



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Raquel Alexandra Azevedo Coelho**

**Porto, Março de 2011**



**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 de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

**Elaborado por:** Raquel Alexandra Azevedo Coelho

**Orientado por:** Mestre Maria Clara Braga

**Porto, Março de 2011**



## RESUMO

A realização deste trabalho surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa e com a finalidade da atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem, após ser sujeito a defesa pública. Todo este percurso formativo foi alicerçado na aquisição de um conjunto de competências profissionais diferenciadas na área de especialização, as quais se edificaram num conjunto de objectivos gerais, preconizados pelo plano de estudos do curso. Neste sentido, emergiu a exigência de realização de um estágio, o qual constituiu a matriz para a consecução desses mesmos objectivos gerais e competências. Inerentemente a estes, instou a necessidade de erigir objectivos mais específicos e desenvolver actividades, atendendo às especificidades dos diferentes contextos assistenciais. Este relatório constitui o substrato de análise de todo o percurso desenvolvido e tem por fulcro um exercício crítico-reflexivo pessoal permanente, com recurso à evidência científica, o que constituíram o arrimo necessário em todo este processo e o qual seguramente contribuiu para o aperfeiçoamento da sua prática profissional. Atendendo a que o paradigma de assistência de enfermagem nesta área de especialização visa a promoção do bem-estar da díade criança/família e o seu desenvolvimento harmonioso, ao longo do ciclo de vida, inúmeros desafios se colocam. Neste sentido, a relação terapêutica fomentada na prática profissional de enfermagem não deve ser desvinculada da família e das suas necessidades, numa perspectiva abrangente e integrada de todos os domínios de intervenção (bio-psico-sócio-cultural), emergindo a necessidade de uma verdadeira relação de Parceria. Outro dos desafios que se impõe refere-se ao lidar com o sofrimento da criança e, invariavelmente da família, sendo fulcral o papel do profissional de enfermagem no apoio ao processo de *coping* inerente ao seu estado de transição. Assim, a prática do Cuidar nesta área de especialização não deve ser confinada ao conhecimento científico e habilidade técnica, mas sim deve extrapolar-se para uma outra dimensão tão ou mais importante, que corresponde à vertente relacional. Toda a aprendizagem experiencial vivenciada nos diversos contextos de estágio permitiu essa constatação e concorreu para o seu enriquecimento pessoal e profissional.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem, Díade Criança/Família, Parentalidade e Parceria.



## ABSTRACT

This work comes under the Post-Degree with Specialization in Nursing and Child Health Paediatrics, from Catholic University of Portugal and with the purpose of the award of the Degree of Master of Nursing, after being subjected to public defence. This entire training course was grounded in the acquisition of a differentiated set of professional skills in the area of specialization, which were built on a set of general objectives, recommended by the syllabus of the course. In this context, emerged the requirement to do a post-graduate training, which formed the matrix for achieving these general objectives and professional skills. Inherently to these, it urged the need to set up more specific objectives and develop activities, according to the specificities of the different care contexts. This report is the base point of the analysis of the entire developed course and it aims a permanent personal critical and reflective exercise, using the scientific evidence, which formed the necessary support in all this process and which surely contributed to the improvement of her professional practice. Having in mind the paradigm of nursing care in this area of specialization aims the promotion of the welfare of the dyad child / family and their harmonious development along the life cycle, countless challenges are placed. In this sense, the therapeutic relationship developed in the professional practice of nursing must not be detached from the family and their needs in a large and integrated view of all areas of intervention (bio-psycho-socio-cultural), the emerging need for real Partnership relationship. Another challenge which is issued refers when dealing with the suffering of the child, and invariably of the family, being extremely decisive the role of the nursing professional in supporting the coping process inherent to their transition state. Thus, the practice of Care in this area of expertise should not be confined to scientific knowledge and technical skill, but it must be extrapolated to another dimension as or more important, which matches with the relational aspect. All experiential learning experienced in various contexts of the post-graduate training allowed this observation and contributed to her personal and professional enrichment.

**KEY- WORDS:** Nursing, Dyad Child/Family, Parenting and Partnership.



## AGRADECIMENTOS

No culminar deste projecto de vida, elevo um agradecimento especial a todos aqueles que tornaram possível dedicar-me à sua realização:

À minha orientadora, Mestre Maria Clara Braga, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos e sobretudo, pelo incentivo de atingir um nível mais elevado através da exigência e crítica construtiva;

Aos meus colegas de trabalho, pela sua infinita disponibilidade e apoio, sem os quais esta tarefa seria mais árdua;

Aos meus companheiros de luta, pela sua motivação e companheirismo;

Aos meus amigos, por me ouvirem e apoiarem, sobretudo nos momentos de desalento;

Ao meu marido, pela sua inesgotável paciência e apoio demonstrado;

Ao meu filho, luz da minha vida que me iluminou em todo este percurso;

E finalmente aos meus pais, a quem tudo devo!

A TODOS VÓS O MEU MUITO OBRIGADO!



## ABREVIATURAS E SIGLAS

APAM	Associação Portuguesa de Aleitamento Materno
CDE	Código Deontológico de Enfermagem
cf.	Confira
CHP - Unidade MJD	Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maternidade Júlio Dinis
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DGS	Direcção Geral de Saúde
Dr.	Doutor
EDIN	Echelle Douleur et d' Inconfort du Nouveau-Né
EESIP	Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
EMLA®	Eutectic Mixture of Local Anesthetic
EPE	Entidade Pública Empresarial
Enf. <sup>a</sup>	Enfermeira
Enf. <sup>o</sup>	Enfermeiro
H.S.S.	Hospital de São Sebastião
IAC	Instituto de Apoio à Criança
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
n. <sup>o</sup>	Número
NIDCAP	Newborn Individualized Development Care and Assessment Program
NIPS	Neonatal Infant Pain Score
OBS	Observação
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN	Recém-Nascido
SA	Sociedade Autónoma
SF	Soro Fisiológico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS	Sistema Informático de Unidades de Saúde
Sr. <sup>a</sup>	Senhora
SU	Serviço de Urgência
SV	Sinais Vitais
UCEN	Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	United Nations Children's Fund
UCP	Universidade Católica Portuguesa



## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	15
2. CAMINHAR RUMO À EXCELÊNCIA .....	17
3. COMPETÊNCIAS EVIDENCIADAS.....	19
3.1 Prestação de Cuidados .....	19
3.2 Formação .....	44
3.3 Gestão .....	47
3.4 Investigação .....	54
4. CONCLUSÃO.....	57
5. BIBLIOGRAFIA .....	59
ANEXOS.....	67
ANEXO I - Caracterização do Serviço de Neonatologia do CHP-Unidade Maternidade Júlio Dinis.....	69
ANEXO II - Caracterização do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de São Sebastião .....	77
ANEXO III - Caracterização do Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital de São Sebastião.....	85
ANEXO IV - Cronograma dos Horários de Estágio.....	89
ANEXO V - Critérios para Certificação de um “Hospital Amigo dos Bebés” .....	93
ANEXO VI - Diapositivos da Formação de Pares : “Banho do Recém-Nascido e Cuidados ao Coto Umbilical” .....	97
ANEXO VII - Plano da Formação de Pares: Banho do Recém-Nascido e Cuidados ao Coto Umbilical” .....	113
ANEXO VIII - Diagnóstico de Situação: Formação de Pares .....	117
ANEXO IX - Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde: “Febre” .....	123
ANEXO X - Plano da Sessão de Educação para a Saúde: “Febre” .....	131
ANEXO XI - Questionário de Avaliação da Formação de Pares .....	135
ANEXO XII - Avaliação da Formação de Pares.....	139
ANEXO XIII - Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde .....	145
ANEXO XIV - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde .....	149
ANEXO XV - Panfleto entregue no final da Sessão de Educação para a Saúde .....	153



## 0.INTRODUÇÃO

O Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem no seu âmago a promoção da Excelência do exercício profissional, visando o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade por parte do enfermeiro, na prestação de cuidados especializados de maior qualidade e complexidade, centrados na criança, adolescente, jovem e família e que assenta numa articulação efectiva teórico-prática como pilar de sustentação. A componente prática oferecida pelos estágios constitui a melhor forma de cimentar e interiorizar toda a formação académica, promovendo a mobilização de saberes técnicos e relacionais que contribuem para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Neste âmbito e com o findar deste percurso formativo, insta a necessidade de realização deste relatório, o qual constitui um pilar estruturante do mesmo.

Lopes et al (1999: 27) refere que “ *aquilo que se pede, no núcleo do relatório crítico é que cada um possa realizar uma autocrítica e auto-apreciação, que faça uma análise do trabalho realizado, que estabeleça uma comparação entre os resultados desejados e os resultados atingidos e procure as razões dos desvios entre eles (...) ele é também um instrumento de análise e serve como inventário de dificuldades. E se o relatório surge como uma “ponte” do passado para o presente e encontradas as dificuldades, lança para o futuro um plano para as ultrapassar (...)* ”. Nesta linha de pensamento, pode-se inferir que além de ser um imperativo da avaliação do estágio, constitui uma forma de aprendizagem, dado implicar um processo de auto-avaliação e reflexão crítica sobre o desempenho do profissional e o contributo desse percurso formativo, contribuindo para a mudança de comportamentos e atitudes e para o desenvolvimento de aptidões e competências crítico-reflexivas sustentadoras da Excelência do exercício profissional.

A elaboração deste relatório visa ilustrar os contextos onde se realizaram os estágios, demonstrar o processo de desenvolvimento de competências, explicar os objectivos e as actividades desenvolvidas para a sua aquisição e evidenciar um espírito crítico-reflexivo acerca do desempenho e da aprendizagem efectuada. Serve também de instrumento de avaliação, pretendendo cumprir uma exigência curricular.

As competências a demonstrar fundem-se num conjunto de três objectivos gerais propostos pelo plano de estudos do curso, designadamente:

- ◆ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP);
- ◆ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo situações ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam 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.

Com vista a facilitar a organização do relatório optou por dividi-lo em capítulos. Após esta breve introdução, explanou a contextualização do estágio, citando os diversos serviços e a justificação para a sua escolha. No segundo capítulo enquadró a definição de competência, conceito fundante da excelência do exercício profissional e referenciou o Modelo Conceptual patente nos diversos contextos de estágio. No terceiro capítulo foram contempladas as competências evidenciadas no decorrer deste percurso formativo, seguidas da descrição dos objectivos e actividades desenvolvidas para a sua aquisição e uma posterior análise crítico-reflexiva. Com vista a uma melhor organização e compreensão do conteúdo apresentado, mormente no que se refere às competências evidenciadas, optou por efectuar uma divisão das mesmas tendo em conta as áreas de competência do exercício profissional de enfermagem (Prestação de Cuidados, Formação, Gestão e Investigação), o que viabilizou uma orientação mais efectiva das actividades a desenvolver. Para finalizar explanou uma apreciação global deste percurso formativo como conclusão, bem como a bibliografia consultada. Em anexo apresentou alguns documentos que sustentam a elaboração deste relatório.

Ressalva o facto de que apesar de ao longo deste relatório se proceder a uma descrição mais detalhada de algumas competências, tal não se deve a uma forma de hierarquização ou propósito de lhes atribuir mais valor, mas simplesmente denota a necessidade de evidenciar todo o trabalho desenvolvido durante o período de estágio. Para além disso, salienta que algumas competências serão agrupadas, tendo em conta uma análise crítico-reflexiva comum.

Este relatório foi elaborado com base numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, tendo como estratégias de concretização a consulta do Guia de Estágio facultado pela UCP, do Projecto de Estágio, dos Portfólios elaborados ao longo dos estágios, a reflexão e análise individual, a mobilização de conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso, a pesquisa bibliográfica, assim como as entrevistas informais com as enfermeiras tutoras e restante equipa de enfermagem e algumas reflexões oportunamente discutidas com a orientadora pedagógica.

Por fim realça o facto de que, ao longo deste relatório sempre que se faz referência à criança implica *“todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”* (Unicef, 1989: 6).

Apesar de consciente que nem sempre é fácil transcrever para o papel, com a perfeição desejada tudo o que é desenvolvido, é sua pretensão com a elaboração deste documento espelhar de uma forma verosímil esta etapa particular do percurso formativo e todo o empenho e dedicação a ele aplicado, aproximando-o o mais possível da realidade.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos do curso, o processo de aquisição de competências nesta área de especialização implica a realização de um estágio, dividido em três módulos e correspondendo cada um deles a 180 horas de contacto. O Módulo I contempla a área de Saúde Infantil, na qual foi concedida creditação. A sua actividade profissional desenvolve-se nos Cuidados de Saúde Primários desde Março de 2001, sendo actualmente a enfermeira responsável da Unidade de Saúde onde exerce funções. Trata-se de uma área cujo enfoque se centra na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e reinserção social, ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, sendo a educação para a saúde um pilar fundamental de sustentação que incorpora a sua prática diária. A sua actuação é dirigida no âmbito dos Programas de Saúde Materno-Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso e Grupos de Risco (Diabéticos e Hipertensos), contemplando a vigilância de saúde, a promoção de estilos de vida/comportamentos saudáveis e a prevenção de situações de risco. É responsável pela consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, sendo a sua calendarização efectuada em harmonia com a consulta médica, de forma a rentabilizar e beneficiar a vinda dos pais à Unidade. A sua actuação contempla, para além da avaliação dos indicadores de crescimento da criança, a realização de diversos ensinamentos aos pais sobre as mais diversas temáticas e a melhoria e/ou manutenção da imunização, o qual se estende à população em geral. Ainda no que se refere à vacinação, a sua função compreende a gestão de stocks; a aquisição das vacinas; a responsabilidade pela vigilância do cumprimento do PNV, em termos estatísticos e a adopção de estratégias direccionadas para os casos de incumprimento do mesmo. Numa perspectiva multidisciplinar, constitui também alvo da sua atenção a detecção precoce de situações consideradas de risco e o seu encaminhamento para outros profissionais de saúde, caso se verifiquem. Em 2008 elaborou um projecto para a criação de uma “Equipa de Apoio Domiciliário às Puérperas e Recém-Nascidos”, em conjunto com mais dois colegas, o qual visa o apoio/ensino dos cuidados a prestar ao recém-nascido e à puérpera; a avaliação da dinâmica familiar e da integração da criança na mesma, com o intuito de despistar situações de risco; o incentivo à vigilância de saúde e a promoção do aleitamento materno. O facto de ser responsável de enfermagem facultou-lhe a oportunidade de uma maior autonomia na gestão do serviço, nomeadamente na gestão de recursos materiais e humanos. Na vertente da formação assume um papel motivador para a partilha de saberes e facilita o processo contínuo de aprendizagem da equipa, propiciando a oportunidade para frequentar acções de formação, visando a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar. Teve ainda a oportunidade de integrar novos enfermeiros, procurando ao longo de todo o processo integrativo promover o acompanhamento, a aquisição de conhecimentos, sendo igualmente fomentado o esclarecimento de dúvidas, as quais vão surgindo à medida que o novo elemento se defronta com a realidade do dia-a-dia. Este processo poderá ser mais ou menos longo, tendo em conta as habilidades pessoais e profissionais de cada um. Contudo, procura criar um ambiente de apoio e abertura, o qual considera ser facilitador deste processo. Os Módulos II e

III compreendem a área de Cuidados de Saúde Diferenciados Pediátricos. O Módulo II corresponde aos Serviços de Medicina e Cirurgia Pediátrica, em contextos de doença aguda e crónica, tendo sido desenvolvido no Hospital de São Sebastião, em virtude da sua proximidade com a área de residência, dada a impossibilidade de ser atendida a primeira escolha para a realização do mesmo (Hospital São João), tendo decorrido no período compreendido entre 29/11/2010 e 29/01/2011. O Módulo III contempla os Serviços de Neonatologia e Urgência Pediátrica. O primeiro foi desenvolvido no CHP - Unidade MJD, tendo sido a escolha de eleição, dado se tratar de uma Unidade de referência em Cuidados Neo - Natais, no período compreendido entre 6 e 26 de Outubro do ano transacto. Dada a impossibilidade de ser atendida a primeira escolha para a realização do estágio de Urgência Pediátrica (Hospital S. João), optou pelo Hospital de São Sebastião, pela mesma razão citada anteriormente, o qual decorreu no período compreendido entre 2 e 23 de Novembro do ano pretérito.

Com vista a um enquadramento dos objectivos e actividades desenvolvidas foi realizada uma caracterização sucinta dos locais de estágio (Anexos I, II e III), salvaguardando o facto de ao longo do relatório estar explanado alguns aspectos referentes à sua caracterização com vista a um melhor enquadramento da análise crítico-reflexiva. O horário foi executado de acordo com os cronogramas em anexo (Anexo IV), atendendo às particularidades dos respectivos serviços e à oportunidade para a consecução dos objectivos delineados, de forma a vivenciar as mais variadas experiências. As actividades desenvolvidas foram norteadas de acordo com os objectivos específicos inicialmente traçados, os quais emergiram de uma reflexão prévia e conjunta com as enfermeiras tutoras, sendo alicerçados nos objectivos gerais e conjunto de competências preconizadas pela UCP, tendo constituído o fio condutor deste processo formativo. Ao longo do estágio e dia após dia foi firmando directrizes, no sentido de viabilizar a consecução desses mesmos objectivos, reflectindo igualmente com as enfermeiras tutoras *in loco*, sobre a especificidade de assistência à criança/família e suas necessidades, numa perspectiva de actuação do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Voltando agora a atenção para os contextos de estágio, salienta que o Modelo Conceptual vigente em todos corresponde ao de Anne Casey, o qual preceitua uma parceria no âmbito do exercício do cuidar e segundo o qual se exercerá a análise crítico-reflexiva ao longo do relatório.

