revelar ainda a sua doença a uma colega de escola. Com esta situação pude então refletir sobre a importância do direito da liberdade de expressão, o direito da criança/jovem ser ouvido e puder participar ativamente na tomada de decisões que lhe dizem respeito. (IAC, 2008)

Quanto à distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros em cada turno, esta tinha em conta o direito nº 9 da carta da criança hospitalizada, ou seja, era organizada de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

As enfermeiras especialistas em SIP, e aquelas com maior formação na área eram também responsáveis pelo funcionamento das consultas externas de pediatria, nomeadamente consulta de diabetes, alergologia e de desenvolvimento, em que existe uma equipa de quatro elementos responsável pela realização dessas consultas. O que no meu ponto de vista é muito positivo, pois são áreas específicas, em que a presença de um elemento de enfermagem detentor de conhecimentos profundos, atualizados e especializados na respetiva área contribui para uma melhor qualidade de cuidados nomeadamente na área de EESIP.

Nos diferentes contextos de estágio pude observar diferentes estratégias de liderança adotadas pela enfermeira chefe e enfermeiras responsáveis de turno. Contudo, observei aspetos centrais da função de um líder, como a motivação dos profissionais para o trabalho em equipa, a promoção de convívios informais saudáveis, a manutenção de uma boa relação com todos os elementos da equipa e a promoção de um ambiente harmonioso entre a equipa. Verifiquei que o processo de liderança é exigente, o líder é responsável pela manutenção de um ambiente harmonioso entre os elementos da equipa, contudo a presença de conflitos é inevitável, logo é o líder que assume a responsabilidade de gerir esses conflitos. Desta forma, exercer liderança em enfermagem é um papel exigente que requer experiência, formação e habilidades próprias.

No que respeita à colaboração na integração de novos profissionais, o meu objetivo foi compreender como o serviço e a enfermeira chefe organizam este processo. Assim, procurei saber se existia algum protocolo de integração no serviço, e perceber como funcionava, quem era responsável pela integração, a duração e as respetivas etapas. O responsável normalmente era o elemento com mais experiência profissional no serviço e se possível com maior formação adequada. O tempo de integração e as respetivas etapas eram de acordo com

a necessidade que o próprio elemento sentisse e também o próprio serviço, não havendo nenhum tempo definido. Digamos que o próprio serviço e elemento a integrar definiam a duração da integração

A supervisão clínica deverá responder a um conjunto de variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional. (Abreu, 2003)

Assim, neste âmbito observei a metodologia de supervisão aplicada pelos enfermeiros tutores responsáveis pelos alunos de licenciatura e até mesmo da especialidade, bem como da própria enfermeira chefe sobre os enfermeiros do serviço. Ao observar os diferentes métodos de supervisão deparei-me com aspetos centrais da supervisão clínica como a colaboração entre supervisor e supervisando e a importância da reflexão e análise da prática clínica. Como aluna da especialidade, fui alvo de supervisão, pelo que pude constatar que a relação que se estabelece com o supervisor e a análise reflexiva foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Também de acordo com a OE, (2009,p. 5) a supervisão “*é o processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise de prática clínica.*” Assim, considero que o método de supervisão aplicado pelas enfermeiras do serviço era adequado, pois promoviam uma tomada de decisões autónomas, baseadas na minha sustentação teórica e profissional, bem como na análise reflexiva da minha prática, sempre com respeito à segurança e qualidade de cuidados. Desta forma, penso que consegui observar e compreender a importância de aspetos centrais na supervisão clínica, que me permitiram desenvolver competências nesta área.

2.3. Domínio da Formação

Os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional não podem contentar-se em ficar apenas com aquilo que aprenderam, pelo contrário: devem, regularmente, atualizar as suas práticas e os seus conhecimentos. (Ahya, 2000)

O enfermeiro assume assim a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências, atuando no sentido de ir ao encontro das suas necessidades formativas, contribuindo para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas, aproveitando oportunidades de aprender em conjunto com os outros, e contribuindo para os cuidados de saúde. (OE, 2004)

Competências:

- 2.Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;**
- 3.Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação de enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- 4.Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**
- 25.Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;**
- 27.Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;**
- 28.Promover formação em serviço na área da EESIP;**
- 29.Colaborar na integração de novos profissionais**

Objetivo:

- Desenvolver competências na área de formação de enfermeiros

Atividades:

- Analisei o plano de formação interna de cada serviço;
- Identifiquei necessidades formativas das equipas;
- Refleti sobre pertinência de formação de acordo com as necessidades identificadas;
- Efetuei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema identificado;
- Elaborei um plano da formação;
- Realizei apresentação para formação em serviço;

Reflexão

O desenvolvimento profissional é um dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que subdivide-se na valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua. (OE, 2004)

De forma a cumprir o objetivo proposto e de acordo com as competências da OE, procurei desenvolver as minhas competências de formação, promovendo uma sessão de formação para pares no serviço, em conjunto com a colega de estágio.

A formação interna desenvolvida no CHEDV no âmbito da Pediatria é comum aos três serviços: neonatologia, urgência pediátrica e internamento de pediatria, pelo que existe apenas um plano de formação interna e as formações realizadas são dirigidas às equipas dos diferentes serviços.

Desta forma após uma observação e análise das necessidades formativas das equipas nos diferentes contextos de estágio, analisei o plano de formação interna existente. As necessidades formativas encontradas foram no âmbito da gestão da dor e na parceria de cuidados. Analisando o plano de formação interna e discutindo com as enfermeiras

responsáveis pela formação interna a pertinência das temáticas, foi constatado de que já tinha existido formação a nível da dor, e confirmava-se a ausência de formação a nível da parceria de cuidados. Assim, este foi o tema proposto para a formação, e que foi aceite.

O objetivo inicial da formação prendia-se essencialmente com o compreender a perceção dos pais face ao modelo de parceria de cuidados. Inicialmente pretendia aplicar um questionário no serviço aos pais sobre a negociação de cuidados, para que pudesse compreender a perspetiva destes face a esta temática. Após uma pesquisa bibliográfica, e com a orientação das professoras, foi sugerida a aplicação do questionário da autoria de Young, et al.,(2006) aplicado no estudo intitulado “*Negotiation of care for a hospitalised child:parental perspectives*” que foi devidamente traduzido e validado por Antunes (2010).

A aplicação do questionário foi submetida a avaliação da enfermeira chefe e enfermeiro diretor, que consideraram que para a sua aplicação, este deveria ser submetido à comissão de ética. Desta forma, a aplicação do questionário no serviço não foi possível, devido às limitações temporais do estágio. Assim, optamos por planear uma formação em serviço sobre a negociação de cuidados onde analisamos pormenorizadamente os resultados do estudo “*Negotiation of care for a hospitalised child:parental perspectives*”, e comunicamos aos enfermeiros as conclusões mais importantes deste. Para além da análise do estudo, fizemos uma pequena fundamentação teórica sobre a parceria de cuidados e a negociação, na qual recorremos à análise de vários artigos e trabalhos publicados.

Vários estudos apontam para as vantagens da adoção do modelo de parceria de cuidados em pediatria, o impacto da hospitalização a todos os níveis quer na criança ou na família assume um importante foco de atenção, que pode ser minimizado com a aplicação deste modelo.

Casey, et al., (1988) criou o seu modelo de parceria dos cuidados, direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, identifica a criança e família como parceiros ativos na saúde, na qual o enfermeiro cuida, ensina, apoia e referencia de acordo com o ambiente.

O princípio fundamental deste modelo assenta no reconhecimento dos pais como os melhores prestadores de cuidados da criança. Este cuidar em parceria implica assim a existência de uma relação empática e de confiança entre enfermeira e criança/família, na medida em que este assenta numa partilha de competências entre ambos, e uma tomada de decisão informada. O processo contante de negociação entre enfermeiro e família é então fundamental para o sucesso desta relação.

Para compreendermos a perceção dos pais face a este modelo, decidimos analisar resumidamente o estudo “*Negotiation of care for hospitalised child:parental perspectives*” (Young, et al., 2006). Este estudo avalia a perspetiva dos pais relativamente à negociação de cuidados em quatro categorias: comunicação, negociação, participação nos cuidados e presença. Deste estudo concluiu-se que os pais valorizam positivamente a comunicação efetuada pela equipa de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada, nomeadamente no fornecimento de informação relativa ao seu estado de saúde. No que respeita ao nível de

participação nos cuidados, os pais consideram que este nem sempre é discutido com a equipa, pois apesar de compreenderem o seu papel e o da equipa de enfermagem, não se sentem à vontade de a informar que não querem participar, pelo que se pode concluir que nem sempre é efetuada uma correta negociação com os pais. Quanto à presença destes, eles consideram que a sua presença durante a hospitalização da criança é crucial, pelo que deve ser permanente.

A fundamentação teórica para a elaboração da formação e o plano da mesma, encontram-se descritos em anexo. (Anexo VII e VIII)

A formação foi realizada no decorrer no módulo II, em contexto de internamento, contudo como foi referido anteriormente foi dirigida às equipas dos diferentes contextos de estágio.