## 2. CAMINHAR RUMO À EXCELÊNCIA

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (cf. Ordem dos Enfermeiros, 2001: 3), a excelência do exercício profissional aclama à aquisição de um conjunto de competências, o qual carece por parte do enfermeiro de uma reflexão e análise contínua da sua acção, quer em termos individuais, quer numa esfera colectiva no contexto do seu exercício. A incongruência por vezes existente entre o binómio prática/evidência científica reforça a necessidade dessa análise e reflexão sistemáticas e permanentes, condição exigível para que a prática se transforme em competência. A Ordem dos Enfermeiros (2004: 16) preceitua que a definição de competência “*refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*”. Conforme disposto no n.º3 do artigo 7.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009: 16) é reconhecido ao enfermeiro especialista “ (...) *competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*”. Nesta linha de pensamento pode-se afirmar que é com base na aquisição de novas competências e no aperfeiçoamento de outras que o enfermeiro generalista desenvolve apetências que o permitem progredir para enfermeiro especialista, as quais devem ser alicerçadas num sólido conhecimento teórico e na proficiente utilização desse conhecimento, ao qual está inerente um processo reflexivo que tem no seu cerne a utilização do pensamento crítico. Facione et al (1994) citado por Lima e Cassiani (2000: 27) defende que “ *pensamento crítico é o julgamento intencional, auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência (...)* “, devendo deste modo constituir o enfoque da prática de enfermagem, seja qual for a área de intervenção. Este pensamento crítico é deliberado, cuidadoso, visa emitir juízos baseados em evidências e não em conjecturas, fundamenta-se em princípios científicos e procura constantemente reavaliar-se, auto-corriger-se e esforçar-se por melhorar. No entanto, requer conhecimentos, habilidades e experiência. Assim, no decurso de todo o estágio, bem como durante toda a vida profissional, procurou manter uma atitude auto-crítica e reflexiva permanente e desenvolver o pensamento crítico, visando a melhoria do desempenho e a busca da excelência do exercício. A elaboração dos respectivos relatórios de estágio de cada módulo constitui também o retrato desse acto reflexivo. Neste sentido e encarando que este relatório, na sua globalidade explana essa vertente crítico-reflexiva e com vista a uma melhor organização do mesmo, optou pela não inclusão da competência “*Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica*” no capítulo seguinte em que faz a explanação das competências evidenciadas, por a considerar transversal a qualquer área de enfermagem. Encarando a excelência do exercício como conceito fundante de todas as intervenções e um patamar a atingir no decurso de todo o percurso profissional, procurou ajustar toda a prática cuidativa ao modelo vigente dos serviços, reconhecendo a parceria como uma doutrina fundamental assente na partilha e continuidade de cuidados à díade criança/família e o qual procurou espelhar neste documento. Todo este percurso formativo permitiu triar inquietações e uma consciencialização da necessidade de mudar comportamentos, no sentido de serem

contemplativos de uma abordagem consistente com a evidência científica e de um aprimoramento constante dos conhecimentos, sendo que a formação contínua ocupa nesta vertente um papel crucial. Facultou ainda o “aguçar” da sua sensibilidade no sentido de perceber que o cuidado não está pré-determinado e que este não deve ser circunscrito somente à criança, mas também ampliado à família. Ciente de que o caminho da excelência exige a busca permanente do aperfeiçoamento profissional e da aquisição de competências, numa atitude vincada pelo compromisso e dedicação, correspondendo este a um *contínuum*, encara todo este percurso com uma mais-valia que se irá repercutir numa assistência mais especializada e humanizada à díade, pelo que procurou em todos os contactos interiorizar a parceria na verdadeira acepção da palavra. É neste rumo que pretende exercer a caminhada e espera que este documento retrate essa intenção.

### 3. COMPETÊNCIAS EVIDENCIADAS

Durante este processo formativo foi possível experienciar e vivenciar um vasto leque de situações que conduziram a uma percepção diferente da realidade. Neste capítulo irão ser abordadas cada uma das competências adquiridas nos diversos contextos de estágio, bem como os objectivos e actividades delineadas para a sua aquisição, evidenciando-se uma análise crítico-reflexiva da aprendizagem efectuada.

#### 3.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados insere-se numa multiplicidade de fenómenos e acontecimentos e especificamente nesta área de especialização, constitui um enorme desafio para os enfermeiros. O enfermeiro especialista na sua área de actuação deve primar pela utilização de conhecimentos especializados, alicerçando-os numa conduta permeabilizadora de uma verdadeira relação de parceria e encarando-a como algo diferencial para o desenvolvimento harmonioso e bem-estar da díade criança/família.

#### **15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

##### **Objectivos:**

- Fomentar um ambiente facilitador da relação terapêutica, alicerçado no respeito pelos princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional;
- Nortear a prática assistencial na evidência científica.

##### **Actividades:**

- Integrou e respeitou os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão;
- Agiu de acordo com os Padrões de Qualidade previstos pela Ordem dos Enfermeiros;
- Respeitou a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, sempre que exequível;
- Utilizou o conhecimento científico no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem.

##### **Análise Crítico - Reflexiva:**

O exercício profissional de enfermagem rege-se por um conjunto de direitos e deveres consignados na lei, os quais estão previstos no CDE e no REPE. De acordo com o Estatuto da OE (2009: 73) e no que diz respeito aos deveres deontológicos é reconhecido ao enfermeiro no artigo 79.º o dever de “ *Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega (...)* ”. Dispõe

também o artigo 81.º do mesmo diploma legal (2009: 74) que “*O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; (...); abster-se de juízos de valor (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos*”. Tal enunciado legal é ainda complementado com a referência prevista nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001: 6), a qual dispõe que “*(...) o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem*”.

Por sua vez, o REPE (1998: 6) no artigo 8.º (Capítulo IV) preceitua que o enfermeiro no âmbito do seu exercício profissional deverá “*(...) adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos do cidadão*”. Como assinala Vieira (2009: 108), “*o compromisso dos enfermeiros para com os cidadãos em geral se fundamenta nos seus direitos*”, sendo a dignidade humana o princípio basilar de todos os outros.

Em suma, todos estes princípios éticos e deontológicos assumem-se como um imperativo para a boa prática de enfermagem e neles está implícita uma rectificação da acção, devendo ser segundo Ribeiro (2008: 10) “*(...) o primeiro quadro de referência para a excelência*”. Nesta linha de pensamento, durante toda a vida profissional bem como no decorrer deste percurso formativo, procurou respeitar e assegurar a observância de todos estes princípios.

No sentido de avocar as responsabilidades sociais e éticas, como pessoa ou profissional, tem como referenciais para a acção os valores consignados na deontologia profissional (mandato social da profissão) e o dever de exercer a garantia e salvaguarda da dignidade da pessoa humana.

Por sua vez, o processo de tomada de decisão que norteia o exercício profissional de enfermagem tem no seu cerne a prática baseada na evidência. Conforme previsto nos Padrões de Qualidade da OE (2001: 7) o enfermeiro deve incorporar os resultados da investigação na sua prática profissional e reconhece que a “*(...) a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...)*”, o qual procurou acatar no âmbito da prestação dos cuidados. O respeito pela Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada constituiu igualmente uma referência no decorrer de todo este percurso formativo.

**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 cultura.**

### Objectivos:

- ◆ Estabelecer uma comunicação favorecedora da relação terapêutica com a díade criança/família;
- ◆ Valorizar o processo comunicacional, em todas as suas vertentes.

### Actividades:

- ◆ Desenvolveu uma comunicação efectiva com a díade criança/família através da adopção de uma atitude empática, assertiva e de inter-ajuda, visando a percepção das suas necessidades;
- ◆ Favoreceu a comunicação expressiva de sentimentos/emoções e promoveu o esclarecimento/clarificação de dúvidas e questões por parte da díade;
- ◆ Optimizou o processo comunicacional/relacional, com recurso à componente lúdica e atendeu a todos os seus domínios de acção.

### Análise Crítico - Reflexiva:

A comunicação é a base do sistema relacional do indivíduo, onde se projecta um vasto e complexo processo perceptivo e representativo de saberes, práticas e experiências de vida. A faculdade de comunicação constitui um dos atributos fundamentais do profissional de saúde, pois nela se edifica todo o processo terapêutico. É com os enfermeiros que os pais falam com mais frequência, daí a relevância inerente ao acto comunicacional e relacional. A condição de doença e a necessidade de hospitalização, bem como o ambiente hostil e constrangedor que caracteriza os serviços de Internamento, Urgência e Neonatologia, ao qual se adita a imprevisibilidade do decurso dos acontecimentos são circunstâncias geradoras de grande angústia e sofrimento para a díade criança/família, pelo que se torna de um valor capital estabelecer uma relação terapêutica permeabilizadora de uma comunicação eficaz, a qual tem no primeiro contacto com a díade o ponto-chave para o seu sucesso. De acordo com Jorge (2004: 80/81), uma comunicação eficaz deve atender aos seguintes princípios “ (...) *saber ouvir, identificar os seus sentimentos e tentar reconhecer os da pessoa com quem se pretende comunicar, utilizar técnicas de comunicação, o silêncio, a reflexão, a receptividade, o esclarecimento e ser coerente nas suas mensagens*” e prende-se com todos os seus domínios de acção: verbal, não-verbal e abstracto. A capacidade de escuta assume um papel estruturante em todo este processo e constitui o motor essencial para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. Esta relação de ajuda permitirá à díade o reconhecimento e o alcance dos seus potenciais recursos e estratégias de superação da doença (mecanismos de coping). A assertividade é também uma das características de que se deve pautar o acto comunicativo, a qual implica “...*assumir de um papel activo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvaguardando os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara e directa, sem ameaças ou ataques*” (Riley, 2004: 9). Do mesmo modo, a paralinguagem reveste-se de um valor fundamental nos lactentes e crianças mais

novas, sendo muitas vezes “ (...) esquecida ou considerada como não existente, o que se presta a inúmeros equívocos relacionais” (Jorge, 2004: 80).

Ao longo de todo o período de estágio foi possível constatar que o acto comunicacional com a criança/família é bastante complexo. Neste sentido, a assistência foi direccionada não só para a criança como também para a estrutura parental, pelo que procurou em todas as situações acolher a díade, respeitar/aceitar valores, crenças, atitudes e favorecer a comunicação expressiva de sentimentos e emoções. Atendendo a que o toque é a forma mais precoce de comunicação, acatou igualmente à vertente não-verbal do processo comunicacional. Do mesmo modo e atendendo a que o brincar é uma necessidade básica da criança, que surge nos primeiros dias de vida e se desenvolve durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento, ou seja, é a sua linguagem universal, constituindo a melhor forma de se relacionar com ela, procurou em todos os contactos recorrer à componente lúdica. Neste sentido, proporcionou actividades adequadas ao seu estadio de desenvolvimento cognitivo e condição física, permitiu a manipulação de material específico aquando da exemplificação das intervenções e potencializou os recursos existentes com o intuito de ganhar a sua confiança/cooperação e minorar o impacto da hospitalização. No que se refere ao Serviço de Urgência do H.S.S. constatou que é desprovido de brinquedos e de um local próprio para a actividade lúdica, o que considera ser uma lacuna e que seria vantajoso a criação de um local para o efeito, apesar de em termos visuais ser bastante apelativo.

No contacto directo com os pais /familiares foi possível ainda aferir a sua avidez, em termos de informação e da necessidade desta ser reforçada várias vezes e reassegurada pelos vários elementos da equipa de enfermagem. A informação do profissional de saúde ao doente é um direito do qual não se deve demitir, mas o facto é que muitas vezes entre o saber (conhecimento) e a sua prática (atitude) vai uma certa distância.

Aludindo ao contexto de Internamento, verificou que esta situação foi particularmente evidenciada por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, tendo os pais verbalizado frequentemente que a informação dada era escassa, causando-lhes ansiedade e preocupação. De forma a minorar esta situação procurou estar desperta e demonstrar abertura e receptividade para todas as suas dúvidas e receios; estimular a comunicação compartilhada, fornecendo explicações acerca de todos os procedimentos efectuados de acordo com o seu nível sociocultural e usando todas as oportunidades para aumento da sua compreensão; comunicando de uma forma clara, sucinta, organizada e com base em estratégias assertivas, o qual foi perceptível igualmente pela generalidade da equipa de enfermagem. Do mesmo modo, no contacto com a criança procurou igualmente explicar todos os procedimentos efectuados atendendo ao seu estadio de desenvolvimento cognitivo. Ainda relativamente ao contexto de Internamento pôde aferir algum distanciamento comunicacional entre a equipa médica e de enfermagem, o qual considera não ser benéfico na assistência à díade, e tal como assevera Lemos (2006: 49) “ *Não pode haver comunicação de qualidade entre os profissionais e os utilizadores dos Serviços de Saúde se não houver também uma boa troca de informações inter e intra-profissional* ”.

Em suma, a comunicação no cuidar em enfermagem é holística, considerando a pessoa na sua individualidade e globalidade e constitui o cerne de toda a relação terapêutica, pelo que deve ser valorizada e aprimorada a todo o momento por aquele que presta cuidados.

- 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.**
- 7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.**
- 8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.**
- 21. Incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes, no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

#### **Objectivos:**

- Aprofundar conhecimentos relativos ao impacto da hospitalização na díade criança/família;
- Desenvolver habilidades, no sentido de promover a adaptação da díade criança/família ao processo de doença e hospitalização;
- Aplicar de forma adequada e pertinente, os conhecimentos gerais e especializados, no âmbito da assistência à díade criança/família;
- Sustentar a prática assistencial na evidência científica.

#### **Actividades:**

- Analisou o impacto da hospitalização na díade criança/família e promoveu estratégias de adaptação, visando a minoração dos seus efeitos negativos e a maximização do seu bem-estar;
- Promoveu o acolhimento da díade criança/família;
- Negociou a participação da díade criança/família no decurso de todo o processo de cuidar (Parceria de Cuidados);
- Promoveu a assistência à família, apoiando o desempenho do *Papel Parental*;
- Promoveu a *Vinculação*;
- Valorizou a temática da *Dor* e a *Promoção do Conforto* no âmbito do processo de prestação de cuidados.

#### **Análise Crítico - Reflexiva:**

Para Alegre (2006: 6) “O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, centrado na sua população-alvo, terá de ser o impulsionador do desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área, através da investigação e da reflexão na e sobre a prática”. Cada vez mais a sua

actuação deverá contemplar uma prática de enfermagem avançada, a qual corresponde a uma *“ maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal - baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências na tomada de decisão”* (Silva, 2007: 18).

A necessidade de hospitalização da criança, aliada à sua condição de saúde e a prematuridade afiguram-se como momentos de crise no seio familiar. Em sentido lato, a hospitalização em contexto familiar afigura-se como um momento de separação dado que *“ (...) mesmo que essa separação não se verifique fisicamente em relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afectivo”* (Jorge, 2004: 24), daí ter sempre repercussões psicológicas na díade criança/família.

O nascimento de um RN prematuro representa para os pais o conflito entre o bebé real e o bebé idealizado, para o qual não estão munidos de estratégias de confrontação e adaptação, o qual constitui uma crise *“ (...) trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo de perda. Todos estes sentimentos criam estresse e muitas vezes levam ao distanciamento entre os pais e o filho”* (Tamez e Silva, 2009: 78), acrescido o facto de ainda se encontrarem numa fase de transição para o desempenho da parentalidade. Do mesmo modo, a incerteza que se vislumbra no estado de saúde do RN e o ambiente tecnológico altamente sofisticado concorrem igualmente para o surgir de um conflito emocional, com impacto na dinâmica familiar. Tal permite inferir que a ligação afectiva (vinculação) actual e futura da díade, bem como o desempenho do papel parental podem estar comprometidos. Neste sentido, quer a vinculação quer o papel parental constituíram-se focos de atenção no decorrer de todo o percurso formativo. Assim, procurou promover o processo de vinculação e a assistência à família no desempenho do papel parental, envolvendo-a e incentivando-a nos cuidados a prestar ao RN (como por exemplo, mudança de fraldas, alimentação por gavagem, higiene corporal, massagem, posicionamentos); fomentando uma atitude vinculativa através do contacto corporal (Método Canguru) e incitando a visita dos pais aos filhos. Estão documentados os benefícios deste método, tais como *“ (...) maior apego materno ao recém-nascido, ganho de peso corporal mais rápido do recém-nascido e alta hospitalar antecipada (...) também colabora para o aumento da produção do leite materno”* (Tamez e Silva, 2009: 80/81), do mesmo modo que a aproximação do bebé com os pais na UCIN *“...oferece estímulos positivos para a estabilidade e evolução clínica do recém-nascido pré-termo (RNPT), redução no tempo de internação e diminuição das reinternações da criança”* (Martinez, et al; 2007: 53).

A prática do cuidar em Neonatologia deve adoptar atitudes que permeiam o cuidar da família e devem ser criadas *“...possibilidades que permitam ampliar o foco do cuidado, em busca da perspectiva de se ver a criança internada e a família como um conjunto a ser cuidado”* (Pedroso e Bousso, 2003: 124), atendendo a que *“...esse significado de cuidar da família é modificado pelo profissional por meio de um processo interpretativo ao lidar com as vivências do dia-a-dia”* (Ibidem: 126). Neste sentido, foram valorizadas as necessidades emocionais e cognitivas da família, pelo que incentivou à expressão de sentimentos, dúvidas, receios e

crenças; demonstrou disponibilidade para responder às suas perguntas ou procurar as respostas necessárias, em caso de dúvida e realizou ensinamentos informais, de acordo com as necessidades detectadas. Foram várias as situações em que as mães verbalizaram falta de tempo para atender às suas necessidades, a relação mais distante para com o cônjuge e os outros filhos e a falta de apoio por parte da restante família, pelo que procurou incentivar a sua participação no Grupo de Apoio aos Pais disponibilizado pelo serviço. Este grupo constitui-se por uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira especialista e têm no seu âmago o encorajamento e o incentivo aos pais na expressão de sentimentos e necessidades através da partilha de experiências, o que considera ser uma mais-valia. Foi perceptível também por parte dos pais dos Recém-Nascidos, face ao tempo que permanecem no serviço o apoio mútuo e a troca de experiências, o que seguramente se constituirá estruturante em todo este processo.

A promoção da vinculação está fortemente ligada à promoção da amamentação, constituindo o acto de amamentar *“um tipo de Ligação Mãe - Filho com as seguintes características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome”* (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005: 45), existindo entre elas uma relação de complementaridade. No contacto com estas mães aferiu a verbalização de sentimentos de fracasso, impotência e insegurança pelo que foi demonstrado apoio para com o seu projecto de amamentar tendo sempre presente que *“O Aleitamento Materno bem sucedido depende mais do desejo da mãe de amamentar o seu filho, do que qualquer outro factor”* (Whaley & Wong, 1999: 142). Os ensinamentos foram realizados paulatinamente e no momento oportuno atendendo à sua disponibilidade física, emocional e receptividade, adoptando uma atitude de inter-ajuda (não as substituindo) e de empatia para com os seus sentimentos, de modo a reforçar a sua segurança e confiança, na maior parte das vezes perdida.

Ciente dos factores de stress associados à condição de hospitalização (angústia da separação, perda de controlo e medo da lesão corporal e dor), foi possível constatar no contacto diário com as crianças e respectivos pais a sua observância. Verificou ainda que a situação de hospitalização associada à necessidade de isolamento da criança constitui um factor adicional de ansiedade e sofrimento para a díade. Para além da mudança ambiental e da aparência estranha dos visitantes que a caracteriza, adita-se a circunstância inerente à razão dessa necessidade, o qual condiciona instabilidade emocional aos pais e por vezes, alguma incompreensibilidade por parte dos mesmos.

Tendo em conta que a área de prestação de cuidados em Pediatria aponta para uma doutrina que potencia uma partilha e uma continuidade de intervenções centradas na criança e na família, no intuito de amenizar o impacto da hospitalização e minorar a separação entre pais e filhos, procurou no decurso de todo este percurso formativo ir de encontro ao paradigma da parceria no cuidar. Nesta linha de pensamento, toda a actuação foi dirigida para a díade criança/família, contemplando uma abordagem individualizada, globalizada e assente na complementaridade. Consciente da importância do acolhimento neste processo, e atendendo a

que *“Para que os pais sejam um elemento efectivo da equipa assistencial, necessitam ser ajudados desde o primeiro momento na realização do seu papel dentro da mesma”* (Jorge, 2004: 67), procurou realizá-lo de forma eficaz. Aludindo ao contexto de Internamento, foi possível aferir a ausência de um Guia de Acolhimento para os pais, considerando este de um valor fundamental, o que no entanto não dá o direito ao profissional de saúde de se demitir dos diálogos de acolhimento, quer seja na admissão ou nos posteriores. Apesar de ter sido diagnosticada essa necessidade, face à curta duração do estágio e aos trâmites institucionais inerentes à aprovação do documento, foi aconselhado a não realização de nenhum instrumento de consulta nessa área. Sendo assim, na altura da admissão da criança/família, a qual constitui o primeiro acolhimento à díade, procurou numa primeira circunstância apresentar-se pelo nome, atitude que verificou ser muito pouco expressiva na equipa de enfermagem e a qual considera fundamental para o estabelecimento futuro de uma relação de confiança e abertura. Parte integrante deste acolhimento e no sentido de minorar a perda de controlo associada à hospitalização procurou conhecer e respeitar os hábitos, preferências e rotinas da criança sempre que exequível, especificamente no que diz respeito aos horários específicos para o banho, brincar, dormir, vestir-se, demonstrando igualmente respeito pela sua autonomia e privacidade. Conforme afirma Brito (2006: 34) *“ Conhecer a história da criança e tentar respeitar os seus hábitos durante o internamento é um acto terapêutico”*. Neste primeiro acolhimento procurou ainda dar todas as informações inerentes às regras e rotinas próprias do serviço e realizou uma visita guiada aos principais espaços físicos do serviço (espaços de acolhimento) que iriam ser de usufruto da díade.

Outro aspecto importante e valorizado refere-se à promoção da liberdade de movimentos, especialmente pertinente nos lactentes e crianças mais novas. Neste sentido, favoreceu a preservação do contacto mãe-filho aquando da realização de alguns procedimentos e sempre que possível procurou obter a cooperação da criança através da componente lúdica. No caso de procedimentos dolorosos foi valorizada a preferência dos pais por ajudar, observar o procedimento ou simplesmente estar ausente na altura da sua realização e no que se refere à criança, sempre que exequível procurou também que esta se expressasse acerca do procedimento, por exemplo o melhor momento para realizar determinada intervenção ou a escolha do membro para a punção venosa. O reforço positivo no decurso e final da intervenção não foi descurado, sendo importante para o fortalecer da relação de confiança e para a aceitação por parte da criança de posteriores procedimentos. Por sua vez e de acordo com Algren (2006: 655), *“ (...) manter a independência, e o conceito de autocuidado pode ser muito benéfico”* para a promoção do controlo, o qual procurou instituir na prática assistencial sempre que exequível. Deste modo, no contacto com os adolescentes realça o processo de negociação (planeamento conjunto de cuidados), a estruturação dos horários, o uso das suas próprias roupas, as preferências alimentares, a manutenção e flexibilidade para as suas actividades preferidas como factores adjuvantes e os quais não foram descurados. Outro aspecto importante e que constituiu sempre uma preocupação de sua parte assim como da equipa de enfermagem foi o facto de colocar a criança admitida numa enfermaria com crianças

da mesma faixa etária e com patologias semelhantes, de forma a minorar o impacto da hospitalização.

Do mesmo modo, a minimização da angústia de separação constituiu um outro alvo de atenção. Neste sentido e consciente de que a presença dos pais é imprescindível para atenuar as emoções negativas da criança, na medida em que estes constituem as suas figuras de referência, a sua fonte de tranquilidade, segurança e afectividade, foi fomentada a sua presença ou de pessoa significativa, reconhecendo-os não como uma opção e sim como uma necessidade e tal como assevera Brito (2006: 34) *“Incentivar os pais a permanecerem e a ocuparem-se da criança é fazer avançar o processo terapêutico. Não basta dizer aos pais que podem ficar junto dos filhos. É necessário que eles sintam que são de facto bem-vindos, que são úteis e que contamos com eles para tratar o seu filho”*. Durante o estágio verificou que esta angústia de separação é igualmente penosa para os pais, principalmente no que se refere ao momento de avisar a criança sobre a sua saída, tendo verificado que alguns mentiam sobre a sua ausência com o intuito de evitar a contestação imediata por parte da mesma. Outros ainda condicionavam a satisfação das suas necessidades em prol de um acompanhamento contínuo da criança, e neste caso especificamente mais as mães. Neste sentido, procurou ajudar a reconhecer que os comportamentos de separação manifestados pela criança são normais e esperados e que a mentira não é uma boa estratégia, dado ser potencializadora de uma sensação de abandono para com esta. Para além disso, incutiu na estrutura parental a necessidade e importância da satisfação das suas necessidades humanas básicas, como algo reestruturante na recuperação de forças e energias. Por sua vez, os objectos significativos e familiares também são estruturantes neste processo de ajustamento da criança à separação proporcionando conforto e segurança, pelo que foi enfatizada a sua presença. A participação dos pais nos cuidados a prestar assume igualmente posição de destaque no sentido de potencializar a sua autonomia, segurança e controlo, o qual foi fomentado no decorrer de todo o estágio, atendendo concomitantemente à sua capacidade física e emocional e disponibilizando tempo para a sua integração.

Outro aspecto que constituiu um foco de atenção no decorrer de todo o percurso formativo prendeu-se com a promoção do conforto e valorização da dor. Segundo Batalha (2010: 3), *“A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental, e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. Cada pessoa tem um significado próprio de dor marcado pela particularidade e unidade do seu ser. É por isso que não há dor sem significação afectiva, ou seja, sem sofrimento”*. Daqui pode-se inferir o carácter subjectivo de que se reveste, de modo que a sua avaliação surge como uma tarefa crítica e complexa, reflectindo-se no seu adequado tratamento. No que concerne a esta última questão, Batalha (2007: 145) preconiza que *“(…) estão identificados obstáculos como: o insuficiente conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento; uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza, na plenitude, a qualidade de vida na doença, relegando*

*para plano secundário o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento; e a não assunção na perfeição de princípios éticos e deontológicos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados*". Pela premência e complexidade de que se reveste, a dor foi instituída como "5.º Sinal Vital" pela DGS (Circular Normativa n.º 9, de 14/06/2003), determinando-a como uma norma de boa prática e uma rotina altamente humanizante, sendo imperativo a sua avaliação e registo sistemático pelos profissionais de saúde. Reconhecendo-se que a criança, em comparação com o adulto, apresenta uma limitação da capacidade cognitiva e das habilidades verbais, esta conduta carece da utilização de instrumentos específicos e válidos (as escalas de avaliação), as quais devem ser adaptadas ao estadió de desenvolvimento cognitivo da criança e à sua condição de saúde. Face ao exposto e ciente da sua importância, intentou no decurso deste percurso formativo encarar a dor com a mesma seriedade que os outros sinais vitais, procedendo à sua avaliação, registo e tratamento atempado. Sempre que possível, procurou entender a história da dor, reconhecendo os pais como recurso vital nesta apreciação; atender às manifestações fisiológicas e comportamentais da criança, empregando as escalas de avaliação adequadas à sua condição de saúde e estadió de desenvolvimento cognitivo e empregando as respectivas medidas farmacológicas e não-farmacológicas, designadamente a sucção não-nutritiva, o afagar, o aconchego, o balançar, as massagens e os posicionamentos.

Aludindo ao contexto Neo-Natal e tendo em conta a promoção do conforto, procurou nortear a assistência pelo princípio da manipulação mínima defendido pelo NIDCAP. O Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Individualizados e Programa de Avaliação para o Recém-Nascido corresponde "*...a uma abordagem abrangente para o cuidado, sendo o apoio desenvolvimental individualizado de acordo com as metas do Recém-Nascido e o seu nível de estabilidade. Além disso, visa apoiar as famílias e os profissionais que cuidam dele*" (NIDCAP Federation International, 2008). De acordo com Montgomery (1998) e Westrup et al (2000), citado por Ramos (2004: 9) este baseia-se na "*...observação naturalista, sistematizada e semanal do recém-nascido, utilizando uma grelha de avaliação, inspirada nos trabalhos desenvolvidos por Brazelton (...) realizada antes, durante e depois das intervenções, permite definir as estimulações adaptadas ou seja as que provocam comportamentos de aproximação, e simultaneamente identificar o limiar da desorganização de um ou mais dos sub-sistemas envolvidos, bem como as estratégias utilizadas pelo recém-nascido, para manter a autorregulação global. A partir destas observações, é elaborado um plano holístico de cuidados, discutido pela equipa de saúde com a participação dos pais*". Als & Gilkerson (1997), citados pela mesma autora (2004: 9) defendem que este modelo "*...foi elaborado com o objectivo de implementar a filosofia de cuidados centrada na família, numa perspectiva do desenvolvimento*". As áreas de intervenção deste modelo comportam o controlo dos estímulos externos (auditivo, visual, táctil e vestibular), o agrupamento dos cuidados de enfermagem e de outros profissionais, o posicionamento do RN e a parceria da estrutura parental nos cuidados a prestar ao mesmo. Neste sentido, procurou organizar os cuidados; privilegiar os estados de alerta do RN para proceder às manipulações e encorajar a interacção com a estrutura parental;

favorecer os períodos de sono-reposo, reduzindo a estimulação ambiental/sensorial (respondendo prontamente aos alarmes dos equipamentos, fechando as portinholas das incubadoras com gentileza, removendo a água do circuito expiratório das traqueias, reduzindo a luz por determinados períodos e cobrindo parcialmente as incubadoras). Do mesmo modo, permitiu que o RN se reorganizasse e acalmasse entre os procedimentos, colocando-o em posição fetal caso estivesse agitado e posicionando-o com recurso à utilização dos “ninhos”. Por fim reforça o facto de encarar todas as considerações anteriormente explanadas como fortes contributos para o favorecimento do ambiente terapêutico e para a minimização do impacto da hospitalização na díade criança/família.

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

#### **Objectivos:**

- Identificar focos de atenção da prática de enfermagem e seus desafios no contexto assistencial;
- Desenvolver competências crítico-reflexivas sobre a prática de enfermagem.

#### **Actividades:**

- Reflectiu sobre o exercício da parceria, no âmbito da prestação de cuidados;
- Reflectiu sobre a dinâmica de um Serviço de Neonatologia, inserido num “Hospital Amigo dos Bebés”;
- Reflectiu sobre a actuação da equipa de enfermagem no controlo e tratamento da Dor;
- Reflectiu sobre a dinâmica da equipa de enfermagem na assistência à criança/família, no contexto do SU.

#### **Análise Crítico - Reflexiva:**

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de intervenção cuidativa que reconhece expressamente o contributo dos pais no cuidado à criança, baseando-se na premissa de que “*o cuidado das crianças saudáveis ou doentes, é melhor conduzido pela sua família com ajuda gradual dos membros de saúde qualificados quando for necessário*” (Casey, 1995: 1059). Segundo a autora (1993), citado por Ferreira e Costa (2004: 54) “*os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança*”. Parafraseando-a novamente (1993), citada por Mano (2002: 53) a situação de doença e a condição de hospitalização para a díade influencia fortemente “*a sua capacidade para agir social, emocional e fisicamente*”. Neste sentido, a parceria no cuidar implica não só uma consciencialização efectiva por parte dos

profissionais de saúde dessa condição, mas também de uma abordagem individualizada, sistemática e compartilhada das necessidades e capacidades da família.

À luz da perspectiva como enfermeira especialista constatou que, durante todo este percurso formativo o exercício da parceria nem sempre teve observância prática. Aludindo ao contexto Neo-Natal, aferiu que um factor que concorre para esta afirmação é o facto do banho do RN ser efectuado no turno da noite, o que na maior parte das vezes inviabiliza a possibilidade de os pais estarem presentes. Apesar de se ter verificado a participação e envolvimento dos pais nos cuidados e atendendo a que o processo de negociação implícito nesta relação de parceria carece de uma disponibilidade física e emocional por parte da estrutura parental, considera que nem sempre foi dada relevância a este factor. A criação de um espaço para os pais exporem as suas dúvidas e o atender às suas capacidades físicas e emocionais tornam-se imprescindíveis para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, sendo esta estruturante de uma verdadeira parceria.

Após pesquisa bibliográfica e conversas informais com a equipa de enfermagem aferiu que o CHP - Unidade MJD foi certificado pela OMS e UNICEF, como a primeira Unidade do Norte e o 4.º Hospital de Portugal “Amigo dos Bebés”, uma iniciativa que premeia o incentivo do aleitamento materno. Tendo em conta que esta certificação obedece a determinados critérios (ANEXO V) e após observação contextual verificou que nem todos eles se adequam à realidade desta Unidade, dada a sua especificidade. Um deles refere-se à não utilização das tetinas ou chupetas, facto que é incomportável para este serviço. Conforme nos revela a literatura, a sucção não nutritiva constitui uma das medidas não farmacológicas utilizadas no tratamento da Dor (cf. Askin e Wilson, 2006: 247), tendo um efeito calmante e nos RN com CPAP nasal deve-se “ (...) estimular a sucção com a chupeta no sentido de evitar perdas de pressão pela boca” (Nona, 2004: 66). Outro aspecto que não se aplica e indo de encontro ao preconizado na Carta da Criança Hospitalizada refere-se ao alojamento conjunto, sendo somente facultada à mãe a presença junto ao RN até às 21H. Contudo, o serviço dispõe do sistema Babycare que permite aos pais dos Recém-Nascidos da UCEN manterem o contacto visual com os filhos a partir de casa em determinados horários pré-estabelecidos, o que de alguma forma considera ser importante para amenizar esta situação, não sendo contudo substituto da sua presença efectiva.

Por outro lado, verificou que nem sempre se proporcionavam as devidas condições físicas e de repouso essenciais para permitir à díade a vivência da hospitalização de uma forma mais amenizada e apesar de ter sido perceptível por parte da equipa de enfermagem um esforço no seu aprimoramento considera que o espaço exíguo da Unidade associado à falta de privacidade dos pais corrobora esta condição, apesar de ter sido remodelada recentemente. Contudo, encara que esta lacuna acaba por ser colmatada pela componente humana da equipa multidisciplinar. À entrada da UCEN existe um Cantinho de Amamentação onde as mães efectuam a extracção do leite materno que está separado da Unidade por vidros, o qual considera não ser contemplativo da sua privacidade, pelo facto de poder ser visível por qualquer pessoa presente na UCEN. Apesar deste constrangimento, aferiu que esta condição

não impede nem inibe as mães de usufruírem desse local, contudo pensa que este aspecto menos positivo seria facilmente resolvido com a colocação de uma película aderente opaca, o que seria mais sustentador de uma filosofia assistencial que aprimora o acolhimento destas famílias.

Reportando agora para o contexto de Internamento e consciente do facto da família ser alvo de cuidados neste exercício de parceria reconhece que nem sempre é fácil e factível um acompanhamento e atendimento integral às suas necessidades, reflectindo-se no acto de negociação relativo a questões como por exemplo a hora do banho, hora das visitas e tipo de visitas. Contudo, considera que o esforço e empenho existem, o qual foi possível constatar por parte de toda a equipa de enfermagem.

O Modelo Teórico de Casey reconhece dois conceitos facilitadores desta abordagem de parceria, os cuidados centrados na criança/família e os cuidados negociados. Segundo a autora (1993), citado por Mano (2002: 55) “*O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um*”. Este processo de negociação deverá incidir em todas etapas do plano de cuidados estabelecido. Do mesmo modo, Casey (1993) citado por Ferreira e Costa (2004: 55/56) “*propõe uma abordagem de cuidados flexível, embora distinga cuidados familiares de cuidados de enfermagem (...) haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha actividades de cuidados familiares e outras em que os pais tomam a seu cargo algumas actividades de cuidados de enfermagem*”. Reflectindo novamente sobre o exercício de parceria nesta realidade contextual foi possível aferir mais uma vez a sua inobservância integral. Reportando para a admissão da criança/família e tendo em conta as etapas do processo de negociação preconizado por Casey (mais especificamente a fase de apreciação) verificou que esta incidia sobretudo nas questões inerentes às regras e normas do serviço, em detrimento das necessidades/preocupações da díade. Ainda no que concerne a este último aspecto constatou uma maior atenção à criança e suas necessidades/problemas, em detrimento das da família. Considera contudo, que esta avaliação exige tempo e disponibilidade por parte do enfermeiro, o que nem sempre é exequível num primeiro momento. Sendo este um momento crucial, pensa também que os serviços hospitalares deveriam ser providos de infra-estruturas/local adequado para o efeito, e que proporcione um ambiente calmo, de modo a assegurar uma maior privacidade e segurança à díade. Outro aspecto refere-se ao plano de cuidados, sendo que foi possível verificar que os pais nem sempre são incluídos e valorizados na sua fase de planeamento, a qual inclui questões importantes como a sua deliberação (quanto ao nível de envolvimento nos cuidados) e o seu conhecimento, assim como na fase de avaliação. Contudo, assistiu a uma complementaridade na acção, mais concretamente no que se refere à execução dos cuidados tendo verificado que muitas vezes os cuidados familiares (como a alimentação ou higiene) eram assegurados pela equipa de enfermagem em vez dos pais, após constatação da sua ineficácia ou falta de conhecimentos por parte destes, tal como assevera o Modelo Teórico de Casey. Reflectindo ainda sobre a Carta da Criança Hospitalizada, verificou que esta se encontra exposta no serviço, mas nem

sempre todos os princípios têm observância prática. Um exemplo refere-se ao ponto 6, o qual prevê o direito de as crianças não serem admitidas em serviços de adultos e deverem ficar reunidas por grupos etários, tendo sido possível constatar que efectivamente muitas vezes tal não foi cumprido, quer por impossibilidade física do serviço quer por este se encontrar com lotação máxima. Contudo, quando imprescindível a mobilização da criança para outros serviços, procurou manter-se um ambiente acolhedor para a díade e assegurar alguns dos direitos a ela reservados, tais como a presença dos pais e as refeições gratuitas.

Volvendo agora a atenção para a componente estrutural e organizacional do serviço pensa que de um modo geral, este se afigura como um elemento facilitador da experiência de hospitalização da díade criança/família. A sua decoração é tranquilizante, bastante apelativa em termos visuais recriando o imaginário infantil. É provida de um espaço para as actividades lúdicas com brinquedos, jogos e livros, no qual foi possível interagir com a criança e potencializado o seu uso pela estrutura parental. Constatou, contudo que o serviço não é provido do apoio de Educadoras de Infância, sendo este um aspecto fundamental que considera ter sido colmatado através do processo comunicacional estabelecido pela equipa de enfermagem, na sua interacção com a criança e no uso das mais diversas técnicas de comunicação empregues.

No final de todo este percurso formativo e após reflexão *in loco* considera que a Parceria de Cuidados é algo muito mais lato e não está completamente patente em todos os contextos assistenciais. Esta Parceria para além de implicar por parte do enfermeiro uma valorização e reconhecimento efectivos torna exigível a necessidade de ultrapassar determinadas barreiras, não devendo ser confundida com uma compartimentalização de funções e sim, com o desenvolver de um conjunto de acções que têm no seu âmago o máximo bem-estar da criança e sua família. No entanto, está ciente que partilhar saberes, poderes ou espaços não é um acto simples e isento de dificuldades, implicando uma mudança de atitudes e valores por parte de todos os intervenientes (pais e profissionais de saúde), bem como das políticas institucionais e da própria dinâmica organizacional dos serviços. Nesta linha de pensamento considera fundamental uma consciencialização efectiva e o estabelecimento de uma cultura organizacional sustentadora desta filosofia, a qual poderá passar pela formação específica de todos os elementos da equipa de saúde.