Por motivos inerentes à dinâmica do serviço, não houve oportunidade de apresentação oral da formação aos enfermeiros, pelo que foi apenas disponibilizado o trabalho escrito da apresentação, para que toda a equipa tivesse acesso ao trabalho realizado. (Anexo VIII)

Como não houve apresentação formal da formação, a avaliação da sessão não foi realizada

A não apresentação formal da formação foi uma barreira no desenvolvimento da competência de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, contudo penso que todo o percurso para a realização da formação foi positivo e embora não tenha tido oportunidade de comunicar no âmbito de formação em contexto formal, penso que informalmente com a realização e disponibilização do trabalho escrito, consegui atingir competências de formação nomeadamente na formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade como a parceria de cuidados, identificando as necessidades formativas, e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

2.4. Domínio da Investigação

De acordo com o art.º7, ponto 1, alínea j, do decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro ao enfermeiro compete “utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para melhoria dos cuidados de enfermagem”, desta forma tive sempre presente uma prática baseada na evidência científica.

Competências:

6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas,

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

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

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

Objetivo:

- Desenvolver competências de investigação na área da especialidade

Atividades:

- Pesquisei e analisei artigos científicos sobre a área da EESIP;
- Analisei criticamente os resultados da investigação;
- Incorporei na prática resultados de investigação válidos;
- Refleti sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Reflexão

Tal como já fui evidenciando ao longo do relatório a pesquisa bibliográfica e a análise de estudos científicos foram uma constante ao longo do estágio.

Procurei sempre basear a minha prática na evidência científica, aplicando resultados da investigação na prática.

O estudo “Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria” de Pereira, et al., (2010) foi uma base importante para o desenvolvimento da atividade do brincar como instrumento terapêutico. De acordo com este estudo o brincar quando utilizado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização e cirurgia. Assim, tal como já referi durante a minha prática, em muitas situações, utilizei o brincar não só como meio de construir uma relação de confiança, mas também de forma a obter resultados terapêuticos, como o bem-estar da criança, um maior autocontrolo e capacidade de lidar com a situação. Evidências comprovadas neste estudo.

Como primeira experiência profissional com crianças em contexto cirúrgico nomeadamente peri operatório, tornou-se para mim fundamental, pesquisar e refletir sobre esta temática. Aqui, o artigo de investigação “A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada” de Teixeira, et al.,(2009) permitiu-me compreender as dificuldades que as crianças sem uma intervenção de enfermagem pré-operatória podem vivenciar, e assim procurei promover uma prática o mais atenuante possível das mesmas. O estudo compara crianças em idade escolar, um grupo submetido a intervenção de enfermagem pré-operatória e outro sem intervenção. Neste estudo conclui-se que as crianças com intervenção de enfermagem pré-operatória, quando comparadas com as outras, revelam uma maior compreensão e aceitação não só da cirurgia, como também dos procedimentos de que são alvo. Assim, na medida em que no local de estágio, não existia consulta de enfermagem pré-operatória, a assistência da criança neste contexto cirúrgico, nomeadamente pré-operatório foi mais exigente, pelo que baseei a minha prática nos resultados científicos.

No contexto da doença crónica e da parceria de cuidados, a tese de mestrado “Parceiros no Cuidar: a perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com

doença crónica” de Pedro (2009) foi um grande contributo para a minha atuação. Este estudo refletiu sobre a perspetiva do enfermeiro no cuidar em parceria com a família em contexto de criança com doença crónica, o que reforçou a minha prática, visto que os enfermeiros participantes no estudo identificaram pontos cruciais para o cuidar em parceria com a família, como competências dos enfermeiros, competências dos pais, o trabalho em equipa e os recursos na comunidade.

O impacto da doença e hospitalização da criança e família, bem como o modelo de parceria de cuidados foram alvo da minha pesquisa, análise e reflexão. Foram vários os autores e trabalhos publicados que sustentaram a minha prática, contudo vou destacar apenas alguns.

No que respeita à parceria de cuidados os artigos “Partnership in care: paediatric nursing model” de Farrel (1992) e Partnership in practice de Casey, et al.,(1988) foram cruciais para a compreensão do modelo de parceria de cuidados, da sua importância em contexto de pediatria e nomeadamente do papel do enfermeiro. Foi então com base neste modelo que fundamentei a minha assistência à criança/jovem e família nos diferentes contextos.

O estudo “Negotiation of care for a hospitalised child:parental perspectives” de Young, et al., (2006), foi relevante para a minha atuação, nomeadamente no que respeita à negociação de cuidados, através da análise deste estudo, compreendi as perspetivas dos pais face à parceria de cuidados, bem como os aspetos mais valorizados por estes, o que me levou ao reforço dos mesmos, como por exemplo: importância do fornecimento da informação sobre o estado da criança e sobre os tratamentos. Este estudo foi realizado no Hospital Pediátrico de Queensland, Austrália e foram aplicados 225 questionários (122 em contexto cirúrgico) e 103 (contexto de doença aguda e crónica). O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário de 24 itens, agrupados posteriormente em quatro categorias: comunicação, negociação, participação nos cuidados, presença. O objetivo do estudo foi avaliar a perspetiva dos pais relativamente à negociação de cuidados nas respetivas categorias.

O trajeto realizado para a elaboração da formação contribui também para o desenvolvimento de competências na área da investigação, na medida em que para a sua consecução foram seguidas e analisadas etapas de investigação.

Em consideração à competência de participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP, considero que o fato de como referi no ponto anterior, termos apresentado para discussão um estudo científico e termos inicialmente sugerido a aplicação do respetivo questionário no serviço, suscitou interesse nos colegas, em poderem vir a realizar um trabalho de investigação nesta área.

Desta forma, pelo que anteriormente foi descrito considero ao longo do estágio ter desenvolvido várias competências na área da investigação.

3. CONCLUSÃO

Ao finalizar e constatar com toda a aprendizagem adquirida ao longo do estágio, todo o meu empenho e dedicação tornou-se recompensado pela grandiosa contribuição deste para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha experiência profissional na área dos cuidados de saúde primários, tornou-me detentora de competências que o plano de estudos da ICS contemplava, pelo qual foi-me concedida a creditação ao módulo I de estágio.

A assistência à criança e sua família em contexto saudável no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença é uma prática comum no meu contexto profissional, na qual desenvolvo diversas competências na área da saúde infantil nos diferentes domínios de atuação de enfermagem. Contudo a realização do estágio permitiu que novas competências fossem desenvolvidas e outras aperfeiçoadas.

Refletindo sobre todo o estágio torna-se fundamental, referir que este foi privilegiado em novas situações de aprendizagens e experiências únicas proporcionadoras do desenvolvimento das mais diversas competências nos diferentes domínios de atividade, nomeadamente prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação

A abrangência da idade pediátrica, a assistência da criança/jovem e família nos diferentes contextos como doença aguda, crónica, cirúrgica e risco social foram um verdadeiro desafio enquanto profissional e aluna, na medida em que foram novas situações de aprendizagem.

Com uma experiência profissional prévia somente em cuidados de saúde primários, num contexto saudável, assistir a criança e sua família em contexto de doença e hospitalização surgiu como uma dificuldade. Contudo com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, a pesquisa, a prática e reflexão diária, bem como a disponibilidade da equipa e orientação proporcionada pelas enfermeiras tutoras, considero que evolui de forma positiva, desenvolvendo o meu processo de aprendizagem, autonomia e autoconfiança, atingindo os objetivos pessoais a que me propus, no sentido de desenvolver as competências definidas.

A pesquisa bibliográfica, o estudo e análise de artigos científicos de forma a fundamentar a minha prática e a produzir um discurso tendo em consideração diferentes perspetivas foram uma constante no decorrer do estágio.

Em todos os contextos de estágio e nos diferentes domínios apliquei conhecimentos científicos aprofundados provenientes da minha formação inicial, pós-graduada e experiência profissional. Abordei questões complexas e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional na área da saúde infantil e pediátrica, como a parentalidade, o impacto da doença e hospitalização, parceria de cuidados e a dor em pediatria.

A articulação da teoria decorrente do percurso acadêmico, a pesquisa bibliográfica e a prática clínica do estágio contribuíram para o aprofundamento de conhecimentos da área da saúde infantil e pediátrica, bem como para uma maior compreensão e capacidade de resolução de questões específicas e complexas desta área em contextos alargados e multidisciplinares.

A partilha de experiências e conhecimentos com as enfermeiras tutoras foram também importantes momentos de aprendizagem e reflexão sobre as problemáticas atuais da área da especialização.

É através da reflexão no que somos e no que fazemos que desenvolvemos novas apreciações, desta forma toda aprendizagem adquirida ao longo do curso e do estágio não poderia deixar de ser complementada com a reflexão sobre o meu desempenho e as experiências vividas, nomeadamente com a consecução deste relatório de estágio.

A realização deste relatório foi o culminar de todo este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências do curso de mestrado com especialização em saúde infantil e pediátrica, constituindo assim um momento privilegiado de reflexão sobre a minha própria experiência profissional, sobre o meu percurso de estágio e sobre as competências desenvolvidas.

Ao finalizar com todo este percurso considero que atingi os objetivos pessoais iniciais a que me propus, desenvolvendo as competências definidas no plano de estudos.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, Wilson. 2003. *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde.* Coimbra : Formasau, 2003.

Ahya, Patra. 2000. *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Cuidar: Ética e Práticas.* Loures : Lusociência, 2000.

Almeida, Brigida. 2010. *Relatório de Estágio.* Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2010.

Amaral, Nádea. 2009. *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados:a visão das enfermeiras.Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

Antunes, Ana. 2010. *Relatório de Estágio.* Porto : Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2010.

Armelin, Cláudia, et al. 2005. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento humano.* 2005, pp. 45-53.