No que concerne à temática da dor e aludindo ao contexto Neo-Natal verificou que existe na Unidade uma escala de avaliação da dor, contemplada no SAPE que corresponde à escala de EDIN. Trata-se de uma escala comportamental que foi desenvolvida para avaliação da dor dos RN em UCIN e validada para a população portuguesa. É simultaneamente uma escala de avaliação da dor e do conforto, cuja mensuração é efectuada uma vez por turno. Esta escala contempla cinco variáveis (rosto, corpo, sono, interacção e conforto), sendo cada variável categorizada de 0-3 valores, sendo a pontuação máxima de 15. Contudo aferiu que não existe nenhum protocolo de actuação instituído, associado à avaliação da dor. Verificou também que no caso de procedimentos dolorosos existe na Unidade a sacarose a 24%, cuja utilização está protocolada e é frequentemente utilizada.

Relativamente ao contexto de Internamento, verificou que são utilizadas três escalas de avaliação da dor diferentes, as quais estão contempladas na folha de avaliação inicial de enfermagem. A primeira refere-se à Escala de NIPS, atribuível a crianças dos 0 aos 2 anos e que contempla 6 variáveis (Mímica Facial, Membros Inferiores, Membros Superiores, Choro, Nível de Consciência e Padrão Respiratório); a segunda é a Escala de Faces que compreende 6 itens de avaliação e cujo limite intervalar se situa entre os 2 e 16 anos e por último a Escala Numérica, aplicável a crianças que compreendam o seu significado, a qual concebe 10 itens de avaliação. No que concerne à avaliação da dor constatou tratar-se de uma atitude pouco expressiva pela equipa de enfermagem, sendo valorizada somente por alguns profissionais, assim como o registo da mesma. As escalas de dor não eram utilizadas por rotina, a todas as crianças, tendo o seu uso sido verificado sobretudo nos casos pós-cirúrgicos. Para além disso, verificou igualmente não existir nenhum protocolo de actuação instituído associado à avaliação da dor. No entanto, foi patente por parte da equipa de enfermagem uma preocupação pelo tratamento atempado da dor e na avaliação da sua eficácia. Do mesmo modo, foi visível a sensibilização por parte de toda a equipa no que concerne à utilização dos recursos necessários e disponíveis para a promoção do conforto e alívio da dor na criança, tanto no que se refere às medidas farmacológicas, como às não farmacológicas, aquando da realização de técnicas ou procedimentos aversivos. É prática do serviço a utilização preventiva de substâncias açucaradas (Glicose a 30%) e do EMLA® a 5% (creme) nos lactentes e crianças mais pequenas, assim como a prescrição de analgésicos (mais frequentemente o Paracetamol e o Ibuprofeno) com esse mesmo fim.

No entanto, considera que a concepção de um protocolo de avaliação da dor nestes contextos assistenciais contribuiria para uma melhor prevenção/tratamento da mesma e para uma conduta mais segura por parte de todos. Tal como refere Batalha (2010: 26), *“A quantificação da dor é considerada cientificamente correcta quando feita através de escalas validadas para o efeito. Reconhecer simplesmente que a criança tem dor sem uso destes métodos objectivos e padronizados não é certamente muito científico”*, por outro lado a Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003 vem dar orientação bem clara que todo o profissional de saúde deve monitorizar adequadamente este sinal vital. No que concerne ao contexto de Urgência constatou que não existe nenhuma escala de avaliação de dor instituída, estando a sua valorização dependente da apreciação de cada enfermeiro. Foi ainda perceptível alguma *“falta de sensibilidade”* por parte da equipa de enfermagem no que respeita a esta temática, tendo verificado uma única situação em que foi utilizado o creme EMLA® 5%, apenas na realização de punções lombares. De resto, não se verificou qualquer cuidado em nenhum outro procedimento doloroso. Após questionar a enfermeira tutora verificou que a analgesia com sacarose não é contemplada na prática de cuidados, contudo era utilizada por vezes a Glicose a 30%. Esta foi uma das situações em que foi possível problematizar os contextos da prática em relação às perspectivas teóricas, considerando ser fundamental uma mudança de atitudes, no sentido do profissional de saúde estar mais desperto para prevenir ou actuar nas situações de dor.

Reportando novamente ao contexto do SU, mas numa outra vertente constatou que os sentimentos de medo, ansiedade e por vezes pânico vivenciados pela díade surgem aliados à instalação rápida e súbita da condição de doença e sua natureza, bem como à imprevisibilidade do decurso dos acontecimentos e à possibilidade da criança experienciar situações de dor ou desconforto. Considera que a actuação da equipa de enfermagem para além da competência técnica e científica imprescindível neste contexto de cuidados, deve abarcar também a relacional, permeabilizando-se o acolhimento eficaz da criança/família, o respeito pela sua individualidade e a criação de um clima de confiança e escuta activa, de forma a minorar a panóplia de estímulos físicos, psicológicos e auditivos negativos a que estão sujeitos. Para além disso, foi possível verificar a utilização do SU para problemas não urgentes, o qual se deve ao facto de estes terem uma funcionalidade contínua, por um lado e por outro devido à actual falta de capacidade de resposta dos Centros de Saúde (o qual foi afirmado por alguns pais). Isto associado a uma contenção de custos que caracteriza a política actual, em especial no que se refere à limitação dos recursos humanos poderá levar a que a prestação de cuidados diferenciados em situação de urgência/emergência possa ser comprometida. Considera assim que os enfermeiros também devem actuar no sentido de educar a população acerca do atendimento relativo aos cuidados diferenciados, tendo sido possível sensibilizar os pais para tal, sempre que se justificou. No que se refere à triagem verificou que a Triagem de Manchester adoptada pela Urgência Geral não é utilizada na Pediatria. Contudo, o Departamento de Pediatria, por necessidade de racionalizar a afluência às consultas de Urgência de Pediatria, instituiu um sistema de triagem, com base num quadro de critérios, elaborado pelo Director do Departamento, o qual vem contemplado no Anexo II. Após o contacto e familiarização inicial com a dinâmica da triagem e sua posterior realização, pôde constatar que a sua eficácia exige do profissional de saúde destreza, treino e perícia, no sentido de efectuar uma observação rápida e eficaz da criança e na capacidade de recolher informação pertinente da história subjacente à doença, o qual viabiliza o estabelecimento de prioridades e concorre para o melhor funcionamento do serviço.

**10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente/família, especialmente na área da EESIP.**

**12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva profissional avançada.**

**13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da EESIP.**

### Objectivos:

- Desenvolver competências de assistência à díade criança/família, em situações de especial complexidade;
- Desenvolver habilidades reflexivas sobre o papel da enfermeira especialista, no garante da qualidade e excelência dos cuidados a prestar.

### Actividades:

- Proporcionou à díade criança/família informação apropriada, suporte e opções que auxiliassem na sua tomada de decisão;
- Promoveu a adaptação da díade criança/família à doença crónica, facilitando o processo de *coping*;
- Colaborou na assistência a uma adolescente que deu entrada no SU com o diagnóstico de Intoxicação Medicamentosa Voluntária;
- Observou a admissão de um RN com Gastrosquisis no Serviço de Neonatologia e reflectiu sobre as estratégias de *coping* perceptíveis pela figura paterna;
- Observou e reflectiu sobre o papel da enfermeira especialista, no âmbito da prestação de cuidados.

### Análise Crítico - Reflexiva:

O nascimento de um filho assim como a situação de doença constituem momentos de transição para a díade criança/família. Meleis (2006) citada por Abreu (2008: 25) afirma que a transição “*remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas*”. Zagonel (1999: 30) quando se refere à transição, considera que “*O objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições condutivas a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico, integral*”. Durante este percurso formativo, mais precisamente no contexto de Internamento foi possível acompanhar uma criança e sua família numa fase inicial de diagnóstico de uma doença crónica (Diabetes Inaugural). O diagnóstico de doença crónica gera uma situação de crise no seio familiar, sendo o seu impacto muito amplo e diverso. No contacto directo com estes pais foi possível diagnosticar uma série de necessidades patentes, às quais procurou estar atenta e dar resposta. A preocupação inicial prendeu-se com a satisfação das necessidades emocionais pelo que foi reconhecido, valorizado e demonstrado respeito pelas reacções e preocupações expressas pela estrutura parental/família. No discurso proferido pela mãe foi perceptível a verbalização de projecção da doença do filho em si mesma, tendo referido que “*...preferia sofrer pelo meu filho, porque isto não me aconteceu a mim...*”, o que é revelador da sua dor emocional. Neste sentido, de forma a minorar o estado emocional vivenciado e a facilitar o processo de adaptação à doença crónica procurou estabelecer com a estrutura parental/família uma relação terapêutica, adoptando uma postura assente na disponibilidade, escuta activa, compreensão e empatia. Segundo Ray (2002) citado por

Hellsten-Brown (2006: 551), “as condições crónicas nas crianças implicam a maioria das famílias em tarefas, responsabilidades e preocupações adicionais”. O seu aparecimento inesperado implica que uma série de mudanças, de ordem comportamental e afectiva sejam vivenciadas de um modo muito condensado por parte da estrutura familiar, exigindo desta um rápido mobilizar de competências, de forma a lidar com a situação. Por sua vez, Malheiro e Cepêda (2006: 63) com base nas directrizes da American Academy of Pediatrics (2003) citam que “...a prática dos cuidados prestados às crianças com doença crónica deve ser centrada na família para dar resposta às suas necessidades psicossociais e de desenvolvimento. O papel da família, as suas qualidades, competências e conhecimentos são destacados como promotores da saúde e bem-estar da criança e a sua opinião é reconhecida como imprescindível na tomada de decisões”. Nesta linha de pensamento, outras necessidades emergem para serem satisfeitas, tais como as comportamentais e cognitivas. No que se refere às primeiras e tendo verificado por parte da estrutura parental a verbalização de sentimentos de angústia e ansiedade perante a reorganização familiar imposta procurou demonstrar respeito pelas funções da família e assumir um papel facilitador com base no apoio para a procura de soluções e estratégias, nomeadamente no recurso a familiares próximos (neste caso específico os avós maternos). Por sua vez e de acordo com Jorge (2004: 68) “A obtenção de informação é um factor importante na capacidade da família para crescer e mudar, sendo uma necessidade específica em tempo de crise ou stresse (...), dá à família algum controle sobre uma situação em que se sente com menos poder (...) e reduz sentimentos de incerteza que, geralmente, são experimentados durante a fase de adaptação”, podendo depreender-se que as necessidades cognitivas assumem igualmente um papel preponderante. Focando novamente Malheiro e Cepêda (2006: 63), a intervenção do profissional de saúde tem num dos seus objectivos principais o dever de “...ajudar a família e a comunidade em que está inserida a ultrapassar os receios de não saber cuidar ou gerir bem a doença, desenvolvendo as respectivas competências que lhes permitam cuidar da criança/jovem de um modo autónomo, sem risco de agravamento da sua condição de saúde”. No decurso da prática assistencial, por vezes foi possível verificar que os pais evidenciavam défice de conhecimentos e verbalizavam sentimentos de impotência e insegurança, relativamente aos cuidados inerentes à doença do seu filho. Neste sentido, procurou fornecer informações gerais sobre a doença e sobre a gestão do regime terapêutico, designadamente no que se refere à alimentação, exercício físico e terapêutica (técnica de administração de insulina); procedeu ao fornecimento do material necessário para a auto-vigilância e instruiu a estrutura parental nesse sentido. Assumindo igualmente os avós maternos como prestadores de cuidados, dado serem os familiares que mais iriam contactar directamente com a criança, a sua participação e inclusão no processo de cuidados não foi descurada, tendo sido igualmente reforçada a cada oportunidade.

Salienta ainda o facto de que, a informação veiculada ter sido precedida de uma avaliação do estado emocional da estrutura parental/família, ou seja, a disponibilidade e desejo de a receber por parte dessa foram aspectos valorizados. Atendendo a que numa fase inicial (fase de choque) os pais naturalmente apresentam mais dificuldades em assimilar a informação, esta foi

facultada paulatinamente e de modo progressivo através de uma linguagem simples, coerente e acatando a sua capacidade de integração. Procurou ainda validar a informação transmitida atendendo a que *“A ansiedade dos pais diminui a percepção e conduz a más interpretações pelo que o seu nível de compreensão deve ser permanente avaliado”* (Jorge, 2004: 75). Para além disso, foram promovidos sentimentos de encorajamento, segurança e confiança, no que se refere ao desempenho das funções parentais.

Sendo a Diabetes uma situação crónica, que requer adaptações contínuas ao estilo de vida, durante toda a vida e que exige da equipa de saúde uma intervenção contínua e consertada procurou informar a estrutura parental/família sobre a existência na Consulta Externa do Hospital de uma *“Consulta do Diabético”* e sua natureza, para a qual a criança iria ser posteriormente referenciada e a qual considera extremamente importante e pertinente neste processo. De modo a facilitar a promoção e integração social, foi encorajada a adesão à Associação de Diabéticos da Feira, com vista à partilha de experiências e sentimentos, aspecto fundamental para que a díade ganhe confiança e alento para ultrapassar todas as barreiras inerentes a esta nova condição, assim como à desmistificação de alguns aspectos relacionados com a doença, para além das vertentes formativa, cultural e lúdica que a caracterizam.

Aludindo agora ao contexto Neo-Natal, foi facultada a oportunidade de assistir a um parto distócico de um RN de 34 semanas de gestação com Gastrosquisis, a qual constituiu uma experiência muito gratificante visto se tratar de uma realidade completamente desconhecida, tendo igualmente viabilizado a consolidação de conhecimentos ministrados durante a fase teórica do curso. Constatou que uma das singularidades deste serviço é o facto de serem as enfermeiras da Unidade a receber no Bloco Operatório e Sala de Partos, os recém-nascidos que ficam internados na Neo, enquanto noutras instituições hospitalares é feito pelas enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Ao ser necessário um profissional para acolher o RN seria pertinente aferir qual o profissional mais qualificado para estar presente nessa situação, podendo tal constituir-se uma questão de investigação.

No decorrer desta experiência foi possível aferir que a mãe se encontrava bastante apreensiva e consciente da situação do filho, verificando um constante apoio e reforço positivo por parte de toda a equipa de saúde. O transporte do RN para a UCIN foi presenciado pelo pai e avó paterna, tendo-lhes sido facultado tempo para visualizar o RN e uma explicação sumária do seu estado e do que se iria passar a seguir, ao mesmo tempo que se devolviam palavras de segurança e conforto. Tudo isto faz parte do processo de acolhimento do RN/família, o qual seguramente visa deixar a estrutura parental/família mais confortável e tranquila e contribuir para a diminuição da ansiedade ligada a todo o ambiente desconhecido e à própria situação clínica do RN.

Reflectindo um pouco sobre estas duas situações, quer a condição de doença do RN e a situação de hospitalização, quer o diagnóstico de uma doença crónica constituem situações complexas, geradoras de grande angústia e ansiedade, as quais nem sempre são fáceis de transpor aclamando à necessidade de *“ (...) activar mecanismos que permitam encontrar uma*

*leitura e resposta o mais adequada possível perante a situação, o que implica a procura de estratégias e a mobilização de recursos internos e externos que permitam fazer face à situação*” (Jorge, 2004: 46), sendo a construção do seu processo de ajustamento muito complexo. É o que designa por estratégias de *coping* e as quais Meleis preconiza como necessárias para o processo de transição. Stone, Helder e Scheneider (1988) citados por Jorge (2004: 56), defendem “ *um conjunto de estratégias que podem ser mobilizadas pela família (...) o apoio social, a religiosidade (...), a procura de informação (...)* ” e as quais foram perceptíveis nestas duas situações em particular. Especificamente no contexto Neo-Natal, aferiu a prestação de auxílio afectivo evidenciado pela mãe da figura paterna ao próprio, o que certamente se constituirá como algo de extremamente estruturante neste processo. A religiosidade foi algo também perceptível no discurso proferido pela figura paterna e sua mãe, sendo esta também uma das medidas potencializadoras da capacidade de enfrentar adversidades e situações de grande stress emocional. No contacto estabelecido com os pais da criança com doença crónica foi perceptível a valorização dos mesmos pelo auxílio afectivo e apoio estrutural demonstrado pelos avós maternos e a sua verbalização, o que do mesmo modo certamente também se constituirá como algo de estruturante nesta situação em particular.

Na generalidade do estágio e no contacto diário com os pais foi possível a observância de reacções comumente pautadas pela descrença, raiva, medo, culpa, frustração e ansiedade, concomitantemente assinaladas pela esperança e resignação, pelo que procurou dar apoio e facilitar o processo de *coping*. Foi possível também constatar que a criança e os pais nem sempre são capazes de tomar decisões no âmbito do processo saúde/doença, pelo que procurou não descurar este aspecto, ajudando-os a desenvolver esta capacidade, proporcionando a escolha de alternativas, informando-os adequadamente e verificando a observância de uma correcta integração das informações por parte dos mesmos.

Reportando agora ao contexto assistencial do SU, salienta o facto de não ter sido possível desenvolver competências na área da emergência pediátrica, dado não ter surgido nenhum caso durante o período de estágio, tendo a assistência se cingido às situações de doença aguda e crónica agudizada. Contudo, foi possível a confrontação e colaboração numa situação urgente e complexa, uma Intoxicação Medicamentosa Voluntária de uma adolescente de 17 anos. Trata-se de uma situação que requer uma intervenção o mais precoce possível, tendo sido efectuada prontamente a lavagem gástrica com SF e posteriormente a introdução de carvão activado. Concomitantemente procedeu à monitorização dos SV, à punção venosa para colheita de sangue e posteriormente preparou e administrou a medicação endovenosa. Apesar de consciente, a adolescente apresentava -se ligeiramente desorientada, agressiva e não colaborante com as intervenções. Foi uma situação difícil de gerir, considerando imprescindível o acompanhamento sustentado da adolescente face às necessidades que evidenciou, isto é, o encaminhamento para outros profissionais de saúde, nomeadamente um psicólogo, de modo a que não volte a incorrer na mesma situação.

Face ao exposto anteriormente, urge a necessidade de uma enfermagem distinta e especializada, capaz de dar resposta não só às demandas oriundas dos progressivos avanços tecnológicos e científicos, mas também aos processos de transição inerentes à evolução da condição humana, o que implica gerir saberes e competências, no qual a formação tem um papel preponderante.

À luz da perspectiva como enfermeira especialista e tendo em conta a análise decorrente dos contextos da prática considera preponderante o seu papel quer na dinâmica organizacional dos serviços, como na gestão dos cuidados a prestar, tendo sido igualmente perceptível a sua importância na supervisão dos cuidados de enfermagem e no apoio relacionado com a tomada de decisão, especialmente no caso dos profissionais menos experientes. Aludindo ao contexto Neo-Natal constatou que esta última não possui funções específicas no seio da equipa e nem sempre é a responsável de turno. Contudo, só esta pode integrar um Grupo de Apoio aos Pais existentes na instituição, tendo aferido o seu reconhecimento por parte dos restantes elementos da equipa de enfermagem. Relativamente ao SU do H.S.S., a equipa de enfermagem é constituída por uma única enfermeira especialista com horário fixo, que para além de ser a coordenadora do serviço, é sempre a responsável de turno. Foi possível aferir o seu papel preponderante na gestão dos cuidados de maior complexidade interventiva e no apoio aos elementos mais jovens que constituíam a equipa, considerando que a eficácia interventiva deste contexto assistencial torna exigível por parte do profissional um vasto leque de conhecimentos especializados oriundos da formação e um saber experiencial que só se adquire com o tempo. Reportando ao contexto de Internamento, este também era exclusivamente dotado de um elemento com o Título de Especialidade, a quem lhe era delegado o papel de responsável de turno ou ao elemento com mais anos de serviço, aquando da sua ausência.

Indubitavelmente, o enfermeiro especialista assume um papel crucial de suporte e garante da qualidade e Excelência dos cuidados, ao qual concorre em muito a teoria preconizada por Benner. Benner (1984) citada por Brykczynski (2004: 195) defende que “*a prática competente de enfermagem excede os limites da teoria formal*”, sendo a perícia de desempenho incrementada pela experiência e pela formação/educação. A autora desenvolveu um Modelo de Aquisição de Competências, com base no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, defendendo que na aquisição e desenvolvimento de perícia, o enfermeiro passa através de cinco níveis de proficiência (de iniciado a perito). Parafrazeando novamente a autora, citada por Brykczynski (2004: 193), o enfermeiro perito define-se como “ (...) *tendo um domínio intuitivo da situação e como capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas*”. Preconiza que a excelência da prática dos cuidados é conseguida quando se atinge a perícia profissional, ao qual está inerente uma aprendizagem experiencial. Sendo que a experiência corresponde a uma associação entre o conhecimento teórico e a prática profissional. Para a autora (2001: 61) “ *A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria*”. Efectivamente, crê parecer que

em muitas situações os enfermeiros especialistas são tidos como peritos, na medida em que conseguem agir a partir de uma compreensão profunda do problema ou da situação, adequando a sua acção às reais necessidades da díade criança/família. Naturalmente que nem todos estarão no mesmo estadio de desenvolvimento profissional, enquanto uns direccionam a sua conduta no sentido do “fazer”, outros focalizam a sua acção na perspectiva do “como e porquê fazer”. Tal como assevera Benner, este processo de aquisição de perícia, ou melhor dizendo, de desenvolvimento do enfermeiro (de iniciado a perito) insta a necessidade de articular diferentes formas de conhecimento e diferentes saberes, inclusive aquele que advém da experiência.

Nesta linha de pensamento, considera que o enfermeiro especialista com a sua formação pós-graduada (conhecimentos especializados) e com a sua capacidade de percepção e reconhecimento mais refinado, advindo do seu saber experiencial acumulado (saber prático) está mais apto para a prestação de cuidados de excelência, sendo capaz de destrinçar os problemas, decidir criteriosamente e criticamente sobre uma situação complexa, agir expeditamente perante situações inesperadas, estabelecer prioridades de actuação e descodificar intuitivamente as situações, isto é, “olhar para uma criança e aperceber-se que ela não está bem”. Para além do seu papel crucial no domínio da prestação de cuidados, assume-se como um pilar na partilha dos seus conhecimentos especializados e no estímulo aos enfermeiros menos habilitados, para que estes possam alargar os seus horizontes rumo a uma prática cuidativa mais excelente.

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

**Objectivos:**

- Conhecer a orgânica física e funcional dos serviços;
- Integrar a dinâmica dos serviços e da equipa multidisciplinar.

**Actividades:**

- Identificou os recursos físicos, humanos e materiais dos serviços;
- Integrou a metodologia de trabalho instituída;
- Consultou normas e protocolos instituídos;
- Estabeleceu uma comunicação eficaz com toda a equipa multidisciplinar, com base numa atitude empática e de inter-ajuda;
- Reconheceu e respeitou o âmbito de intervenção de todos os elementos da equipa de saúde;
- Articulou informações/decisões com a equipa;
- Conheceu os mecanismos de articulação inter-institucional dos serviços, bem como com outros vértices de actuação (Centro de Saúde, comunidade);

- Identificou os procedimentos inerentes à preparação da alta da díade criança/família e colaborou na sua realização.

#### **Análise Crítico - Reflexiva:**

De forma a dar resposta a esta competência tornou-se imprescindível a observação da dinâmica dos serviços, quer no seu aspecto organizacional, funcional ou estrutural, bem como o contacto com o material e equipamentos necessários para a prestação de cuidados especializados, o qual considera fundamental porque só assim serão rentabilizadas as intervenções de enfermagem. As entrevistas informais com as enfermeiras tutoras e restante equipa revelarem-se essenciais para a integração e aprendizagem neste percurso formativo. No intuito de promover e viabilizar o processo de integração consultou as normas e protocolos instituídos nos serviços, considerando-os essenciais para que a equipa de enfermagem presida a sua assistência com base numa uniformização de cuidados. Toda a vivência pessoal e profissional permite afirmar que uma comunicação eficaz constitui o veículo para uma interação harmoniosa entre todos os intervenientes no processo comunicacional. Reportando para o paradigma da enfermagem, reconhece a necessidade de se estabelecer uma comunicação facilitadora da continuidade e eficácia dos cuidados, a qual deve ser alicerçada num diálogo permanente. Esta condição permite actuar como um todo, num conceito que valida a parceria multidisciplinar e viabiliza a constante intersecção de saberes e de opiniões, consolidados no respeito e mútua confiança, o qual se reverte em prol da melhoria da qualidade de saúde. Neste sentido, procurou integrar a equipa multidisciplinar demonstrando um espírito colaborativo e de inter-ajuda, comunicando de forma clara e assertiva, respeitando o campo de intervenção de todos os seus elementos, procurando o esclarecimento de todas as dúvidas e atendendo a sugestões de orientação pedagógica. Por sua vez, as passagens de turno constituem um momento de excelência para a troca de saberes, opiniões e reflexão tendo tido a oportunidade de nelas participar activamente nos diferentes contextos assistenciais, articulando informações e decisões com a equipa.

Ao longo deste percurso formativo e atendendo ao contexto profissional, considerou fundamental conhecer e compreender os mecanismos de articulação dos diferentes serviços com os restantes serviços da instituição e com a comunidade. No que concerne ao Serviço de Urgência e após conversas informais com a enfermeira tutora constatou que este estabelece linhas de comunicação com diversas entidades, tais como a Polícia de Segurança Pública, os serviços sociais, o INEM, o serviço de ambulâncias, o Instituto de Medicina Legal e o Tribunal de Família e Menores. Quer no contexto de Internamento ou Urgência, apurou também que situações de carência social, negligência, maus tratos e abusos sexuais são referenciados para a assistente social que serve de elo de ligação entre estas e os recursos comunitários e nos dois últimos casos é feita posteriormente a sinalização para a Comissão de Protecção de Menores, que procede à sua avaliação e sempre que necessário ao encaminhamento para o Tribunal de Menores. As crianças que carecem de apoio psicológico ou pedopsiquiátrico são transferidas para o Hospital de Magalhães Lemos. Salaria também o facto de que na

transferência inter-hospitalar de uma criança, o acompanhamento desta por um médico ou enfermeiro é condição exigível sempre que o seu estado inspire cuidados diferenciados.

Por sua vez, a preparação da alta reveste-se de uma importância capital na promoção da continuidade dos cuidados, devendo ser priorizada desde o momento da admissão. Durante este processo formativo foi possível colaborar na preparação da alta clínica da criança/família, tendo fornecido os respectivos ensinamentos, atendendo à capacidade da estrutura parental/família para prover os respectivos cuidados, visando aumentar a responsabilização, autonomia e senso de competência por parte desta. O boletim de Saúde Infantil e Juvenil e a carta de alta de enfermagem (quer em suporte informático ou de papel) constituem elementos integrantes do processo de alta. Verificou que no primeiro era efectuada uma descrição sumária da ocorrência que motivou o recurso ao serviço e no segundo são especificados os diagnósticos que se manterão activos e respectivas intervenções, o qual foi possível realizar. Reportando ao contexto Neo-Natal, assegurou a observância da correcta colocação do RN na cadeira de transporte antes da sua ausência do serviço. Facultou alguma documentação escrita contemplativa de alguns cuidados a ter no domicílio e o contacto da Unidade, para o esclarecimento de qualquer dúvida e verificou que é marcada uma consulta de Saúde Infantil posterior na instituição. No que se refere ao segundo aspecto, considera tratar-se de um procedimento deveras importante, o qual incrementa a relação de confiança e reduz a ansiedade dos pais que sentem que existe um profissional de retaguarda e com experiência, apto a responder às suas necessidades. Neste momento da formação profissional e atendendo à realidade do contexto de trabalho, considera a continuidade de cuidados como um verdadeiro desafio e um caminho que se carece de “limar” algumas arestas, sendo importante a delimitação de responsabilidades e fundamental o exacto reconhecimento dos recursos da comunidade capazes de dar resposta aos problemas de saúde encontrados. Denota que nem sempre os Centros de Saúde estão providos de material para a assistência específica a estes recém-nascidos e que os enfermeiros nem sempre têm as competências e formação exigíveis a este contexto de prestação de cuidados tão diferenciado.

Aludindo ao contexto de Internamento e após conversas informais com a enfermeira tutora, aferiu que no momento da alta é estabelecido o contacto telefónico com o Centro de Saúde de referência da criança, sempre que a sua condição de saúde o exija e verificou que era facultado verbalmente o número de telefone do hospital para qualquer dúvida que pudesse surgir. No entanto, apesar de todas as considerações anteriores e tendo em conta que o momento da alta é encarado com enorme ansiedade por parte da estrutura parental, considera ser pertinente a existência de um guia de alta que contemple todas as informações necessárias, evitando-se deste modo a informação sectorizada e compartimentada.

Salienta também o facto de que, quer no decorrer deste percurso formativo quer no decurso da vida profissional, foram várias as situações que permitiram a consciencialização dos limites da sua intervenção, pelo que surgiu a necessidade de agilizar outras estratégias interventivas, mormente a articulação com outros profissionais da equipa, de outros domínios de conhecimento (como por exemplo, psicólogos e assistentes sociais).

## 14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

### Objectivo:

- ◆ Desenvolver competências de assistência à díade criança/família, segundo uma metodologia científica.

### Actividades:

- ◆ Utilizou a metodologia científica no planeamento da assistência à díade;
- ◆ Identificou necessidades, planeou/implementou/avaliou e registou as intervenções realizadas;
- ◆ Elaborou e reformulou o plano de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas.

### Análise Crítico - Reflexiva:

No decorrer deste processo formativo, bem como durante todo o percurso profissional procurou nortear a prática assistencial com base no processo de enfermagem. Este pode ser entendido como *"...o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional"* (Garcia e Nóbrega, 2009: 191), devendo neste sentido ser encarado como um meio e não como um fim em si mesmo. Parafraseando as mesmas autoras (2009: 192), a sua aplicação deliberada e sistemática permite *"...acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional"*, constituindo deste modo o cerne ou a essência da prática de enfermagem. Assim, no âmbito da prestação de cuidados e em todos os contextos de estágio procurou identificar os problemas reais e potenciais da díade criança/família. Esta colheita de dados não se circunscreve a um único momento, devendo ser realizada de uma forma sistemática e ao longo de todo o período de internamento, o qual procurou acatar no decorrer do estágio. Especificamente no contexto de Internamento, esta colheita de dados constava da folha de avaliação inicial de enfermagem, a qual foi possível analisar e nela procurou documentar os dados com exactidão. Atendendo aos problemas identificados procedeu ao planeamento, execução e avaliação sempre que possível dos cuidados prestados. A reformulação do plano de cuidados tornou-se necessária sempre que os resultados não revelaram coerência face às expectativas. No que se refere aos registos de enfermagem, salienta-se que o aplicativo informático da CIPE® (SAPE) faz parte integrante da realidade do dia-a-dia, condição que considera viabilizar na íntegra o processo de enfermagem, dado que contempla a elaboração de um diagnóstico, o planeamento de um conjunto de intervenções e a sua avaliação, o que contribui para um incremento e reconhecido grau de qualificação cuidativa, dado nortear a prática e postura do profissional. Aludindo ao contexto Neo-Natal, foi

sentida inicialmente alguma apreensão, dado em contexto hospitalar apresentar algumas singularidades, relacionadas com a particularidade do conjunto de fenómenos, diagnósticos e intervenções característicos da especificidade contextual deste serviço. Contudo, com o passar do tempo esta dificuldade foi claramente ultrapassada, tendo realizado registos de enfermagem, nomeadamente levantamento de fenómenos e respectivas intervenções e alterações terapêuticas.

### 3.2. FORMAÇÃO

Os novos desafios e exigências que se colocam aos enfermeiros actualmente avultam a importância da formação contínua, revelando-se um elemento capital no processo de aquisição de competências. Nesta perspectiva, deve ser encarada como um processo dinâmico e global, orientado para o desenvolvimento pessoal e profissional, constituindo um efectivo agente estratégico de mudança. Tal como assevera a OE (2009: 77), na excelência do seu exercício, o enfermeiro assume o dever de “ *Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...)*”, pelo que deve imperar no decorrer de toda a sua vida profissional. Neste sentido, no que concerne ao enfermeiro especialista, para além do investimento na sua formação pessoal, avoca-se a responsabilidade pela formação dos outros profissionais, no sentido da procura de novos rumos de desenvolvimento profissional.

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

##### **Objectivo:**

- ◆ Assumir responsabilidade pela formação pessoal e profissional, de forma contínua.

##### **Actividades:**

- ◆ Realizou pesquisa bibliográfica, visando o esclarecimento de questões emergentes da prática;
- ◆ Participou noutras experiências de aprendizagem;
- ◆ Adoptou um espírito interessado e curioso, no âmbito da prestação de cuidados;
- ◆ Usufruiu de todas as oportunidades de aprendizagem facultadas.

##### **Análise Crítico - Reflexiva:**

O advento da era tecnológica e científica que está patente na sociedade actual faz emergir a produção de novas evidências, urgindo a necessidade de uma auto-responsabilização na actualização permanente dos conhecimentos. Todo este percurso formativo, assim como o decorrer de toda a vida profissional possibilitaram o vivenciar de uma multiplicidade de experiências que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e habilidades e capacitaram

para uma assistência mais ampla e adequada às necessidades do cliente. Contudo, se no decurso da formação académica, pós-graduada e da experiência profissional muito se aprendeu, foram várias as situações que permitiram uma consciencialização da exiguidade de conhecimentos, pelo que a formação contínua através de cursos e acções de formação, bem como a adopção de um espírito interessado e curioso foram imprescindíveis para o colmatar desta situação. A pesquisa bibliográfica constituiu igualmente uma virtude asseverada neste percurso formativo, tendo subsidiado na aquisição de conhecimentos imprescindíveis para a clarificação de questões emergentes da prática. Assumindo ainda a responsabilidade pela formação pessoal e profissional, durante este percurso formativo foi facultada a oportunidade de assistir a uma sessão de massagem infantil, realizada na junta de freguesia da Sr.<sup>a</sup> da Hora por uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a qual constituiu uma experiência nova e bastante gratificante em termos pessoais e profissionais. Segundo a APMA (2009), “*Os benefícios da massagem não se limitam só ao nível fisiológico, vão muito para além, pois aumentam o vínculo pais/bebés permitindo uma base de confiança, segurança e de aceitação emocional importante para o desenvolvimento positivo da personalidade do bebé*”, daí a sua importância. Após conversa informal, constatou ainda que esta sessão de massagem infantil era complementada com outras formações, visando a promoção da parentalidade.

O espírito de iniciativa e sentido de apropriação por todas as oportunidades de aprendizagem facultadas constituíram uma virtude igualmente asseverada em todo o estágio, com vista ao enriquecimento pessoal e profissional.

Em suma, todas estas actividades contribuíram indubitavelmente para o aperfeiçoar da prática cuidativa e o alcançar de uma conduta profissional mais excelente. Salaria também que a interacção com outros profissionais mais experientes constituiu uma situação de acrescento a essa conduta.

**3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

**5. Produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em conta os diversos problemas de saúde com que se depara.**

**27. Identificar as necessidades formativas da área da EESIP.**

#### **Objectivos:**

- ◆ Identificar necessidades de intervenção, no âmbito da formação em enfermagem;
- ◆ Planear estratégias de intervenção, face às necessidades identificadas.

#### **Actividades:**

- ◆ Reflectiu sobre os contextos da prática e identificou necessidades de intervenção;

- Procurou oportunidades no decurso da relação terapêutica com a díade criança/família, no sentido da aquisição de comportamentos potenciadores de saúde;
- Desenvolveu estratégias de intervenção face aos défices de conhecimentos identificados;
- Realizou revisão bibliográfica.

#### **Análise Crítico - Reflexiva:**

Durante todo o percurso de estágio identificou questões pertinentes e de especial complexidade, no âmbito da formação em enfermagem tais como a parceria de cuidados e a avaliação da dor, as quais já foram desenvolvidas anteriormente.

Reportando ao contexto de Internamento e após conversas informais com a enfermeira tutora foi possível aferir que neste serviço não existe um plano de formação vigorante e que na generalidade, a equipa de enfermagem se encontrava bastante desmotivada. Após observação em contexto prático dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, constatou alguma controvérsia e falta de uniformização quanto à prática de cuidados ao coto umbilical, não existindo nenhuma norma instituída. Cada enfermeira realizava o procedimento conforme a sua experiência e prática habitual, o que conduzia a uma falta de unanimidade tanto na sua realização como nos ensinamentos ministrados aos pais/prestadores de cuidados, sendo esta condição geradora de dúvidas e stress para estes. Verificou ainda que os banhos ao RN eram dados diariamente, contrariamente ao que é preconizado pela actual evidência científica. Deste modo, considerou pertinente realizar uma formação para pares subordinada ao tema “Banho do Recém-Nascido e Cuidados ao Coto Umbilical” (Anexo VI), juntamente com um colega de estágio visando a uniformização dos cuidados, na qual se edifica a excelência do cuidar em enfermagem. O respectivo plano da formação vem contemplado no Anexo VII. Decidiu ainda elaborar previamente um diagnóstico de situação, no sentido de se conhecer as diferentes práticas realizadas e fundamentar a necessidade de realização da respectiva formação (Anexo VIII). Os resultados obtidos demonstram que a prática de cuidados realizada pelos enfermeiros é contrária ao que é preconizado actualmente pela evidência científica, a qual preceitua a não utilização de anti-sépticos, defendido pelos autores Walker (1999), Zupan (2000), Evens (2004), Shoaib e El-Barrawy (2005), tal como vem referenciado no conteúdo da respectiva formação. Durante o estágio intentou igualmente satisfazer as necessidades à díade criança/família, em termos da aquisição de conhecimentos pelo que procurou realizar ensinamentos oportunos, adequados e personalizados, no sentido de fornecer orientações específicas, fomentar estratégias adaptativas e comportamentos saudáveis. Constatou ainda que a febre constituiu um foco da prática muito presente, fruto da época do ano como é natural e no contacto directo com os pais foi perceptível, através de sua verbalização a preocupação e receio na forma de lidar com ela, afigurando-se um problema. De forma a colmatar esta situação considerou pertinente realizar uma sessão de educação para a saúde sobre esta temática, em conjunto com um colega de estágio, a qual consta do Anexo IX. O respectivo plano da sessão consta do Anexo X.