Batalha, Luis. 2005. As dificuldades da quantificação exata da dor. *Servir.* 2005, pp. 166-174.

Casey, Anne. 1993. Development and use of partnership model of nursing care. *GLASPER,E.A;TUCHER,A. - Advances in child health nursing.* 1993.

Casey, Anne e Mobbs, Sara. 1988. Partnership in practice. *Nursing Times.* 44, 1988, Vol. 84.

Cepêda, Teresa, Brito, Isabel e Heitor, Maria João. 2006. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: manual de orientação para profissionais de saúde.* Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2006.

Chalifour, Jacques. 2007. *A Intervenção Terapêutica.Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.* Loures : Lusodidacta, 2007.

Collière, Marie. 1999. *Promover a vida.Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa : Lidel, 1999.

DGS. 2010. *Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças.* Lisboa : Circular Informativa nº14/DGS/DGCG 2010, 2010.

DGS. 2012. Plataforma contra a obesidade. *Direção Geral da Saúde.* [Online] Ministério da Saúde, 2012. [Citação: 23 de Fevereiro de 2012.] <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>.

DGS. 2005. Saúde Infantil e Juvenil Programa- Tipo de Actuação. Lisboa : s.n., 2005.

DGS.2010. Semana Europeia da Vacinação. *Direção Geral da Saúde.* [Online] Ministério da

Saúde, 23 de Abril de 2010. [Citação: 25 de Fevereiro de 2012.] <http://www.dgs.pt>.

Estevão, Claudia, Serafim, Sandra e Duarte, Silvia. 2007. Musicoterapia em Neonatologia. *Nursing*. Abril de 2007, pp. 40-43.

Farrel, Michael. 1992. Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*. 1992, pp. 175-176.

Ferreira, M. 1996. *O internamento na adolescência. Dissertação de Mestrado*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 1996.

Ferreira, Manuela e Costa, Maria. 2004. Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bébé pré-termo. *Revista Millenium*. 2004, pp. 51-58.

Fortin, Marie Fabienne. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

Hesbeen, Walter. 2000. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures : Lusociência, 2000.

Hockenberry, Marylin, Wilson, David e Winkelstein, Marylin. 2006. *Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006.

IAC. 2008. Carta da criança hospitalizada. *Instituto de Apoio à Criança*. [Online] Maio de 2008. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.iacrianca.pt/>.

Inês, Isilda. 2003. *A comunicação em situações de crise: homenagem a José Cardoso Pires e à obra –De profundis Valsa Lenta*. 2003. pp. 29-32.

Loureiro, Helena. 2004. Eficácia em Vacinação: Elementos Essenciais na Prática de Enfermagem. *Referência*. Novembro de 2004, pp. 61-72.

Nascimento, Helena. 2010. *A dor no recém-nascido numa UCI: concepções e práticas de enfermagem. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem*. Porto : Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010.

Noronha, Nelsimar. 2007. *A Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul . . Brasília : Secretaria de Estado de Saúde, 2007.*

OE. 2004. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2004.

OE. 2009. *Modelo de desenvolvimento profissional: pela segurança dos cuidados*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2009.

OE. 2002. *Padrões de qualidade de cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002.

- OE. 2007.** *Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2007.
- Pedro, Gomes. 1997.** *Viver numa Unidade Especiais para recém-nascido- um risco, uma oportunidade.* Porto : Departamento de Pediatria e Medicina, 1997. pp. 67-73.
- Pedro, João. 2009.** *Parceiros no Cuidar:a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica.Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.
- Pereira, Ana M, et al. 2010.** *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de brincar:analizando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de Pediatria. Pensar em Enfermagem.* Setembro de 2010, pp. 24-38.
- Prazeres, Vasco. 1998.** *Saúde dos Adolescentes - princípios orientadores.* Lisboa : Direção Geral da Saúde, 1998.
- Sá-Chaves, Idália. 2000.** *Portfólios reflexivos:estratégias de formação e de supervisão.* Aveiro : Unidade de Investigação Didática e tecnologia na formação de formadores da Universidade de Aveiro, 2000.
- Santos, Idalina. 1999.** *Alcoolismo na adolescência - que intervenção? Revista Nursing.* Setembro de 1999, pp. 38-39.
- Santos, López. 2000.** *El nuevo enfoque de atención a la salud.* 2000. pp. 27-35.
- Schechter, Neil [et al]. 2007.** *Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review.* 2007. pp. 1184-1198.
- Sheehy, Susan. 2001.** *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática.* Loures : Lusociência, 2001.
- Shields, Linda, Pratt, Jan e Hunter, Judith. 2006.** *Family centred care:a review of qualitative studies.* 2006, pp. 1317-1323.
- Silva, Ana. 2006.** *Cuidar do recém-nascido- o enfermeiro como promotor das competências parentais.* Lisboa : Universidade Aberta de Lisboa, 2006.
- Silva, Maria, et al. 2009.** *Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. Revista Referência.* Dezembro de 2009, pp. 37-46.
- Teixeira, Esmeralda e Figueiredo, Maria. 2009.** *A experiência da criança no periopertório de cirurgia programada. Revista Referência.* Março de 2009, pp. 7-14.
- Vieira, Maria e Lima, Regina. 2002.** *Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Revista Latino Americana de Enfermagem.* Agosto de 2002, pp. 552-560.

Young, Jeanine, et al. 2006. Negotioation of care for a hospitalised child:parental perspectives. *Neonatal, Paediatric and child health nursing*. july de 2006, pp. 4-13.

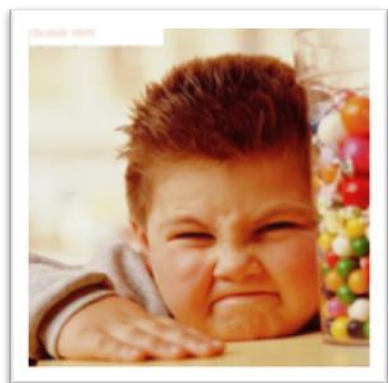
Legislação consultada:

Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. Diário da República I Série - A. 257

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros.

ANEXOS

ANEXO I- Projeto de investigação Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças com 5-6 anos de idade



PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS COM 5-6 ANOS DE IDADE

Autores: Unidade de Saúde Familiar de Fiães

Resumo

Palavras – chave: obesity, children, portugal

Introdução: O problema do excesso de peso e obesidade foi considerado pela OMS como a epidemia global do século XXI e atravessa todos os grupos etários. A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias. Uma vez que não existem dados acerca da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil na Unidade de Saúde Familiar de Fiães e por todas as problemáticas inerentes a este tema, parece-nos pertinente realizar um estudo que o foque.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é determinar a prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças com 5 e 6 anos de idade. Paralelamente, pretende-se verificar se existe associação entre estes e alguns fatores sociofamiliares.

Material e métodos: Realizar-se-á um estudo analítico transversal numa amostra esperada de indivíduos com idades compreendidas entre os 5 e os 6 anos de idade.

Introdução

O problema do excesso de peso e obesidade foi considerado pela OMS como a epidemia global do século XXI e atravessa todos os grupos etários. A procura duma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias.

Muitas crianças e adolescentes obesos vão permanecer adultos obesos, antecipando desde logo algumas das complicações outrora só observáveis na idade adulta, como por exemplo, a Diabetes Mellitus tipo 2. As crianças obesas também podem desenvolver outras doenças cardiovasculares. As principais consequências cardiovasculares da obesidade infantil são a doença coronária subclínica e aterosclerose. Vários fatores de risco cardiovascular mostraram estar associados com a obesidade infantil: a Hipertensão Arterial, a Dislipidemia, a Hiperinsulinemia e mudanças adversas na massa do ventrículo esquerdo. Além disso, vários estudos demonstram que a obesidade na infância e adolescência está associada a baixa autoestima, depressão, distúrbios alimentares, como por exemplo, a bulimia. Além disso, também referem que a obesidade na infância está associada a um risco aumentado de desenvolvimento de asma e exacerbação da asma pré-existente e a presença de anomalias da estrutura e função do pé.

A evidência atual sugere que fatores de risco existentes na infância se mantêm até à idade adulta, particularmente, os efeitos na tensão arterial, no perfil lipídico e na síntese da glucose.

A compreensão do fenómeno da Obesidade Infantil é fundamental mas, ao mesmo tempo complexa, já que interagem neste processo inúmeros fatores desde genéticos a ambientais, mas sobretudo dever-se-ão conhecer os aspetos principais da vida de uma criança, que contribuem para este processo.

A causa mais frequente para o ganho de peso é o balanço energético positivo, resultante de um excesso de ingestão de calorias relativamente aos gastos.

Muitos fatores, que normalmente atuam em conjunto, contribuem para o risco de as crianças adquirirem um peso excessivo, tais como:

Dieta – O consumo regular de alimentos muito calóricos.

Sedentarismo – A televisão, os videojogos e os computadores têm contribuído de forma decisiva para a inatividade infantil. Com relação ao hábito de assistir televisão, o tempo despendido diariamente diante de uma televisão tem servido como indicador de vida sedentária e determinante da obesidade, uma vez que o hábito poderá diminuir a prática desportiva de lazer e aumentar o consumo energético.

Genética – Se os familiares da criança já têm problemas de excesso de peso, pode haver uma predisposição genética para este ganho de peso.

Fatores psicológicos – Algumas crianças comem demasiado como forma de superar os problemas ou, para lidar com as emoções, como o stress ou a tristeza. Normalmente, os familiares também têm estas tendências.