**2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral.**

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

**25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

**28. Promover a formação em serviço na área de EESIP.**

**Objectivos:**

- Desenvolver competências, no âmbito da formação em enfermagem;
- Desenvolver estratégias de intervenção ao nível da formação de pares e de pais.

**Actividades:**

- Planeou e apresentou uma acção de formação ao grupo de pares e uma sessão de educação para a saúde aos pais.

**Análise Crítico - Reflexiva:**

Depois da análise efectuada em contexto prático estabeleceu uma conversa informal com a enfermeira tutora, com o intuito de lhe dar conhecimento da intencionalidade de realização da acção de formação e da sessão de educação para a saúde, as quais tiveram parecer favorável. Relativamente ao planeamento da acção de formação de pares, foi fundamental proceder a uma revisão de literatura, no sentido de apresentar o procedimento à luz da evidência científica. No dia agendado para a formação estiveram presentes 7 enfermeiras, incluindo a enfermeira chefe tendo sido distribuído no final um questionário de avaliação da sessão (Anexo XI). Da avaliação da sessão foi possível constatar o reconhecimento e a verbalização por parte de todos os presentes da pertinência da formação e da sua importância para o atingir de um “rumo comum” nesta caminhada para a excelência do cuidar em enfermagem, a qual consta do Anexo XII. No que concerne à educação para a saúde, estiveram presentes 2 pais e 6 mães e no final, após um período confinado ao esclarecimento de dúvidas que foi rentabilizado pelos mesmos, procedeu à distribuição de um questionário de avaliação da sessão que consta do Anexo XIII. Da avaliação da sessão foi possível aferir a pertinência da mesma e a verbalização por parte dos pais do seu carácter esclarecedor e da sua importância para tempos futuros, a qual consta do Anexo XIV. No finalizar da sessão foi entregue ainda um panfleto a todos os presentes para reforço dos conteúdos abordados na sessão, o qual consta do Anexo XV.

### **3.3. GESTÃO**

A gestão constitui uma das áreas de intervenção dos enfermeiros, na qual o enfermeiro especialista tem um papel preponderante. Para além das competências técnico-científicas, as

competências relacionais/interpessoais assumem igualmente posição de destaque, sendo a liderança componente essencial para a efectividade deste processo, isto é, para a garantia da qualidade e excelência dos cuidados prestados.

**18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP.**

**19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.**

**23. Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP.**

#### **Objectivos:**

- ◆ Adquirir conhecimentos no âmbito da gestão em enfermagem;
- ◆ Identificar problemas na área da gestão em enfermagem e sua implicação para a qualidade dos cuidados prestados.

#### **Actividades:**

- ◆ Analisou os efeitos do exercício da liderança na dinâmica organizacional da equipa;
- ◆ Conheceu os modelos de gestão de cuidados, especificamente no que se refere ao método de trabalho;
- ◆ Identificou os modelos de gestão de recursos materiais.

#### **Análise crítico-reflexiva:**

Gaidzinsky et al (2004), citado por Aguiar (2005: 321) define gerência como “ (...) a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer e de obter resultados. É um gerenciamento não como um processo apenas científico e racional, mas também como um processo de interacção humana que lhe confere, portanto, uma dimensão psicológica, emocional e intuitiva”, pelo que se tornam exigíveis ferramentas e competências específicas, para que seja exercitada de forma efectiva e inovadora. Durante todo este percurso formativo constatou diferentes modelos de gestão, tanto no que se refere à gestão de cuidados como à gestão de recursos materiais e exercícios de liderança distintos. Reportando ao contexto Neo-Natal, verificou uma presença mais efectiva e um mais elevado grau de envolvimento por parte da Enf.<sup>a</sup> chefe, no que respeita à resolução de questões emergentes da prática. Foi evidente a sua postura dinamizadora e interessada, acatando a cada momento os interesses e necessidades do serviço e dos profissionais, com base numa comunicação partilhada e acompanhamento contínuos, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada. A formação em serviço fazia parte da filosofia institucional, sendo esta da responsabilidade de uma enfermeira especialista. Apurou ainda a existência de um elevado grau de participação e motivação para a formação em serviço, o que considera ser em grande parte resultante da postura diligente da Enf.<sup>a</sup> chefe. Tal como afirma Dutra (2004) citado por Cunha e Neto (2006:

481), “O desenvolvimento das pessoas no contexto das organizações, neste milénio competitivo e em ambientes de constante mudança, está intimamente ligado ao desenvolvimento de competências”. Neste sentido, considera-se fulcral que o Enf.º gestor crie as condições necessárias para que se potencialize o desenvolvimento de competências, sendo uma delas a formação contínua e tal como assevera Klemp (1999), citado por Ruthes e Cunha (2007: 572) “ (...) essas competências desenvolvem-se à medida que são aplicadas e compartilhadas”. Fernandes et al (2003) e Cunha (2005) citados por Cunha e Neto (2006: 481) abordam uma série de competências gerenciais individuais “ (...) como a interpessoal, a liderança, a motivação da equipa, a comunicação (...) “. A liderança corresponde ao papel crucial que qualquer enfermeiro com funções de gestão deve desempenhar. A liderança como fenómeno de influência interpessoal é exercida de modo a atingir os objectivos organizacionais e pessoais dos profissionais nela envolvidos, visando o atingir da qualidade no cuidar em enfermagem e a satisfação do cliente, tendo como componente básico a comunicação. Gaidzinsky et al (2004: 465/466), considera a comunicação como “ (...) instrumento fundamental para o líder, resultando, entre outras coisas, em uma aproximação das pessoas, um compartilhar de ideias e visões, ampliando a compreensão sobre o trabalho de cada um. Nesse contexto, o papel de líder é de facilitador, possibilitando oportunidades de crescimento pessoal e profissional, para que as pessoas possam ser criativas e críticas, de modo a exercer a autonomia individual e grupal, baseada no respeito mútuo”. Tal permite inferir que o estilo de comportamento do líder relativamente aos seus subordinados, isto é, a forma como ele orienta a sua conduta e exerce o seu poder, determina resultados diferentes e gera atitudes diversas no seio do grupo, daí tratar-se de uma tarefa não isenta de dificuldades, sendo muitas vezes assimilada ou compreendida erroneamente. Lançando um olhar sobre esta realidade assistencial, foi perceptível por parte da Enf.ª chefe o estímulo de discussões, sugestões e a tomada de decisões no âmbito de grupo, com enfoque no sentido de auto-responsabilização pessoal e profissional; uma comunicação fluida bilateralmente e a motivação para um melhor desempenho eram uma constante, denotando-se um clima de satisfação e coesão de grupo, considerando serem estratégias essenciais para uma liderança efectiva. A delegação de responsabilidades noutros profissionais constitui igualmente uma das funções inerentes ao Enf.º gestor, que surge como demanda das exigências actuais, tendo sido algo igualmente perceptível neste contexto assistencial.

O reverso desta constatação verificou-se no contexto de Internamento e Urgência, tendo aferido que a Enf.ª chefe é responsável pelas quatro valências de Pediatria (Internamento, Urgência, Neonatologia e Consulta Externa), o que poderá condicionar alguns obstáculos e o adiamento da resolução de algumas questões de ordem prática e noutro ângulo a insatisfação por parte dos profissionais. Aviva-se novamente o carácter indubitável da delegação de funções, assumindo alguns elementos da equipa a gerência em segundo plano dos serviços, o que foi igualmente perceptível nestes dois contextos assistenciais. Reportando especificamente para o contexto de Internamento, aferiu que esta função era assumida por uma enfermeira da equipa, na qual pôde perceber alguma falta de vigor na liderança para impor a resolução

de algumas questões/problemas prementes e sentidos no seio da equipa, como por exemplo a ausência da Enf.<sup>a</sup> chefe nas passagens de turno, a falta de protocolos instituídos (nomeadamente, no que se refere ao manuseamento de cateteres venosos centrais e Guia de Acolhimento) e ainda, a falta de um plano de formação em serviço. Segundo o que apurou, a enfermeira em questão encontrava-se numa fase de investimento pessoal e profissional, mais concretamente a realizar o Curso de Especialização em Enfermagem. A falta de formação em serviço já citada anteriormente, constitui uma lacuna neste contexto assistencial e dado a premência de que se reveste, teve a oportunidade de sugerir que uma forma de colmatar a situação seria a atribuição da responsabilidade da formação a um elemento, que asseguraria a elaboração do plano e o seu cumprimento. Outra questão refere-se à inexistência de normas e protocolos instituídos, sendo estes essenciais para que a equipa de enfermagem presida a sua assistência com base na uniformização dos cuidados e contribua para uma melhor prática cuidativa, sendo o papel do Enf.<sup>o</sup> gestor importante na promoção da sua realização e no seu cumprimento. Foi possível aferir no contexto Neo-Natal o maior número de normas e protocolos documentados comparativamente com os restantes contextos de estágio, o que considera de algum modo estar inerente à complexidade dos cuidados prestados e à diferenciação da equipa, no que respeita à sua formação. Aludindo novamente ao contexto de Internamento, considera que de algum modo a falta de investimento e motivação para a formação poderá ter relação causal, pelo que a sua implementação contribuiria para uma mudança de atitudes. Outro aspecto referenciado anteriormente corresponde à passagem de turno, não se tendo verificado em nenhum momento a presença da Enf.<sup>a</sup> chefe, contudo o elemento substituto esteve presente algumas vezes. Sendo este um momento de reflexão e partilha de experiências, logo poder considerar-se como uma oportunidade de formação, verificou alguma discordância de critérios na prestação de cuidados entre os elementos mais e os menos jovens e ainda, que muitas das questões e dúvidas que dela emergiram ficavam por resolver. Para além disso, esta não era de carácter global, ou seja, cada enfermeira passava as ocorrências das suas crianças somente ao colega que a iria substituir, segundo o que apurou por força do factor “tempo”, o que se poderá reflectir em algumas questões de ordem prática. Este facto é de extrema importância sendo que, apesar de existir um plano de trabalho instituído, a cooperação entre a equipa muitas vezes é fundamental para o êxito individual. Sendo cada ser humano fruto da sua circunstância e atendendo a que esta valência exige muitas intervenções colaborativas considera que esta prática deva ser repensada entre todos, nomeadamente com a Enf.<sup>a</sup> chefe do serviço. Constatou ainda que os serviços de Internamento e Urgência não contemplavam o aplicativo informático (SAPE) da CIPE<sup>®</sup>, contrariamente ao verificado no contexto Neo-Natal. Este para além de contribuir para a uniformização dos registos constitui um importante instrumento/indicador de gestão. Acredita que num futuro próximo, quando for possível a sua utilização certamente contribuirá para uma qualificada prática cuidativa, dado constituir-se um guia orientador das nossas intervenções, com base numa linguagem científica comum e concomitantemente, permitirá a agilização de determinados aspectos burocráticos, evitando deste modo a morosidade a eles subjacente. Todas estas questões supra-citadas

poderão condicionar uma resistência à mudança, o surgimento de conflitos e um clima de insegurança, em nada potencializadoras de um clima organizacional sadio e de qualidade. Contudo, aviva a importância e a utilidade muitas vezes dos conflitos organizacionais, quando estes impedem a estagnação ou constituem o estímulo para novas ideias e métodos, contribuindo para a inovação e a mudança, podendo ser a força impulsionadora em específico neste contexto assistencial. A enfermagem é uma profissão complexa, constantemente sujeita a processos de mudança, o que torna exigível que os seus líderes para além das competências técnico-científicas adquiram novas competências, inclusivamente interpessoais e relacionais que visem a melhoria da qualidade dos cuidados, com enfoque no cliente e uma consonância entre a realização dos objectivos organizacionais e a satisfação dos profissionais. Citando novamente Gaidzinsky (2004: 466) et al *“O enfermeiro deve reconhecer o valor do outro e do trabalho grupal, visando estabelecer uma liderança responsável e ética, onde a busca contínua do conhecimento, a confiança e a fluidez prevaleçam em prol da busca cada vez maior da qualidade de assistência”*. Só deste modo será possível conduzir a profissão de enfermagem rumo à excelência e atingir a qualidade nos cuidados de saúde, sendo que *“ a qualidade é, fundamentalmente, filosofia de vida antes ainda de ser filosofia de acção”* (Mezomo, 2001: 57). Volvendo agora a atenção para a organização dos cuidados de enfermagem, aferiu que o método de trabalho individual estava patente em todos os contextos assistenciais. Este método preconiza uma prestação de cuidados globalizados, considerando ser facilitador do estabelecimento de uma adequada relação terapêutica, promotor de uma continuidade e personalização de cuidados, de uma visão holística da criança, de um conhecimento e de uma avaliação mais rigorosa da sua evolução clínica, de uma maior eficiência nos ensinamentos ministrados, de uma maior satisfação por parte da díade criança/família e em última instância facilitador da gestão do tempo por parte do enfermeiro. No entanto, apresenta como desvantagem a sua maior onerosidade, dado exigir um potencial maior de recursos humanos e uma gestão eficiente, quer ao nível dos recursos humanos como materiais. Aquando da elaboração do plano de trabalho verificou que sempre que possível, a distribuição das crianças contemplava a atribuição da mesma enfermeira, considerando ser potencializadora do estabelecimento da tão premente relação de confiança entre a díade e o profissional de saúde e promotora da continuidade dos cuidados e que o tipo de necessidades de cuidados das crianças era um factor tido em conta nesta distribuição.

No que se refere à gestão de recursos materiais, designadamente à gestão de material de stocks constatou que no contexto Neo-Natal a distribuição de materiais contemplava o sistema de distribuição por troca de carros. Este sistema é de inteira responsabilidade do serviço de aprovisionamento apresentando algumas vantagens, tais como a centralização de responsabilidades, o melhor controlo dos níveis de stock, a utilização mais eficiente do pessoal e a anulação do intervalo de tempo entre as contagens e a reposição de materiais. Como desvantagens cita a necessidade de níveis de stock maiores, o investimento inicial substancial e a necessidade de um espaço amplo no armazém. Relativamente aos contextos de Urgência e Internamento, ainda prevalece o sistema tradicional de distribuição, em que é da

competência da chefia de enfermagem a gestão do stock do serviço. Este inicia-se com o preenchimento das requisições, sendo o transporte dos produtos fornecidos do armazém para os serviços, assim como o acondicionamento dos mesmos da responsabilidade das auxiliares dos serviços. Este método apresenta algumas desvantagens, tais como a tendência para a acumulação de produtos no serviço e o desconhecimento dos valores reais de consumo do mesmo.

Por fim ressalva o facto de que, relativamente à competência supra-citada de liderar equipas de prestação de cuidados especializados, assume a sua impraticabilidade durante este percurso formativo, o que se considera inerente à condição de aluna. Contudo, considera que toda a reflexão explanada contribuiu para a sua aquisição, em termos teóricos.

**24. Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP.**

**26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.**

**Objectivo:**

- Desenvolver competências, no âmbito da gestão dos cuidados em enfermagem.

**Actividades:**

- Identificou, planeou, implementou e avaliou a assistência prestada;
- Efectuou o registo dos cuidados, de acordo com a linguagem CIPE®;
- Planeou e geriu os cuidados, de acordo com os recursos disponíveis, necessidades e idade da criança e estabelecendo prioridades de actuação;
- Procurou assegurar uma resposta adequada às necessidades da criança e em tempo útil, sempre que possível;
- Optimizou recursos técnicos disponíveis na prestação de cuidados de qualidade à diáde criança/família;
- Promoveu a manutenção de um ambiente seguro, através de estratégias de garantia de qualidade e gestão do risco.

**Análise crítico-reflexiva:**

Greco (2004), citado por Aguiar (2005: 321) defende que a gerência do cuidado corresponde ao " (...) *diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das actividades, supervisão e orientação da equipa*". Nesta linha de pensamento, a assistência à criança/família foi baseada na avaliação prévia das suas necessidades, no planeamento de intervenções com base nessa avaliação e na sua posterior implementação. Sempre que exequível, procedeu à avaliação dos cuidados prestados e procurou geri-los de forma adequada, face aos recursos disponíveis e erigindo prioridades de actuação. A manutenção do plano de cuidados actualizado constituiu uma virtude asseverada no decurso de todo o processo formativo. Os registos efectuados, quer em suporte informático ou em

suporte de papel foram executados de acordo com a linguagem CIPE®. No que se refere ao processo de admissão, atendeu à idade e necessidades da criança, bem como aos recursos materiais disponíveis. Na gestão de risco clínico, atendeu sempre que necessário, à etiologia da doença, contrapondo com a distribuição de doentes pela faixa etária, referindo como exemplo as crianças com doenças infecciosas, que necessitavam de isolamento de contacto ou de gotícula. Para além deste facto, procurou manter as crianças de idades semelhantes na mesma enfermaria, de modo a minimizar o impacto da hospitalização. Foi possível também colaborar na elaboração da requisição, por via informática, do regime alimentar das crianças internadas no Serviço de Internamento.

No âmbito da assistência prestada, promoveu a envolvimento dos pais no sentido de uma maior autonomia, segurança e responsabilização na tomada de decisão. Procurou atender às necessidades da díade criança/família e assegurar uma resposta adequada e no tempo oportuno, sempre que exequível. Outro aspecto prendeu-se com a optimização dos recursos, tendo procurado adequar o equipamento às necessidades reais da criança visando a prestação de cuidados mais efectivos e ainda com a rentabilização dos mesmos, evitando os desperdícios. Outra das preocupações prendeu-se com o controlo da “Infecção Nosocomial”, actualmente designada por “Infecção em Cuidados de Saúde”, pelo que adoptou uma conduta preventiva utilizando as barreiras de protecção, o uso de anti-sépticos, não descurando a lavagem das mãos e os cuidados inerentes a determinados procedimentos técnicos e assegurando o isolamento de contenção, sempre que a situação clínica da criança o exigisse.

## **29. Colaborar na integração de novos enfermeiros.**

### **Objectivos:**

- Conhecer os principais desafios do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na integração de novos profissionais;
- Identificar factores facilitadores da integração de novos profissionais.

### **Actividades:**

- Aferiu sobre a existência de um manual e/ou protocolo de integração de novos profissionais, nos diversos contextos assistenciais;
- Dialogou com as enfermeiras tutoras sobre a temática.

### **Análise crítico-reflexiva:**

Durante este percurso formativo verificou a não existência de nenhum profissional em integração, pelo que não foi possível colaborar nesse processo. Contudo, no decurso da vida profissional foram várias as oportunidades de integrar novos enfermeiros, pelo que encara esta

competência como evidenciada. Após conversas informais com as respectivas enfermeiras tutoras constatou não existir nenhum manual e protocolo de integração nos Serviços de Urgência e Internamento, contrariamente ao Serviço de Neonatologia. No que se refere a este último, apesar de não existir um protocolo de integração, considera ser dotado de determinados factores facilitadores, tais como um manual de integração, protocolos de actuação e procedimentos técnicos de enfermagem e ainda, o facto de ter um enfermeiro especialista que durante um mês orienta e supervisiona o novo elemento na Unidade. Contudo, crê parecer que este serviço, dada a sua complexidade e especificidade deverá ter substanciado uma orientação mais directiva dos novos elementos.

Considera deste modo que, o facto de não existir um processo formal de integração constituiu uma lacuna, sendo também uma realidade na unidade onde trabalha. A sua existência é essencial para facilitar a adaptação do enfermeiro ao novo local de trabalho e também o processo de integração por parte de quem o integra. A existência de uma norma torna mais evidente a informação transmitida e a forma como foi efectuada a sua transmissão, na medida em que obedece a uma sequência lógica, isentando que informação importante seja dissipada e proporcionando mais segurança e confiança, quer ao novo enfermeiro quer àquele que o integra, sendo também contemplativa das respectivas avaliações por parte dos elementos em questão. Á luz da perspectiva como enfermeira especialista considera que a existência desse processo formal reveste-se de extrema importância, apesar de muitas das vezes na realidade da prática profissional não ser factível o cumprimento do período estipulado para essa integração, o qual está inerente a determinados condicionalismos institucionais, tais como a falta de recursos humanos e a massificação dos serviços.

### 3.4. INVESTIGAÇÃO

Actualmente assiste-se a uma sociedade fortemente demarcada pelo avanço científico-tecnológico e pelo desenvolvimento e aprimoramento contínuo da área do conhecimento, aclamando a que o profissional de saúde priorize na sua assistência a prática baseada em evidências, a qual se refere ao “ *uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente*” (Atallah et al, 1998 citado por Domenico, 2003: 116). Neste sentido, a investigação assume um papel preponderante para o necessário desenvolvimento científico de uma profissão, sendo a evidência a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício.

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

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

**Objectivo:**

- Optimizar competências para o exercício profissional, com base na evidência.

**Actividades:**

- Realizou pesquisa e revisão bibliográficas;
- Interpretou, organizou e divulgou dados provenientes da evidência;
- Recorreu às tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
- Triou inquietações e identificou questões passíveis de investigação.

**Análise crítico-reflexiva**

A prática de enfermagem baseada na evidência científica constitui um desafio constante para os enfermeiros, constituindo uma necessidade crescente com o decorrer dos tempos. Esta constitui um componente vital para a prática de enfermagem, exigindo do profissional de saúde uma atitude de responsabilização, comprometimento e investimento no seu alcance, de modo a atingir a excelência e qualidade do cuidar em enfermagem. Todo este percurso formativo foi pautado por uma preocupação na sua efectivação, pelo que norteou a assistência à díade criança/família com base nos padrões de documentação mais actuais e sempre que necessário, realizou pesquisa bibliográfica. Durante o percurso de estágio foi possível também identificar algumas necessidades de formação, designadamente no que se refere ao banho do RN e cuidados ao coto umbilical, dado não haver consonância com a actual evidência científica. A realização da acção de formação de pares surgiu como resposta nessa busca da evidência científica, a qual sustentou na revisão bibliográfica realizada em bases de dados científicas. Tendo em conta os contextos de estágio realizados, constatou a inexistência de nenhum projecto de investigação em curso. Apesar de ter manifestado a vontade às enfermeiras tutoras na sua colaboração e realização, estas dissuadiram dessa ideia dado o número limitado de horas de estágio. No entanto, no decurso do estágio de Internamento vislumbrou inquietudes e questões que merecerão ser exploradas e alvo de investigação futura, tais como “Os cuidados a ter no manuseamento de Cateteres Venosos Centrais” e a “Inexistência/Falta de motivação para a Formação em Serviço” e as quais partilhou com a Enf.<sup>a</sup> tutora, no sentido de se desenvolverem estratégias de intervenção eficazes promotoras de uma mudança de comportamentos.



#### 4. CONCLUSÃO

Após uma análise retrospectiva deste percurso formativo considera que este constituiu um enorme desafio, dado se tratar de uma realidade completamente alheia ao contexto da sua actividade profissional. Foram imensos os contributos advindos da sua realização, tendo facultado uma visão mais completa e abrangente de diferentes contextos assistenciais à criança/família, o conhecimento de outras formas de trabalhar, a compreensão de diferentes concepções dos cuidados de enfermagem, o aprofundar de saberes com base na articulação, mobilização e integração da teoria assimilada e ainda, a prática de alguns procedimentos técnicos que não integram a realidade diária do contexto de trabalho. Permitiu ainda a assimilação das inúmeras atribuições que o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve adoptar no contexto do seu exercício profissional, assumindo que a evidência científica, a formação e o saber experiencial constituem pedras basilares para o alcance da excelência dos cuidados.

No decorrer de todo este percurso intentou usufruir do maior número de experiências e oportunidades, encarando cada uma delas como um momento de aprendizagem por excelência. Procurou exercer a prática cuidativa numa perspectiva centrada na criança/família, um conceito de assistência abrangente que visa a detecção e satisfação das necessidades específicas da díade e em que a comunicação constitui o vector fundamental no processo de cuidar. A relação humana que diariamente se constrói no contacto com a criança/família, os gestos afectivos, a empatia, a disponibilidade para ouvir e estar com esta, foram atitudes fulcrais asseveradas no decurso de todo o estágio. Contudo, a vivência contextual dos diferentes serviços, a análise teórica e a reflexão suscitada na e após a acção permitiram a consciencialização das limitações da prática dos cuidados no que concerne às perspectivas teóricas, mormente no que se refere à parceria de cuidados e avaliação da dor, considerando que existe um longo caminho a percorrer neste sentido.

Analizando este período formativo e atendendo aos objectivos propostos no plano de estudos do curso, os quais se concretizam na forma de competências, crê ter atingido de uma forma global o desafio a que se propôs, encarando a evolução de um modo gradual e favorável, vincada pela dedicação e empenho, cujos contributos adquiridos certamente se farão ecoar num futuro próximo. Considera que algumas competências exigidas foram de difícil demonstração de aquisição, designadamente no que se refere à área da investigação, devido ao limitado período de estágio e à inexistência de projectos de investigação em curso nos diferentes contextos assistenciais. Contudo, assume que a intenção na sua efectivação esteve patente na postura adoptada.

Embora reconheça que, fruto do trajecto profissional particularmente vocacionado para o domínio da Saúde Infantil com enfoque na tónica da promoção e prevenção, careça de uma certa agilização teórico-prática para a efectivação de determinadas intervenções cuidativas exigíveis a estes contextos assistenciais, procurou assumir cada dificuldade sentida com um espírito de imensa dedicação e abertura (reconhecendo o contributo manifestado por toda a

equipa de enfermagem, no geral), convicta de que a mais pequena aprendizagem se traduziria muito significativamente numa crescente qualificação de cuidados, que no futuro será capaz de proporcionar no contexto diário de trabalho.

No que respeita a aspectos positivos, salienta o agrado e simpatia com que foi acolhida nos diferentes campos de estágio e a disponibilidade e inter-ajuda da equipa de enfermagem aquando das dúvidas e solicitações, em especial das enfermeiras tutoras. Como aspecto menos favorável aponta o facto da orientação tutorial no estágio de Neonatologia não ter sido uniforme, tendo passado por sete elementos da equipa de enfermagem o qual contribuiu de uma forma menos positiva para o processo de aprendizagem e aquisição de competências, tendo contudo sido capaz de alcançar positivamente os objectivos inicialmente propostos. Relativamente aos campos de estágio em si, considera que reuniam boas condições de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.

O alargar de horizontes a diferentes cenários e contextos assistenciais capacita para a faculdade de assumir a criança/família no seu verdadeiro holismo. Daí poder afirmar que o Curso de Especialização ser fundamental para desenvolver a capacidade de dedicar à criança/família um olhar mais sentido e profundo, tendo como pilar de sustentação uma prática baseada na análise crítica e reflexiva.

Considera ter sentido algumas dificuldades em transpor para o papel tudo o que assimilou neste percurso formativo, estando ciente que muito mais haveria para escrever, dado que existem emoções e sentimentos vivenciados que não são traduzíveis para o papel, mas que são parte integrante desta longa caminhada. Também no que concerne à elaboração deste relatório assume a dificuldade inicial na sua organização e na compilação de toda a informação a transmitir. No entanto, espera ter apresentado de uma forma clara e objectiva, o relato e a intencionalidade das experiências vividas, as actividades desenvolvidas e de alguma forma, a dimensão da aprendizagem que interiorizou. Pretende ainda que a sua construção seja reveladora de uma fonte agradável de leitura, bem como coadjuvante no processo de avaliação. Ao terminar a sua redacção uma panóplia de sentimentos a invadiu, por um lado o alívio de ter atingido o fim desta etapa, algumas vezes pautada pelo desnorte e por outro a responsabilidade e o desafio de manter esta caminhada durante todo o percurso de vida profissional.

Em suma, ressalva o facto de considerar que o findar deste percurso formativo constituiu um degrau fundamental para o atingir de um mais elevado patamar na vida pessoal e profissional.

## 5. BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. de - *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2.

AGUIAR, A. B. de A. [et al] - *Gerência dos Serviços de Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico*. Revista Electrónica de Enfermagem [Em linha]. Vol.7, n.º 3 (2005), p. 319-327. [Consult. 28-2-2011]. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/901/1096>. ISSN 1518-1944.

ALEGRE, C. - *O Enfermeiro terá em consideração o “público-alvo” que deseja cuidar*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 22 (2006), p. 4-7.

ALGREN, C. - *Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização (Capítulo 21)*. In: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0. p. 637-705.

ASKIN, D. F.; WILSON, D. - *Problemas de Saúde de Neonatos (Capítulo 9)*. In: HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0. p. 222-306.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MASSAGEM INFANTIL - *Os Benefícios do Programa da IAIM: “O que está certo para cada criança pode não estar certo para todas as crianças”* [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Massagem Infantil, 2009. [Consult. 29-02-2011]. Disponível em [http://www.apmi.org.pt/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=66](http://www.apmi.org.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=66).

BATALHA, L. - *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-593-0.

BATALHA, L. M. C. - *As dificuldades na quantificação exacta da dor*. Revista Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.53, n.º 4 (2005), p. 166-174.

BATALHA, L. [et al] - *Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido*. Revista Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0873-9781/07/38-4/144. Vol. 34, n.º 3 (2003), p. 159-163.

BATALHA, L.; SANTOS, A. L.; GUIMARÃES, H. - *Dor em cuidados intensivos neonatais*. Revista Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0873-9781/07/38-4/144. Vol. 38, n.º 4 (2007), p. 144-151.

- BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BOWDEN, V.; GREENBERG, C. - *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2005. ISBN 85-277-09-65-1.
- BRITO, I. - O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena. In: SANTOS, L. - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. 1ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006. ISBN 972-8003-23-4. I Parte, p. 33-34.
- BRYKCZYNSKI, K. A. - De Principiante a Perito (Capítulo 12). In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R.- *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 185-207.
- CARPENITO, L. - *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CASEY, A. - *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advanced Nursing. London. N.º 22 (1995), p. 1058-1602.
- CASEY, A.; GIBSON, F.; FLETCHER, M. - *Classifying general and specialist children's nursing competencies*. Journal of Advanced Nursing. London. N.º 44 (2003), p. 591-602.
- CASTRO, C. [et al] - *Saber Escutar para Saber Cuidar*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 162 (2002), p. 20-23.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.
- CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. - *Competências Gerenciais de Enfermeiras: Um Novo Velho Desafio?*. Texto & Contexto Enfermagem [Em linha]. Vol. 15, n.º 3 (2006), p.479-482. [Consult. 10-2-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>. ISSN 0104-0707.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE/DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES - *Urgência no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2004.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa, 2003.

DOMENICO, E. B. L. de ; IDE, C. A. C. - *Enfermagem baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades*. Revista Latino Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 11, n.º 1 (2003), p. 115 - 118. [Consult. 15-02-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>. ISSN 0104-1169.

FERREIRA, M. M. da C.; COSTA, M. da G. F. A. da - *Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo*. Revista Millenium [Em linha]. N.º 30 (2004), p. 51-58. [Consult. 31-01-2011]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>. ISSN 0873-3015.

FREDERICO, M. ; LEITÃO, M. dos A. - *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3.

FREITAS, J. S. S.; FREITAS, S. P. F. - *A Hospitalização da Criança...O Impacto na Família*. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-0844. N.º 60 (2005), p. 24-27.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da - *Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa*. EAN Revista de Enfermagem [Em linha]. Vol. 13, n.º 1 (2009), p. 188-193. [Consult.25-02-2011]. Disponível em [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf). ISSN 1414-8145.

G Aidzinsky, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. de F. P. - *Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 57, n.º 4 (2004), p. 464-466. [Consult. 27-02-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a15.pdf>. ISSN 0034-7167.

HELLSTEN-BROWN, M. - *Doença Crónica, Incapacidade ou Tratamento Terminal para a Criança e Família (Capítulo 18)*. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - Wong, *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0. p. 549-588.

HESBEEN, W. - *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HUMMEL, M. - *Réflexions sur la toilette du nourrisson*. *Médecine e Enfance* [Em linha]. 2001. [Consult. 10/12/2010]. Disponível em [http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/toilette\\_dunourrisson.pdf](http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/toilette_dunourrisson.pdf).

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - *Carta da Criança Hospitalizada* [Em linha]. 4ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2008 (Maio). [Consult. 01-02-2011]. Disponível em [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf).

JANUÁRIO, R. - *A Dor no Recém-Nascido*. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-0844. N.º 37 (2001), p. 15-19.

JORGE, A. M. - *Família E Hospitalização Da Criança: (RE) Pensar O Cuidar Em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

LEMOS, L. - A Informação ao Doente é um Direito. In: SANTOS, L. - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. 1ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006. ISBN 972-8003-23-4. III Parte, p. 49 - 50.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno* [Em linha]. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. [Consult. 29-10-2010]. Disponível em [http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf).

LIMA, M. A. da C.; CASSIANI, S. H. de B. - *Pensamento Crítico: Um Enfoque na Educação de Enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 8, n.º 1 (2000), p. 23-30. [Consult. 20-02-2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12430.pdf>. ISSN 0104-1169.

LISSAUER, T.; CLAYDE, G. - *Manual Ilustrado de Pediatria*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2007. ISBN 978-85-352-2886-1.

LOPES, A. [et al] - *Reflectindo sobre o Projecto Profissional e o Plano de Acção*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º131 (1999), p. 27-29.

MADUREIRA, I. [et al] - *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais - Análise do Subdomínio "Prática Segundo a Ética" de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner*. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 71 (2007), p. 27-30.

MALHEIRO, I.; CEPÊDA, T. - A Criança com Doença Crónica: Considerações sobre o Atendimento. In: SANTOS, L. - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem No Hospital*. 1ª ed. Lisboa: Instituto de apoio à Criança, 2006. ISBN 972-8003-23-4. III Parte, p. 62-65.

MANO, M. J. - *Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais*. Revista Referência [Em linha]. N.º 8 (2002), p. 53-61. [Consult. 31-01-2011]. Disponível em [http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id\\_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id\\_artigo=57&id\\_rev5&id\\_edicao=14](http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=57&id_rev5&id_edicao=14) . ISSN 0874-0283.

MARSHAL, Z.; NIKKI, L. - *O Enfermeiro Especialista Versus Generalista*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 132 (1999), p. 18-23.

MARTINEZ, J. G. ; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. - *Participação Das Mães/Pais No Cuidado Ao Filho Prematuro Em Unidade Neonatal: Significados Atribuídos Pela Equipe De Saúde.* Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 15, n.º 2 (2007), p. 51-59. [Consult. 20-10-2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a08.pdf). ISSN 0104-1169.

MARTINS, C. P.; TAPIA C. E. V. - *A pele do recém-nascido prematuro sob avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea.* Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 62, n.º 5 (2009). [Consult. 05/12/2010]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

MELEIS, A. I.; PATRICIA, S. J.; SHUMACHER, K. L. - *Helping elderly persons in transition: a Framework for research and practice.* School of Nursing Departmental Papers [Em linha]. 1999, p. 1-26. [Consult. 21-02-2011]. Disponível em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>.

MEZOMO, J. C. - *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos.* 1ª ed. Brasil: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança.* 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 05/12/2010]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>.

NIDCAP, Federation International - *What is the Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP)?* [Em linha]. BOSTON: NIDCAP, Federation International, 2008. [Consult. 25-02-2011]. Disponível em <http://www.nidcap.org/about.aspx>.

NONA, J. [et al] - CPAP Nasal. In: MOLEIRO, A. [et al] – *Consensos Nacionais em Neonatologia.* Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004, p. 65-67.

OPPERMAN, C. - *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Nova Redacção conferida pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)*: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. [Consult. 30-01-2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

PAPALIA, D. E. ; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. - *O Mundo da Criança*. 8ª ed. Lisboa: Mc Graw-Hill, 2001. ISBN 972-773-069-8.

PEDROSO, G. E. R. ; BOUSSO, R. S. - *O Significado de Cuidar da Família na UTI Neonatal: Crenças da Equipa de Enfermagem*. Revista Ciência, Cuidado e Saúde [Em linha]. Vol. 2, n.º 2 (2003), p. 124-126. [Consult. 22-02-2011]. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5533/3516>. ISSN 1984-7513.

PINTO, C.; FIGUEIREDO, C. - *Cuidar da Criança Doente*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 95 (1995), p. 15-16.

RAMOS, M. - *NIDCAP® Uma realidade possível*. Revista Sinais Vitais [Em linha]. N.º 54 (2004), p. 9. [Consult. 26-02-2011]. Disponível em [http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=252&Itemid=78&limitstart=8](http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=252&Itemid=78&limitstart=8). ISSN 0872-0844.

RIBEIRO, O. P. [et al] - *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Revista Millenium [Em linha]. N.º 35 (2008), p. 1-21. [Consult. 31-01-2011]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>. ISSN 0873-3015.

RILEY, J. B.– *Comunicação em Enfermagem*. 4ª ed. Loures: Lusociências, 2004. ISBN 972-8383-81-9.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. - *Contribuições para o Conhecimento em Gerenciamento de Enfermagem sobre Gestão por Competência*. Revista Gaúcha de Enfermagem [Em linha]. Vol. 4, n.º 28 (2007), p. 570-575. [Consult. 25-02-2011]. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/3154/1727>. ISSN 1983-1447.

SERRANO, C. PIRES, P. - *A Intervenção do Enfermeiro na Dor*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 148 (2000), p. 16-18.

SILVA, A. A. de P. e - "*Enfermagem Avançada*": *Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*". Revista Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55, n.º 1 e 2 (2007), p. 11-20.

SILVA, M. A. M. [et al] - *Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados*. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283.N.º 11 (2009), p. 37-46.

SMELTZER, S.; BARE, B. - *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10.ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S. A., 2005. Volume II (p. 1136-2419).

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. - *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. ISBN 978-85-277-1541-6.

UNICEF - *Convenção sobre os Direitos da Criança*. [Em linha]. 1989. [Consult. 18-01-2011]. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - *Guia de Estágio*. Porto: Instituto Ciências de Saúde, 2010.