Fatores familiares/ Sociais – Crianças pertencentes a famílias com baixos rendimentos, têm maior risco de se tornarem obesas. Pobreza e obesidade estão frequentemente associadas, devido aos baixos salários, que não dão tempo nem possibilidades de fazer uma alimentação saudável e, onde o exercício não é prioridade.

Para avaliar corretamente o estado nutricional das crianças, na edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil distribuída no início de 2005, a utilização do índice Peso/Estatura foi substituída pela utilização do IMC/idade. As curvas do IMC permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também aqueles em risco de virem a sê-lo. Este desvio é particularmente importante se o afastamento do percentil do IMC ocorrer fora dos períodos de deposição fisiológica de gordura (primeiro ano de vida e pré puberdade).

Os critérios adotados são:

- **Índice de Massa Corporal (IMC)** = $\text{Peso (Kg)}/\text{Estatura (m)}^2$
- **Excesso de peso** – IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo
- **Obesidade** – IMC acima do percentil 95 para a idade e sexo

Portugal é um dos países europeus que possui valores de prevalência de Obesidade Infantil mais elevados. Em Coimbra, no ano de 2001, Rito realizou um estudo com crianças dos 3 aos 6 anos, que revelou que 31,9% apresentavam excesso de peso e

10,5% obesidade. Num estudo realizado em 2004 por Padez et al, 31,5% de crianças dos 7-9 anos apresentavam excesso de peso, entre as quais 11,3% eram obesas.

Uma vez que não existem dados acerca da prevalência do excesso de peso e obesidade infantil na Unidade de Saúde Familiar de Fiães por todas as problemáticas inerentes a este tema, parece-nos pertinente realizar um estudo que o foque.

Objetivos

O objetivo principal deste estudo é determinar a prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças com 5 e 6 anos de idade. Paralelamente, pretende-se verificar se existe associação entre estes e alguns fatores sociofamiliares.

Material e Métodos

Será realizado um estudo transversal e analítico com colheita dos dados durante os anos de 2011, 2012 e 2013.

A população estudada será as crianças elegíveis para a realização do Exame Global de Saúde dos 5 e 6 anos de idade e que se encontram inscritas na Unidade de Saúde Familiar de Fiães. Serão excluídas as crianças com excesso de peso/obesidade de causa secundária.

Serão estudadas as variáveis apresentadas na seguinte tabela:

| Variável | Definição |
|-----------------|---|
| Sexo | Género do indivíduo. Considera-se “masculino” ou “feminino”. |
| Idade | Número de anos completos até à data da realização do questionário. |
| Excesso de Peso | IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo de acordo com as curvas do IMC/idade do BSIJ. |
| Obesidade | IMC superior ou igual ao percentil 95 para a idade e sexo de acordo com as curvas do IMC/idade do BSIJ. |

| | |
|-------------|---|
| Peso normal | IMC compreendido entre o percentil 5 e 85 para a idade e sexo de acordo com as curvas do IMC/idade do BSIJ. |
|-------------|---|

Tabela I – Definição das variáveis

As crianças serão convidadas para a realização do Exame Global de Saúde dos 5-6 anos de idade por via bilhete-postal. No ato da inscrição na consulta será fornecido aos pais/acompanhante um questionário (Anexo A1) de autopreenchimento, que estes deverão entregar ao enfermeiro aquando do ato da consulta.

O questionário terá 14 perguntas, de carácter anónimo, e será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o direito de não-resposta.

Os dados recolhidos serão codificados e registados em base de dados informática – software *Statistical Package for Social Sciences for Windows version 15.0* – SPSS 15.0 (salvaguarda-se a possibilidade de construir a base de dados usando o Microsoft Excel). Serão determinados os resultados referentes à estatística descritiva e à estatística inferencial, utilizando o teste de Qui-quadrado para a comparação de proporções. O nível de significância adotado será de 0,05 (p).

Cronograma

O estudo terá a duração de 3 anos (Janeiro de 2011 a Dezembro de 2013).

Recursos Humanos e Materiais**Recursos Humanos:**

- † a recolha e introdução de dados em base informática e posterior análise será realizada pelos enfermeiros/médicos de família da USF;
- † as secretárias clínicas serão responsáveis pelo envio do bilhete-postal e fornecimento do questionário;

Recursos Materiais:

- ☞ a recolha de dados neste estudo será feita com base no questionário em anexo;
- ☞ a análise dos dados será feita pelos investigadores em computadores pessoais utilizando o seguinte software:

- Microsoft Excel para gravação dos dados
- SPSS for Windows versão 15.0 para análise de dados

Financiamento:

Não será solicitado qualquer financiamento.

Bibliografia

1. www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt
2. Direcção Geral da Saúde. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Actualização das curvas de crescimento. Circular Normativa nº 5/DSMIA de 21/02/2006.
3. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa nº 3/DGCG de 17/03/2005.
4. Padez, Cristina. Prevalência da obesidade na infância. Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, 2004.
5. www.obesidade.online.pt. Ana Rito. Questionário de Frequência alimentar e hábitos alimentares saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos. 2007.
6. Lobstein, T. et al. Obesity in children and young people: a Crisis in Public Health. Obesity Reviews (2004) 5 (Suppl.1), 4-85.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity in children and young people. A national clinical guideline. April 2003.

Anexo A1**QUESTIONÁRIO - PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS COM 5-6 ANOS DE IDADE**

Este estudo tem como finalidade determinar a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças com 5 e 6 anos de idade inscritas na Unidade de Saúde Familiar de Fiães. Os dados serão tratados de forma confidencial. Agradecemos a sua colaboração.

Dados socioeconómicos

Assinale com um X a(s) sua(s) resposta(s), ou preencha os espaços indicados:

1. Questionário respondido por:

Pai__ Mãe__ Irmão__ Outro, qual? _____

2. Nome da criança

Data de nascimento ___/___/_____

Sexo: Masculino__ Feminino__

3. Quais são as pessoas que moram com a criança? (*não incluir a criança que está a ser examinada*)

Pai biológico__ Mãe biológica__ Pai adoptivo__ Mãe adoptiva__ Avô__ Avó__

Irmãos (nº) _____ Outros

(nº) _____

A partir deste ponto considerar o pai e a mãe que moram com a criança:

4. Sabe ler e escrever?

4.1. Pai: Sim__ Não__ Só assinar__

4.2. Mãe: Sim__ Não__ Só assinar__

5. Qual o nível de escolaridade? (*assinalar o último ano frequentado*)

5.1. Pai: 1ª classe___ 2ª classe___ 3ª classe___ 4ª classe___

5º ano___ 6º ano___

7º ano___ 8º ano___ 9º ano___

10º ano___ 11º ano___ 12º ano___

Frequência de Faculdade___ Bacharelato___ Licenciatura___

Pós-graduação___ Mestrado___ Doutoramento___

5.2. Mãe: 1ª classe___ 2ª classe___ 3ª classe___ 4ª classe___

5º ano___ 6º ano___

7º ano___ 8º ano___ 9º ano___

10º ano___ 11º ano___ 12º ano___

Frequência de Faculdade___ Bacharelato___ Licenciatura___

Pós-graduação___ Mestrado___ Doutoramento___

6. Está a trabalhar neste momento?

6.1. Pai: Sim___ Desempregado___ Inválido___

6.2. Mãe: Sim___ Desempregada___ Inválida___

Dados da criança

7. A sua criança nasceu com quantos meses ou semanas de gestação?_____

8. Diga-nos o comprimento e o peso da criança quando nasceu:

Peso_____ Comprimento_____

9. Durante quanto tempo foi amamentado **só com leite materno**?

9.1. Não foi amamentado___

9.2. Foi amamentado: quanto tempo _____ dias

_____ semanas

_____ meses

10. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o (a) menino (a) a ver televisão?

(junte todos os momentos que a criança vê TV e indique um tempo aproximado em cada dia)

| | 2ª feira | 3ª feira | 4ªfeira | 5ªfeira | 6ªfeira | sábado | domingo |
|----------------------------------|----------|----------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Quantos minutos ou horas por dia | | | | | | | |

11. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o (a) menino (a) a jogar computador, *Playstation®* ou outros jogos interactivos?

(junte todos os momentos que a criança está a jogar e indique um tempo aproximado em cada dia)

| | 2ª feira | 3ª feira | 4ªfeira | 5ªfeira | 6ªfeira | sábado | domingo |
|----------------------------------|----------|----------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Quantos minutos ou horas por dia | | | | | | | |

12. Para além da escola, o seu filho (a) participa em algum desporto ou actividade física programada, do tipo natação, ginástica, dança, futebol, voleibol, etc?

Não ___

Sim ___ Qual? _____

Quanto tempo por semana?

___ horas ___ minutos

13. Quanto tempo em média, dorme o seu filho (a) durante a noite?

___ horas ___ minutos

14. Durante o dia, quanto tempo em média, dorme o seu filho (a)? *(Inclua o tempo que passa normalmente a dormir na escola. Caso não durma durante o dia coloque 0)*

___ horas ___ minutos

Muito Obrigada pela sua participação!

ANEXO II – NEONATOLOGIA

1.CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), surge no módulo III a realização do estágio nos serviços de urgência pediátrica e serviços de neonatologia.

O estágio de Neonatologia teve início no dia 3 de Outubro de 2011 e término a 30 de Outubro de 2011, num total de 90h, foi realizado no serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga – Hospital São Sebastião, sendo orientado pela Enfermeira Mónica Gomes e pela professora Constança Festas.

1.1.Horário

De forma a dar resposta aos objetivos e horas de estágio foi realizado o seguinte horário, nos respetivos serviços:

Neonatologia

| Dia | Turno | Horas |
|--------------|-------|-------|
| 03-Out | Manhã | 7h |
| 06-Out | Manhã | 7h |
| 10-Out | Manhã | 7h |
| 11-Out | Manhã | 7h |
| 12-Out | Manhã | 7h |
| 13-Out | Tarde | 7h |
| 14-Out | Manhã | 7h |
| 18-Out | Manhã | 7h |
| 19-Out | Manhã | 7h |
| 20-Out | Manhã | 7h |
| 24-Out | Manhã | 7h |
| 25-Out | Tarde | 7h |
| 26-Out | Manhã | 7h |
| Total | | 91h |

2.CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga corresponde à unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais. Situa-se na unidade de Santa Maria da Feira, Hospital São Sebastião, este é responsável por cerca de 340.000 habitantes, residentes nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias).

A neonatologia desta unidade apresenta capacidade para 10 internamentos, quatro de cuidados intensivos, cinco de cuidados intermédios e uma de isolamento.

Nesta unidade são admitidos recém-nascidos de risco que apresentem necessidade de cuidados especializados e monitorização contínua, e são provenientes essencialmente do núcleo de partos e do serviço de obstetria. O recém-nascido pode estar acompanhado pela mãe, pai ou ambos das 8h às 24h, durante o período da noite não são permitidas visitas. Das 16h às 21h tem direito a duas visitas, no máximo de cinco minutos cada uma, quando acompanhada por um dos progenitores. Na unidade não são permitidas mais do que duas visitas em simultâneo, incluindo os próprios pais.

A equipa de enfermagem utiliza como metodologia de trabalho o método individual, em que é atribuído a cada enfermeiro um determinado número de recém-nascidos, e este é responsável por todos os seus cuidados. Contudo o espírito de trabalho em equipa está também presente. Os registos de enfermagem são efectuados manualmente no processo do recém-nascido, e para preparação de medicação é usado o sistema de cartões.

O modelo de enfermagem que procura-se adoptar é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

3. OBJETIVOS PESSOAIS/ESPECIFICOS

Para a consecução dos objetivos gerais e aquisição das competências pretendidas, defini para cada estágio um conjunto de objetivos pessoais:

1. Conhecer a dinâmica e as metodologias de organização dos cuidados de enfermagem do serviço de Neonatologia;
2. Demonstrar capacidade de utilizar adequadamente às necessidades os recursos físicos e materiais de forma a promover qualidade;
3. Assistir a criança e família em contexto de Neonatologia, segundo metodologia científica do processo de enfermagem;
4. Aprofundar competências de avaliação e gestão de dor em pediatria, nomeadamente em Neonatologia;
5. Promover a vinculação e a amamentação;
6. Implementar e gerir em parceria um plano de cuidados, promotor da parentalidade.
7. Aprofundar competências de comunicação, orientação e negociação com a família;
8. Promover um ambiente terapêutico e seguro.
9. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
10. Conhecer o papel do enfermeiro especialista em contexto de serviço de Neonatologia;
11. Analisar criticamente os focos de enfermagem mais comuns no serviço de Neonatologia;
1. Analisar criticamente os focos de enfermagem mais comuns no serviço de Urgência Pediátrica.

ANEXO III – URGÊNCIA PEDIATRICA

I. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), surge no módulo III a realização do estágio nos serviços de urgência pediátrica e serviços de neonatologia.

O estágio de Urgência Pediátrica teve início no dia 31 de Outubro de 2011 e término a 27 de Novembro de 2011, num total de 90h, foi realizado no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga – Hospital São Sebastião, sendo orientado pela Enfermeira Paula Fontoura e pela professora Constança Festas.

1.1. Horário

De forma a dar resposta aos objetivos e horas de estágio foi realizado o seguinte horário:

Urgência Pediátrica

| Dia | Turno | Horas |
|--------------|--------------|--------------|
| 31-Out | Tarde | 7h |
| 3-Nov | Tarde | 7h |
| 4-Nov | Noite | 10h |
| 8-Nov | Tarde | 7h |
| 9-Nov | Manhã | 7h |
| 12-Nov | Manhã | 7h |
| 13-Nov | Tarde | 7h |
| 14-Nov | Tarde | 7h |
| 15-Nov | Manhã | 7h |
| 17-Nov | Manhã/Tarde | 14h |
| 18- Nov | Noite | 10h |
| Total | | 90 h |

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, situa-se na unidade de Santa Maria da Feira, e é responsável pelo atendimento urgente dos cidadãos dos 0 aos 17 anos e 364 dias. Este serviço é composto por 4 gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de nebulizações, um gabinete de triagem, um gabinete de enfermagem, um quarto de isolamento, e uma unidade de internamento. A equipa é constituída por quatro pediatras, duas a três enfermeiras, e uma a duas assistentes operacionais por turno.

Um elemento de enfermagem realiza a triagem, no momento atual não utilizam a triagem de Manchester, visto que respeitam um protocolo próprio do serviço, em que é valorizado a observação e a informação fornecida pelo próprio ou acompanhante. De acordo, com a avaliação efetuada é então definida uma prioridade de atendimento, em que os mais urgentes ou que necessitam de um atendimento prioritário são triados para a designada “Pediatria”, enquanto os de carácter menos urgente são triados para os designados como “gabinetes urgentes”. Em ambos, a criança/jovem é atendido por pediatras e tem a mesma disponibilidade de recursos, a diferença é apenas na prioridade de atendimento.

O serviço de urgência pediátrica dispõe da possibilidade de realizar vários exames complementares: análises de sangue e urina (carácter urgente), exames radiológicos (Rx, TAC e ecografia), administração de terapêutica e realização de aerossóis. Na necessidade de internamentos inferiores a 24h, este dispõe também de uma unidade de internamento, designada por OBS, com capacidade para 7 crianças/jovens, podendo alargar até um máximo de 10.

A criança/jovem tem direito à presença permanente de um acompanhante, tendo este a possibilidade de revezar-se.

3. OBJETIVOS PESSOAIS/ESPECIFICOS

Para a consecução dos objetivos gerais e aquisição das competências pretendidas, defini para cada estágio um conjunto de objetivos pessoais:

1. Conhecer a dinâmica e as metodologias de organização dos cuidados de enfermagem do serviço de Urgência Pediátrica (SU);
2. Demonstrar capacidade de utilizar adequadamente às necessidades os recursos físicos e materiais de forma a promover qualidade;
3. Assistir a criança/jovem em situação urgente ou emergente segundo metodologia científica do processo de enfermagem;
4. Aprofundar competências de avaliação e gestão de dor em pediatria, nomeadamente no SU.
5. Conhecer e compreender o processo de triagem à criança/família em contexto de serviço de Urgência Pediátrica.
6. Implementar e gerir em parceria um plano de cuidados, promotor da parentalidade.
7. Aprofundar competências de comunicação, orientação e negociação com a criança/família.
8. Promover um ambiente terapêutico e seguro.
9. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
10. Conhecer o papel do enfermeiro especialista em contexto de serviço de Urgência Pediátrica;
11. Analisar criticamente os focos de enfermagem mais comuns no serviço de Urgência Pediátrica.

ANEXO IV – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

1.CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), surge no módulo II a realização de estágio no serviço de medicina e cirurgia e em contexto de doença aguda e crónica.

Este estágio teve início no dia 28 de Novembro de 2011 e terá término a 31 de Janeiro de 2012, num total de 180h, e será realizado no serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga – Hospital São Sebastião, sendo orientado pela Enfermeira Ana Maria Pereira em conjunto com a enfermeira Sandra Cainé, e pela professora Constança Festas.

1.1.Horário

De forma a dar resposta aos objetivos e horas de estágio foi realizado o seguinte horário:

| Dia | Turno | Horas |
|------------|--------------|--------------|
| 30/11/2011 | Noite | 10,5 |
| 2/12/2011 | Manhã | 7,5 |
| 3/12/2011 | Manhã | 7,5 |
| 7/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 8/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 9/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 10/12/2011 | Manhã | 7,5 |
| 12/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 14/12/2011 | Manhã | 7,5 |
| 17/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 18/12/2011 | Tarde | 7,5 |
| 20/12/2011 | Noite | 10,5 |
| 02/01/2012 | Manhã | 7,5 |
| 03/01/2012 | Tarde | 7,5 |
| 07/01/2012 | Manhã | 7,5 |
| 11/01/2012 | Tarde | 7,5 |
| 13/01/2012 | Noite | 10,5 |
| 17/01/2012 | Tarde | 7,5 |
| 18/01/2012 | Manhã | 7,5 |

| | | |
|--------------|-------|--------|
| 20/01/2012 | Manhã | 7,5 |
| 21/01/2012 | Tarde | 7,5 |
| 23/01/2012 | Tarde | 7,5 |
| 27/01/2012 | Manhã | 7,5 |
| Total | | 181,5h |

2.CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O serviço de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga corresponde ao serviço de cirurgia e medicina responsável por todos os indivíduos dos 0 aos 17 anos e 364 dias em contexto de doença aguda e crónica. Situa-se na unidade de Santa Maria da Feira, Hospital São Sebastião, este é responsável por cerca de 340.000 habitantes, residentes nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias).

Este serviço apresenta capacidade para 34 internamentos, 16 para lactentes até à idade escolar, 10 para a idade escolar até aos 17 anos e 364 dias e três de isolamento. Nesta unidade são admitidos crianças/jovens em contexto de doença aguda, crónica e cirúrgica e são provenientes essencialmente do serviço de urgência pediátrica e consulta externa.

O serviço de pediatria apresenta também uma unidade designada de neonatologia 2, com capacidade para 5 internamentos, que admite recém-nascidos com necessidade de continuação e vigilância de cuidados neonatais. Estes são provenientes essencialmente do serviço de obstetrícia e serviço de neonatologia.

A criança/jovem tem direito à presença permanente de um acompanhante durante as 24h, e mais uma visita no período das 8h às 21h.

A equipa de enfermagem utiliza como metodologia de trabalho o método individual, em que é atribuído a cada enfermeiro um determinado número de crianças/jovens internados, e este é responsável por todos os seus cuidados.

O modelo de enfermagem que procura-se adotar é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

3. OBJETIVOS PESSOAIS/ESPECIFICOS

Para a consecução dos objetivos gerais e aquisição das competências pretendidas, defini para cada estágio um conjunto de objetivos pessoais:

1. Conhecer a dinâmica e a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem do serviço de Pediatria.
2. Desenvolver competências de gestão de cuidados em contexto de Pediatria.
3. Desenvolver competências de assistência à criança/jovem e família segundo metodologia científica do processo de enfermagem em contexto de internamento de Pediatria.
4. Aprofundar competências de comunicação, orientação, e negociação com a criança/jovem e família.
5. Desenvolver competências na área da formação de enfermeiros.
6. Desenvolver competências de investigação na área da especialidade.
7. Analisar criticamente os focos de enfermagem mais comuns resultado da assistência de enfermagem, no serviço de Pediatria.
8. Conhecer o papel do enfermeiro especialista em contexto de serviço de Internamento em Pediatria.
9. Maximizar o potencial de crescimento da experiência de doença e de internamento hospitalar.
10. Compreender o impacto da doença e do internamento na criança e na família.

**ANEXO V – MOTIVOS DE ADMISSÃO NOS LOCAIS DE ESTÁGIO/
Nº CRIANÇAS ASSISTIDAS**

Módulo III**Motivos de admissão do serviço de Neonatologia do CHEDV
Nº de recém-nascidos assistidos**

Período de 3/10/2011 a 30/10/2011

| Diagnóstico | Nº de recém-nascidos |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Epidermólise bolhosa | 1 |
| Sépsis | 2 |
| Prematuridade < 30 s | 2 |
| Prematuridade > 30 s | 7 |
| Hipoglicemia | 2 |
| Síndrome de dificuldade respiratória | 3 |
| Trombocitopenia | 1 |

**Motivos de admissão do serviço de Urgência Pediátrica do CHEDV
Nº de crianças/adolescentes assistidos**

Período de 31/10/2011 a 27/11/2011

| Diagnóstico | Nº de crianças/adolescentes |
|----------------------------|------------------------------------|
| Febre | 15 |
| Odinofagia | 8 |
| Otalgia | 5 |
| Dor abdominal | 8 |
| Ingestão medicamentosa | 1 |
| Ingestão de corpo estranho | 1 |
| Hiperglicemias | 2 |
| Crise de asma | 1 |
| Dificuldade respiratória | 5 |
| Vômitos e Diarreia | 16 |
| Recusa em mamar | 2 |
| Erupção cutânea | 2 |
| Trauma | 4 |
| Convulsões | 4 |
| Suspeita de maus tratos | 1 |
| Suspeita de gravidez | 2 |
| Disúria | 2 |
| Corpo estranho no ouvido | 1 |

Módulo II

**Motivos de admissão do serviço de internamento de Pediatria do CHEDV
Nº de crianças/adolescentes assistidos**

Período de 28/11/2011 a 31/01/2012

| Diagnóstico | Nº de crianças/adolescentes |
|--|------------------------------------|
| Infecções do trato urinário | 2 |
| Meningite | 1 |
| Febre sem foco | 5 |
| Bronquiolite | 6 |
| Pneumonia | 2 |
| Crise de asma | 2 |
| Gastroenterites | 5 |
| Diabetes Inaugural | 3 |
| Síndrome nefrótica | 2 |
| Icterícia neonatal | 2 |
| Apendicites | 5 |
| Torção de ovário | 1 |
| Colite ulcerosa | 1 |
| Refluxo gastro-esofágico | 1 |
| Prematuridade | 4 |
| Convulsão | 3 |
| Mastite | 1 |
| Artrite séptica do joelho | 1 |
| Epidermólise bolhosa | 1 |
| Ataxia | 1 |
| Choque séptico | 1 |
| Cirurgia plástica | 1 |
| Fracturas | 1 |
| Amigdalectomia + Adenectomia + Miringotomia | 22 |
| Risco social | 2 |

ANEXO VI - CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

“PARCERIA DE CUIDADOS”. CONTEXTUALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

Enquanto alunas do curso de mestrado de especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Universidade Católica Portuguesa – Porto, encontramos-nos a cumprir a etapa de estágio relativa ao Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contexto de doença aguda e crónica, a decorrer no serviço de internamento de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, unidade de Santa Maria da Feira.

No âmbito desta fase de desenvolvimento de competências, propusemo-nos a realizar uma acção de formação ao grupo de pares intitulada “Parceria de Cuidados”.

Casey em 1988 criou o seu modelo de parceria dos cuidados, este direcciona-se para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, identificando o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos.

O princípio fundamental deste modelo é que *“para preservar o desenvolvimento e crescimento da criança, os cuidados prestados devem ser em forma de protecção, estímulo e amor assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar”* (Casey, 1988)

O modelo de Anne Casey engloba cinco conceitos principais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro.

Este modelo, centrado na família como uma unidade baseia-se na flexibilidade e na negociação dos cuidados partilhados enfermeira/família tendo em conta:

- O reconhecimento das perícias da família;
- O respeito pelos desejos da família;
- A avaliação do apoio das necessidades da família;
- O apoio contínuo e renegociação;
- O ensino e supervisão enquanto necessário;
- A avaliação dos cuidados, do apoio e do ensino;
- A reflexão e a comunicação.

O Enfermeiro complementa os cuidados prestados pelos pais à criança. Este só deve prestar os cuidados especializados quando a criança e família não têm vontade, capacidade e conhecimentos necessários para garantir os resultados positivos resultantes dos cuidados de saúde.

Compete ao enfermeiro orientar os cuidados de enfermagem e familiares com o objetivo de satisfazer as necessidades da criança de forma a que esta atinja um elevado potencial.

A participação do enfermeiro nos cuidados tende a ser a menor possível, inicia-se como prestador de cuidados, tornando-se depois colaborador e numa fase final, apenas supervisiona os cuidados prestados pela família.

Além da prestação, colaboração ou supervisão dos cuidados, apoio emocional ou ensinamentos, o enfermeiro é responsável pelo encaminhamento da criança e família para outros profissionais fazendo a interligação dos cuidados diferenciados. Pedro (2009)

Os pais são para a criança internada o principal sistema de segurança e apoio, o que permite minimizar os efeitos que a hospitalização pode ter na vida da criança e da sua família.

O envolvimento dos pais no cuidar do seu filho durante o internamento constitui para ambos, uma oportunidade para enfrentar os momentos difíceis de separação e dor que a doença e o internamento no hospital sempre trazem para a família.

O envolvimento dos familiares nos cuidados prestados pode trazer conforto e tranquilidade a ambos e ajudar a reduzir a ansiedade e o medo, incluindo o medo da hospitalização.

Os pais quando considerados parceiros nos cuidados, poderão ter um papel preponderante na assistência à criança durante o internamento, e na continuidade de cuidados após a alta.

O envolvimento dos pais ajuda a manter o lugar da criança na família, através da ligação com o ambiente familiar e a sua rotina, evitando que esta se sinta desligada dos acontecimentos familiares.

A negociação entre pais e/ou criança hospitalizada e equipa de enfermagem é a chave para o sucesso das relações durante a hospitalização. Este é o processo em que é discutido entre enfermeiros e pais, o nível de participação de cuidados à criança que estes desejam assumir, construindo-se assim um plano de cuidados individualizado e adequado.

O enfermeiro deve ser capaz de orientar e apoiar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexível e individualizada, de acordo com as necessidades específicas de cada criança e família.

A participação dos pais nos cuidados implica que haja acordo mútuo entre ambas as partes e que os resultados sejam o mais benéfico possível para os envolvidos.

Este modelo de parceria de cuidados permite um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar. (Ferreira e Costa, 2002)

Alguns estudos científicos demonstram erros frequentes neste processo de negociação nomeadamente as expectativas e pressupostos da equipa da enfermagem que os pais sejam envolvidos nos cuidados de enfermagem ao seu filho baseados na intuição e subejção, (Algren,1985,Dearmun,1992,Darbyshire,1994,Casey,1995, referido por Kirk, 2001), a definição dos papéis dos pais durante o internamento por parte dos enfermeiros; (Brown & Ritchie, 1990, Darbyshire,1994,Callery & Smith,1991, mencionado por Kirk,2001) e ainda a falta de comunicação. (Corlett e Twycross,2006.)

O método de PIP, defendido por Roy(1967) propõe três intervenções essenciais para integrar os pais nos cuidados que podem e devem assumir, sendo cruciais no processo de negociação. Prestar atenção aos pais, informa-los sobre a situação da criança, permitir a participação dos pais nos cuidados são então três intervenções cruciais para integrar os pais nos cuidados.

Para compreendermos a percepção dos pais face a este modelo, decidimos analisar resumidamente o estudo *Negotiation of care for hospitalised child:parental perspectives* (Jeanine Young, et al (2006)).

Este estudo foi realizado no Hospital Pediátrico de Queensland, Austrália e foram aplicados 225 questionários (122 em contexto cirúrgico) e 103 (contexto de doença aguda e crónica). O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário de 24 itens, agrupados posteriormente em quatro categorias: comunicação, negociação, participação nos cuidados, presença. O objetivo do estudo foi avaliar a perspetiva dos pais relativamente à negociação de cuidados nas respetivas categorias.

Das características principais do estudo e participantes destacam-se: grau de familiaridade do cuidador, classe etária da criança hospitalizada, número de internamentos anteriores, e duração da hospitalização.

No que respeita ao grau de familiaridade do cuidador da criança 195 eram mães, 27 pais e 3 outros elementos da família.

Relativamente à classe etária das crianças hospitalizadas a maioria tinha idade superior a 5 anos.

Em relação à experiência prévia de internamento, para 91 das crianças do estudo este era o primeiro internamento, 67 o segundo ou terceiro, 24 o quarto ou quinto e para 4 das crianças este já era o sexto internamento.

A duração da hospitalização na maioria das crianças foi de 2 a 9 dias.

Os resultados do estudo são apresentados pelas respetivas categorias, comunicação, negociação, participação e presença.

Comunicação

- 99% dos pais concordam que é prioritário receber informação sobre o estado do seu filho e que devem ser questionados pela equipa de enfermagem de forma obter a informação necessária à correta avaliação do seu filho.

Negociação

- 64% compreendeu o que a equipa de enfermagem esperava deles nos cuidados ao seu filho;
- 80% considera que a equipa de enfermagem esteve recetiva às suas necessidades;
- 76% refere que foi lhes dado a possibilidade de decidir em conjunto com os enfermeiros a melhor forma de cuidar do seu filho;

Participação

- 25% considera se desconfortável em pedir ajuda ao enfermeiro para prestar cuidados ao seu filho;
- 40% sentiu-se à vontade para informar que não queria participar nos cuidados básicos do filho;
- Apenas 10% considera que fez mais do que aquilo que esperava fazer.

Presença

- 75% dos pais concordam que devem permanecer todos os dias no hospital com o filho;
- 89% não se sentiram pressionados pela equipa de enfermagem, a ficar no hospital;
- 49% concordam que estariam mais envolvidos nos cuidados se não tivessem outros compromissos familiares.

Desta forma, com este estudo concluiu-se que os pais valorizam positivamente a comunicação efetuada pela equipa de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada, nomeadamente no fornecimento de informação relativa ao seu estado de saúde.

No que respeita ao nível de participação nos cuidados, os pais consideram que este nem sempre é discutido com a equipa, pois apesar de compreenderem o seu papel e o da equipa de enfermagem, não se sentem à vontade de a informar que não querem participar, pelo que se pode concluir que nem sempre é efetuada uma correta negociação com os pais.

Quanto à presença destes, eles consideram que a sua presença durante a hospitalização da criança é crucial, pelo que deve ser permanente.

Com esta ação de formação pretende-se:

- Descrever modelo de parceria de cuidados
- Mostrar a importância do modelo de parceria de cuidados na pediatria
- Identificar papel do enfermeiro da pediatria

- Identificar a negociação como elemento chave para o sucesso desta parceria
- Compreender percepção dos pais relativamente a este modelo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASEY, A. ; MOBBS, S. 1988. PARTNERSHIP IN PRATICE; NURSING TIMES; VOL 44; Nº 84;NOVEMBER;
- CORLETT,J.,TWYXCROSS,A.2006.NEGOTIATION OF PARENTAL ROLES WITHIN FAMILY-CENTRED CARE:A REVIEW OF THE RESEARCH. JOURNAL OF CLINICAL NURSING,15.
- FERREIRA,M.,COSTA, M.SD.CUIDAR EM PARCERIA:SUBSIDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO. ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – 30 ANOS.
- KIRK,S.2001.NEGOTIATION LAY AND PROFESSIONAL ROLES IN THE CARE OF CHILDREN WITH COMPLEX HEALHT CARE NEEDS.JOURNAL OF ADVANCED NURSING,34.
- YOUNG,J.,McCANN, D.,WATSON, K.PITCHER, A., BUNDY, R.,GREATHEAD, D.2006 NEGOTIATION OF CARE FOR A HOSPITALIZED CHILD:PARENTAL PERSPECTIVES.NEONATAL, PAEDIATRIC AND CHILD HEALTH NURSING VOL.9 JULHO.
- PEDRO,J.J.2009.PARCEIROS NO CUIDAR:A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO NO CUIDAR COM A FAMÍLIA, A CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA. UNIVERSIDADE DO PORTO, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR.
- ROY.S.M.C..1967ROLES CUES AND MOTHERS OF HOSPITALIZED CHILDREN.NURSING RESEARCH, VOL.16.Nº2.

ANEXO VII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

| PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| Local: Centro Hospitalar entre Douro e Vouga Sala de Formação do Serviço de Pediatria | Data 27/01/2012 | Hora 8:30 |
| População: Enfermeiros do serviço de internamento de Pediatria | | Duração 30minutos |
| Intervenientes: Cátia Resende e Raquel Pinto | | |
| Orientação: Enfermeira Ana Maria Pereira e Enfermeira Sandra Cainé | | |
| Objectivo Geral: Reflectir sobre a Parceria de cuidados. | | |
| Objectivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrever modelo de parceria de cuidados ▪ Mostrar a importância do modelo de parceria de cuidados na pediatria ▪ Identificar papel do enfermeiro da Pediatria ▪ Identificar a negociação como elemento chave para o sucesso desta parceria ▪ Compreender percepção dos pais relativamente a este modelo | | |

| Fase | Duração | Conteúdos | Métodos / Estratégias | Recursos |
|------------------------|----------------|---|--|---|
| Introdução | 2min | Apresentação dos intervenientes | Interativo | Espaço Físico |
| | 3min | Sumário da sessão | Exposição oral | Espaço físico |
| Desenvolvimento | 30min | Modelo de Parceria de Cuidados Papel do enfermeiro de Pediatria Negociação de Cuidados Perceção dos Pais face à Parceria de Cuidados | Expositivo/ Interativo/ Audiovisual (Apresentação PowerPoint) | I Computador Colunas Retroprojector |
| Conclusão | 5min | Reforço dos pontos essenciais da formação | Expositivo/ Interativo/ Audiovisual (Apresentação PowerPoint) | Espaço Físico |
| | 5min | Agradecer a participação dos Enfermeiros | interativo | Espaço Físico |

ANEXO VIII – FORMAÇÃO “PARCERIA DE CUIDADOS”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Parceria de Cuidados

Serviço de Internamento de Pediatria
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga –
Hospital São Sebastião

Cátia Resende e Raquel Pinto
Curso de Pós-Licenciatura de especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica
Porto, 2012

Sumário

- Modelo de Parceria de Cuidados
- Papel do enfermeiro de Pediatria
- Negociação de Cuidados
- Perceção dos Pais face à Parceria de Cuidados:
 - Análise de resultados do estudo "*Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives*"
(Jeanine Young, et al(2006))
- Conclusão

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Objetivos

- Descrever modelo de parceria de cuidados
- Mostrar a importância do modelo de parceria de cuidados na pediatria
- Identificar papel do enfermeiro da Pediatria
- Identificar a negociação como elemento chave para o sucesso desta parceria
- Compreender percepção dos pais relativamente a este modelo

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Modelo de Parceria de Cuidados

- Caseyem 1988 criou o seu modelo de parceria nos cuidados.



- Direciona-se para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico, identificando o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos



- Realça o respeito e valor da experiência dos pais no cuidado dos seus filhos.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Modelo de Parceria de Cuidados

- Princípio fundamental:

“para preservar o desenvolvimento e crescimento da criança, os cuidados prestados devem ser em forma de proteção, estímulo e amor assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar” (Casey, 1988, 1993)



- Com a ajuda gradual dos profissionais qualificados à medida que os pais aprendem sobre as necessidades de cuidados de saúde da criança, estes tomam-se especialistas nesses cuidados.

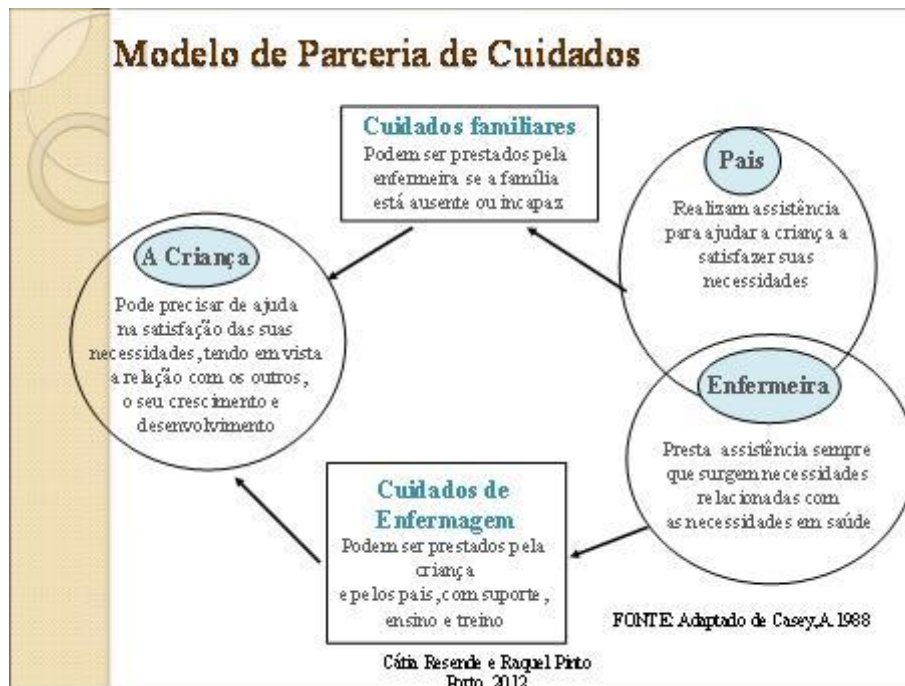
- A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria com a equipa de saúde, ou seja, o desenvolvimento conjunto de ações complementares, tendo em vista o bem estar da criança.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Modelo de Parceria de Cuidados

- O Modelo de Parceria dos Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos principais:

- A criança;
- Saúde;
- Ambiente;
- Família;
- Enfermeiro.



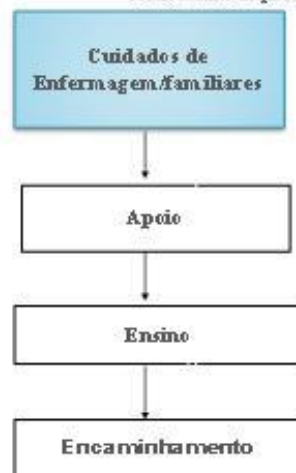
Modelo de Parceria de Cuidados

Este modelo, centrado na família como uma unidade baseia-se na flexibilidade e na negociação dos cuidados partilhados enfermeira/família tendo em conta:

- O reconhecimento das perícias da família;
- O respeito pelos desejos da família;
- A avaliação do apoio das necessidades da família;
- O apoio contínuo e renegociação;
- O ensino e supervisão enquanto necessário;
- A avaliação dos cuidados, do apoio e do ensino;
- A reflexão e a comunicação.

Papel do enfermeiro de pediatria

Fonte: Modelo de parceria de cuidados (Casag, 1988)



Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Papel do enfermeiro de pediatria

- A participação do enfermeiro nos cuidados tende a ser a menor possível;
 - Inicia-se como prestador de cuidados, tornando-se depois colaborador e numa fase final, apenas supervisiona os cuidados prestados pela família;
- Além da prestação, colaboração ou supervisão dos cuidados, apoio emocional ou ensinos, o enfermeiro é responsável pelo encaminhamento da criança e família para outros profissionais fazendo a interligação dos cuidados diferenciados.

(Pedro, 2009)

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Negociação de Cuidados

- A negociação da parceria de cuidados, é o nível mais elevado de participação na prática dos cuidados.



«Processo em que é discutido entre enfermeiros e pais, o nível de participação de cuidados à criança que estes desejam assumir, construindo-se assim um plano de cuidados individualizado e adequado.



«Implica que haja acordo mútuo entre ambas as partes e que os resultados sejam o mais benéfico possível para os envolvidos.

Negociação de Cuidados

- A negociação entre pais e/ou criança hospitalizada e equipa de enfermagem é a chave para o sucesso das relações durante a hospitalização.
- O enfermeiro deve ser capaz de orientar e apoiar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexível e individualizada, de acordo com as necessidades específicas de cada criança e família.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Negociação de Cuidados

Estudos científicos demonstram alguns erros frequentes:

- Expectativas e pressupostos da equipa da enfermagem que os pais sejam envolvidos nos cuidados de enfermagem ao seu filho baseados na intuição e subejção;

(Algren, 1985, Dearman, 1992, Darbyshire, 1994, Casey, 1995, referido por Kirk, 2001)

- Definição dos papéis dos pais durante o internamento por parte dos enfermeiros;

(Brown & Kitchin, 1990, Darbyshire, 1994, Callroy & Smith, 1991, mencionada por Kirk, 2001)

- Falta de comunicação.

(Caldwell Inyegbe, 2001)

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Negociação de Cuidados

- Três intervenções essenciais para integrar os pais no papel que podem e devem assumir nos cuidados:



Método PIP

(Roy, 1967)

P – Prestar atenção aos pais

I – Informá-los sobre a situação da criança

P - Permitir a participação dos pais nos cuidados à criança

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"

(Jeanine Young, et al (2006))

- Estudo realizado no Hospital Pediátrico de Queensland, Austrália
- Foram aplicados 225 questionários (122 em contexto cirúrgico) e 103 (contexto de doença aguda e crónica).
- Instrumento de colheita de dados de 24 itens, agrupados posteriormente em 4 categorias.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"

(Jeanine Young, et al (2006))

- **Características dos participantes:**
 - 195 mães / 27 pais / 3 outros
- **Classe etária da criança hospitalizada:**
 - 0-12 meses -45 / 13 meses-5 anos - 73 / > 5 anos - 106
- **Número de internamentos anteriores:**
 - 1-91 / 2 a 3-67 / 4 a 6 -24 / >6 -4
- **Duração da hospitalização**
 - <24h -26 / 1-2 dias -76 / 3-9 dias -80 / > 10 dias -49

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"

(Jeanine Young, et al (2006))

- **Objetivo do estudo :**

Avaliar a perspetiva dos pais relativamente à negociação de cuidados em quatro categorias:

- **Comunicação**
- **Negociação**
- **Participação nos cuidados**
- **Presença**

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"

(Jeanine Young, et al(2006))

Comunicação

- 99% dos pais concordam que é prioritário receber informação sobre o estado do seu filho e que devem ser questionados pela equipa de enfermagem de forma obter a informação necessária à correcta avaliação do seu filho.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"
(Jeanine Young, et al(2006))

Negociação

- 64% compreendeu o que a equipa de enfermagem esperava deles nos cuidados ao seu filho;
- 80% considera que a equipa de enfermagem esteve receptiva às suas necessidades;
- 76% refere que foi lhes dado a possibilidade de decidir em conjunto com os enfermeiros a melhor forma de cuidar do seu filho;

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"
(Jeanine Young, et al(2006))

Participação nos cuidados

- 84% concordam que devem ser os pais a prestarem os cuidados básicos ao filho durante a hospitalização.
- 81% concordam que devem participar nos cuidados durante a noite, contudo 46% considera que os pais não devem ser acordados durante a noite a não ser que a criança precise mesmo.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

“Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives”
(Jeanine Young, et al(2006))

Participação nos cuidados

- 25% considera se desconfortável em pedir ajuda ao enfermeiro para prestar cuidados ao seu filho;
- 40% sentiu-se à vontade para informar que não queria participar nos cuidados básicos do filho;
- Apenas 10% considera que fez mais do que aquilo que esperava fazer.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

“Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives”
(Jeanine Young, et al(2006))

Presença

- 75% dos pais concordam que devem permanecer todos os dias no hospital com o filho;
- 39% não se sentiram pressionados pela equipa de enfermagem, a ficar no hospital;
- 49% concordam que estariam mais envolvidos nos cuidados se não tivessem outros compromissos familiares.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Perceção dos Pais

"Negotiation of care for hospitalised child: parental perspectives"

(Jeanine Young, et al(2006))

- Os pais valorizam positivamente a comunicação efectuada pela equipa de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada, nomeadamente no fornecimento de informação relativa ao seu estado de saúde.
- O nível de participação nos cuidados nem sempre é discutido com a equipa, pois apesar de compreenderem o seu papel e o da equipa de enfermagem, não se sentem à vontade de a informar que não querem participar.
- Os pais consideram que a sua presença durante a hospitalização da criança deve ser permanente.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Conclusão

Modelo de Parceria de Cuidados

- Engloba a criança e família como parceiros activos na saúde, na qual o enfermeiro cuida, ensina, apoia e referencia de acordo com o ambiente;
- Assenta numa relação de empatia e confiança, sendo a comunicação um factor primordial;
- Processo constante de negociação visando determinar o nível de participação nos cuidados;
- Pressupõe um acordo mútuo sobre os papéis a desempenhar pelas partes envolvidas (pais e enfermeiros), com o objectivo de alcançarem o melhor resultado.

Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

*“Este modelo permite um crescimento físico,
emocional e social da família.
Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são
parceiros no cuidar.”*
(Ferreira e Costa, 2002)



Cátia Resende e Raquel Pinto
Porto, 2012

Bibliografia

- Antunes, A.L.R. 2010. Relatório de estágio. Universidade Católica Portuguesa do Porto Instituto Ciências da Saúde.
- Casey, A.; MOBBS, S. 1988. Partnership in Practice; Nursing Times; Vol 44; N° 84; November;
- Corlett, J., Twycross, A. 2006. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. Journal of clinical nursing, 15.
- Ferreira, M., Costa, M. ed. Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos.
- Kirk, S. 2001. Negotiation lay and professional roles in the care of children with complex health care needs Journal of Advanced Nursing, 34.
- Young, J., Mc Carrn, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., Greathead, D. 2006 Negotiation of care for a hospitalized child Parental Perspectives. Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing Vol 9 Junho.
- Pedro, J.J. 2009. Parceiros no Cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Roy, S.M.C..1967 Roles cues and mothers of hospitalized children. Nursing Research, Vol 16 n°2.