VIEIRA, M. - *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica, 2009. ISBN 978-972-54-0195-8.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. - *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0.

ZAGONEL, I. P. S. - *O Cuidado Humano Transacional na Trajectória de Enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 7, n.º 3 (1999), p. 25-32. [Consult. 26-02-2011]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). ISSN 0104-1169.



# ANEXOS







## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO CHP -**

### **UNIDADE MATERNIDADE JÚLIO DINIS**

A Maternidade Júlio Dinis é um Hospital Central Especializado, incluso na rede nacional de hospitais do Serviço Nacional de Saúde, que presta assistência nas áreas da Saúde da Mulher e da Criança, atendendo a situações do foro obstétrico, ginecológico e neo-natal. Passou a integrar a partir do dia 1 de Outubro de 2007 o novo Centro Hospitalar do Porto. O Centro Hospitalar do Porto, EPE está consignado no Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, sendo criado por fusão do Hospital Geral de Santo António, EPE com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis. Actualmente é designada por CHP - Unidade Maternidade de Júlio Dinis, tendo sido certificada pela OMS e UNICEF como a primeira Unidade do Norte e o quarto Hospital de Portugal “Amigo dos Bebés”, uma iniciativa que premeia o incentivo do aleitamento materno.

O Serviço de Neonatologia tem a mesma idade que a Maternidade Júlio Dinis e está situado no rés-do-chão do edifício principal, possuindo duas portas de entrada, uma com acesso à entrada principal e outra com acesso à porta de urgência e elevadores. Trata-se de uma Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios, com acesso restrito a profissionais de saúde, pais e familiares (avós e irmãos) dos bebés internados. O período de visitas preconizado para os pais é das 9H às 21H e relativamente aos avós e irmãos, a visita carece de combinação prévia com a Enf.ª Chefe ou Responsável do serviço.

### **ESTRUTURA FÍSICA**

O serviço é caracterizado pela linearidade de um corredor, ladeado por portas, sendo constituído por:

- Uma secretária de Unidade;
- Uma Sala de Reuniões/Formação em Serviço;
- Uma Sala de Pausa;
- Uma Zona de Sujos;
- Uma Sala de Esterilização;
- O Gabinete da Enfermeira Chefe;
- Uma Casa de Banho para os profissionais;
- O Gabinete do Director do Serviço;
- Uma Sala de Ecografias;
- Uma Unidade de Cuidados Intensivos;
- Uma Unidade de Cuidados Intermédios.

O acesso à Unidade propriamente dito é realizado através da passagem de uma porta, que por questões de segurança e controlo do risco clínico/não clínico tem acesso restrito aos profissionais de saúde e aos pais/familiares (apenas avós e irmãos). Pelo mesmo motivo, estes devem-se apresentar devidamente fardados ou providos com material de protecção individual (bata e caso se justifique, o uso de máscara) e proceder respectiva à higienização das mãos. Estas medidas constam do acto de acolhimento do RN/Família e são enfatizadas continuamente no decurso do seu período de internamento, as quais estão patentes em diversos cartazes informativos/divulgativos estrategicamente dispostos à entrada da unidade, sendo no meu entender bastante elucidativos e representativos desta etapa procedimental. Devo salientar que a lavagem manual das mãos, tratando-se de um cuidado precedente e exigível à manipulação do RN, para além de bastante enfatizado pela equipa de enfermagem constitui uma atitude bastante patente no perfil parental.

Em termos organizativos, a Unidade no seu interior está disposta da seguinte forma:

- À esquerda, verifica-se a entrada para um hall, onde se encontram diversos cacifos onde os pais podem deixar os seus espólios e um lavatório para procederem à higienização das mãos e que dá acesso à Unidade de Cuidados Intensivos;
- Em frente, existe outro corredor que dá acesso a uma área com dois armários de stock de material e equipamento, uma Sala de Pausa, uma área de trabalho de Enfermagem destinada ao planeamento/organização dos cuidados (na qual se inclui a preparação da terapêutica e elaboração dos registos), um Cantinho da Amamentação que possui duas bombas extractoras de leite (que faculta às mães a possibilidade de extraírem o leite com mais tranquilidade e privacidade) e a Unidade de Cuidados Intermédios que é composta por quatro salas de internamento.

A UCIN tem capacidade para 11 incubadoras, possuindo uma área destinada aos RN que necessitem de isolamento. Em virtude da especificidade das situações clínicas que acolhe, está equipada com os mais diversos e especializados recursos, tais como ventiladores, CPAP, monitores multi-parâmetros, monitores de apneia, etc. Possui também uma porta de acesso destinada à entrada dos Recém-Nascidos.

A UCEN é constituída por 4 salas (A, B, C e D), com capacidade cada uma para 5, 2, 6 e 6 incubadoras/berçários respectivamente, sendo cada um deles ladeado por uma cadeira, por vezes um cadeirão onde os pais podem permanecer em proximidade com o RN ao longo do turno. Todos os recursos materiais e tecnológicos (monitores, tomadas, fontes de iluminação, termómetros, compressas, fraldas, embalagens para a lavagem manual das mãos, entre outros) necessários para os cuidados ao RN são individualizados, existindo em cada incubadora/berçário divisórias para o acondicionamento dos mesmos.

## RECURSOS HUMANOS

O serviço de Neonatologia é constituído por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiras, médicos, auxiliares de acção médica e secretária da unidade. Existem igualmente duas assistentes sociais que dão apoio aos recém-nascidos e respectivas famílias, que padecem de situações sociais e familiares vulneráveis, tais como problemas socioeconómicos, maus-tratos, questões de adopção, entre outros. Existe também uma pedopsiquiatra do Hospital Maria Pia que dá apoio aos pais dos recém-nascidos, sempre que tal seja necessário.

### ➡ **Equipa de Enfermagem**

Actualmente a equipa de enfermagem é maioritariamente feminina, sendo constituída por 52 elementos, distribuídos da seguinte forma:

- Enfermeira Chefe - Enf.<sup>a</sup> Luísa Matos;
- Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria - 24;
- Enfermeiras Generalistas - 28.

As enfermeiras cumprem um horário de 35 horas semanais. Uma enfermeira especialista faz horário fixo, no turno da manhã e as restantes fazem roulement, nomeadamente Manhã/Tarde (das 8H às 20H30), Noite (das 20H às 8H30), Descanso e Folga, sendo cada turno normalmente composto normalmente por 9 elementos.

Uma das singularidades deste serviço é o facto de serem as enfermeiras da unidade a receber os recém-nascidos vindos do Núcleo de Partos, assim como os recém-nascidos oriundos do Bloco Operatório desta Instituição.

O método de trabalho preconizado é o Método Individual de Trabalho, sendo cada enfermeira responsável pela prestação de cuidados integrais e personalizados ao RN/Família. Contudo devo salientar, o espírito de inter-ajuda e colaboração manifesto por parte de toda a equipa de enfermagem, não se verificando uma divisão acérrima de funções, a qual se mostrou também disponível para responder a todas as minhas dúvidas/inquietações e proporcionar as mais variadas oportunidades de aprendizagem. Este espírito colaborativo e de ajuda mútua patente na equipa de enfermagem, encontra-se também presente no seio da equipa médica, o que constitui uma mais-valia, permitindo o actuar como um todo, conceito fundante da parceria multidisciplinar e que viabiliza o intercâmbio de saberes e opiniões, o qual se irá reflectir numa prática cuidativa mais responsabilizada e humanizada.

Sempre que a situação clínica do recém-nascido o permite, os cuidados básicos a prestar (higiene, alimentação, medicação oral, nebulização, etc.) são partilhados com os pais que permanecem junto do filho, sob a supervisão da equipa de enfermagem.

### ➡ **Equipa Médica**

No que se refere à equipa médica, existem dois elementos que passam a visita na UCEN e outros dois passam a visita médica na UCIN, no turno da manhã. Nos períodos da tarde e da noite, o Serviço é assegurado pelos pediatras que estiverem escalados de urgência, os quais fazem um horário de 24H (das 8 às 8H do dia seguinte) e que concomitantemente asseguram toda a instituição.

O Serviço conta ainda com a colaboração de alguns especialistas pertencentes a outras instituições, nomeadamente:

- ◆ Médico Oftalmologista do Hospital S. João, que faz o despiste de Retinopatia do Prematuro;
- ◆ Médico Cardiologista do Hospital Maria Pia, que observa os RN sempre que solicitado;
- ◆ Médico Neurologista, do Hospital Santo António, que colabora sempre que necessário.

No meu entender, esta colaboração existente assume-se de extrema importância, dado evitar que o RN seja deslocado desnecessariamente da Instituição.

### ➡ **Equipa de Auxiliares de Acção Médica**

Esta equipa é composta por 12 elementos, existindo dois por turno e que têm como funções a limpeza e higienização do serviço, a reposição de material no serviço e o transporte de produtos biológicos para o laboratório.

### ➡ **Secretária da Unidade**

Este elemento tem a cargo todos os aspectos burocráticos inerentes ao processo dos RN e a preparação de todos os documentos subjacentes aos termos de responsabilidade para a realização dos mais diversos exames de diagnóstico e intervenções.

Uma característica a enaltecer desta instituição é o facto de se encontrar instituído o Projecto “Nascer Cidadão”, o qual prevê a possibilidade por parte dos pais, no acto de nascimento dos seus filhos, de procederem ao registo civil obrigatório para atribuição de um nome. Esta condição faculta aos pais a possibilidade imediata e em tempo útil de ultrapassar este circunstancialismo burocrático, sem a necessidade de deslocações ao exterior, principalmente nos casos de internamentos prolongados.

## RECURSOS MATERIAIS

O serviço de Neonatologia dispõe de material de tecnologia avançada e sofisticada que permite uma assistência diferenciada e especializada ao recém-nascido prematuro, nomeadamente:

- Várias Incubadoras, sendo duas de transporte - Uma para transportes efectuados a nível institucional (Bloco Operatório e Núcleo de Partos) e outra para transporte inter-institucional;
- Ventiladores Babylog 8000 plus (Ventilação Controlada);
- Ventiladores Leoni plus (Ventilação Controlada);
- Aparelhos de CPAP (Infant Flow);
- Dinamaps;
- Saturímetros;
- Oxímetros;
- Monitores Phillips (TA, FC, FR, Sat. O2);
- Bombas Perfusoras;
- Aparelhos de Fototerapia;
- Ecógrafo;
- Carro de Urgência.

## ÁREA DE ACTUAÇÃO: UTENTES

O Serviço de Neonatologia está vocacionado para o atendimento de RN dos 0 aos 28 dias de vida, excluindo os portadores de patologia cardíaca e cirúrgica, os quais são encaminhados para os Hospitais de S. João e Maria Pia. Os RN são provenientes da instituição (Bloco Operatório, Núcleo de Partos ou da Enfermaria), bem como de outras instituições hospitalares (públicas ou privadas), via INEM ou do domicílio. A Unidade dá apoio ao INEM, às 3ªFeiras.

O Serviço de Neonatologia cuida essencialmente de prematuros (cerca de 80%), sendo as patologias mais frequentes as seguintes:

- Prematuridade;
- RCIU;
- Doença da Membrana Hialina (DMH);
- Síndrome Dificuldade Respiratória;
- Infecção;
- Displasia Bronco - Pulmonar;
- Pneumonia;
- Retinopatia da Prematuridade;
- Asfixia;
- Enterocolite Necrosante (NEC);

- Hemorragia Intra - Ventricular;
- Taquipneia Transitória;
- Hipoglicemia;
- Hiperbilirrubinémia;
- Síndromes de abstinência;
- Aspiração de mecónio;
- Malformações.

### CASA DAS MÃES

Para as mães que residem a mais de 30 km de distância da Maternidade Júlio Dinis e desejam permanecer perto do bebé durante a sua estadia na UCIN, é possível o alojamento gratuito numa casa pertencente à Instituição. Esta tem uma lotação para 6 mães. Trata-se de uma casa completa, composta por uma cozinha, casa de banho, sala e quarto, sendo que as refeições são efectuadas no refeitório da Maternidade Júlio Dinis.

**FONTE:** CHP - UNIDADE MATERNIDADE JÚLIO DINIS - Disponível em <http://www.mjd.min-saude.pt/frame.htm> [Consultado a 28/11/2010].

**ANEXO II – Caracterização do Serviço de Urgência de Pediatria do  
Hospital de São Sebastião**

---



## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO**

O Hospital São Sebastião é uma estrutura recente, que entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999, como Hospital S.A. e em 2005 foi transformado o seu estatuto jurídico para Entidade Pública Empresarial (EPE), adoptando como valores de referência a Qualidade, Ética, Respeito pelo Indivíduo, Performance e Inovação. Sita na Rua Dr. Cândido de Pinho, na Cidade de Santa Maria da Feira, a norte do Distrito de Aveiro.

A partir de 1 de Fevereiro de 2009, o Hospital São Sebastião (EPE) juntamente com o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis) passaram a integrar o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, com sede em Santa Maria da Feira, criado na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro.

Este passou a responsabilizar-se pela prestação de cuidados às populações 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).

O Serviço de Urgência Geral utiliza o Sistema de Triagem de Manchester, com base num protocolo clínico que permite classificar a gravidade das situações que ocorrem a este serviço. Contíguos ao SU estão localizadas as instalações do SAP, o qual é assegurado por médicos generalistas que atendem os doentes classificados como não urgentes pelo Sistema de Triagem funcionando diariamente 24H.

Por sua vez a Urgência de Pediatra, funciona nas instalações da Urgência Geral, sendo assegurada por Pediatras que para além da urgência, dão apoio ao internamento de Pediatra e o atendimento compreende a faixa etária dos 0 aos 17 anos, inclusive.

No que se refere ao SU de Pediatra, este não utiliza o Sistema de Triagem de Manchester usado nos adultos, por não estar adaptado e validado para a idade pediátrica. Contudo, o Departamento de Pediatra, por necessidade de racionalizar a afluência às consultas de Urgência de Pediatra, instituiu um sistema de triagem, feito pelos enfermeiros de OBS de Pediatra, com base num quadro de critérios, elaborado pelo Director do Departamento.

### **Triagem de Enfermagem**

(Quadro de prioridades instituído no Hospital, datado de 30 de Abril de 2001 e assinado pelo Prof. Doutor Rui Carrapato, Director do Serviço de Pediatra/Neonatologia)

Prioridades	Designação	Situações	Orientação
1º	Emergência	Convulsões (1) Choque ALTE (2) Intoxicação (3) IRA (4)	Sala de Reanimação e Comunicação imediata ao Pediatra
2º	Urgência Pediátrica I	SDR Diabetes Intoxicações Pós-convulsões Desidratação (5) Quadros meníngeos	OBS Pediatria
3º	Urgência Pediátrica II	R.N. de risco Abdómen cirúrgico Referenciados de outros hospitais	Consulta pelo Pediatra
4º	Não Urgência	Todos os outros casos	SAP

*Notas:*

*A - (1) Convulsões: por emergência entende-se mal epiléptico/status convulsivo, com risco eminente de paragem cardio-respiratória; descompensação hemodinâmica ou convulsões refractárias ao tratamento.*

*(2) ALTE: episódio ameaçador da vida (Acute Life Threatning Event) – apneia; bradicardia com descompensação hemodinâmica; quase afogamento; etc.*

*(3) Intoxicação: por emergência entendem-se as intoxicações graves, com alteração de consciência ou descompensação hemodinâmica (organofosforados, digitálicos, salicilatos, paracetamol, barbitúricos, etc.).*

*(4) IRA – Insuficiência Respiratória Aguda, nomeadamente status asmático com silêncio pulmonar; cianose central; hipóxia grave (se saturação de O2 inferior a 88% em ar ambiente e criança com idade inferior a 2 anos; estridor laríngeo grave – epiglote, com IRA eminente, corpo estranho, Bronquiólite grave, etc.)*

*(5) Sinais de desidratação: letargia, hipotonia, hipertermia, olhos encovados, fontanela deprimida (na desidratação hipernatrémica a fontanela pode apresentar-se tensa), pele e mucosas secas, alterações de pulso, FC ou FR, alterações de consciência, etc.*

*B – Funções de Enfermagem:*

*Avaliar e registar os sinais vitais (temperatura, FC, FR, TA);*

*Administrar antipirético sempre que justificável (se temperatura superior a 38°C e de acordo com protocolo instituído) e fazer arrefecimento físico*

.

*Material de reanimação – é da inteira responsabilidade do Pediatra de serviço à urgência. É da responsabilidade da Enfermeira responsável, no início do turno, a verificação e confirmação de todo o material e medicação de urgência.*

*C – Politraumatizados, TCE e Queimados: serão enviados para a emergência tal como actualmente. A eventual colaboração do Pediatra será solicitada pelo colega do serviço de Emergência.*

*D – Em todas as situações não incluídas neste diagrama, ou sempre que surjam dúvidas quanto à orientação de doentes, as Sras. Enfermeiras devem consultar o Pediatra de Urgência.*

*E – As crianças que após observação pelos colegas do SAP necessitem do parecer de pediatria, serão por nós referenciadas posteriormente.*

## **ESTRUTURA FÍSICA**

A estrutura física contempla duas áreas distintas, que estão interligadas por portas de acesso e que correspondem à triagem e atendimento médico e ao OBS de Pediatria, o qual se destina às crianças que necessitem de permanecer em observação, efectuar tratamentos de curta duração, efectuar meios complementares de diagnóstico ou ainda que aguardam internamento no Serviço de Pediatria.

Em termos organizativos, as instalações da triagem e de atendimento médico são constituídas por uma Sala de Espera ampla com diversas cadeiras e um fraldário, um Gabinete de Triagem, Quatro Gabinetes Médicos e uma casa de banho. As instalações de OBS são compostas por um corredor amplo com um balcão onde os Enfermeiros organizam o seu trabalho, duas casas de banho para as crianças e outra para o pessoal, um vestiário do pessoal de dimensões reduzidas, uma sala de arrecadação de material, uma sala de sujos, uma copa, dois gabinetes de enfermagem, uma sala para tratamentos e nebulizações com duas camas pediátricas e uma sala de OBS com capacidade para 5 camas pediátricas e duas macas. Esta é constituída por um armário onde se encontram as diversas terapêuticas farmacológicas e outros, com os mais

diversos materiais de consumo clínico. Aqui encontra-se também o carro de emergência, os monitores cardíacos, as máquinas perfusoras, etc.

## RECURSOS HUMANOS

A Urgência de Pediatria é constituída por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiras, médicos e auxiliares de acção médica. É gerida em parceria por Pediatras pertencentes à Instituição e outros em regime de tarefa.

Não tem uma dotação própria de profissionais de Enfermagem e de Auxiliares de Acção Médica, sendo os turnos assegurados por pessoal dos serviços de Pediatria, Neonatologia e Enfermeiros contratados que se encontram em regime de prestação de serviços.

Os turnos de trabalho distribuem-se da seguinte forma: Manhã (8-15H); Tarde (15-22H) e Noite (22-8H).

### ➡ **Equipa de Enfermagem**

Actualmente a equipa de enfermagem é constituída por 27 elementos, dos quais 6 estão em regime de prestação de serviços. Somente um é detentor do Grau de Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, o qual faz horário fixo enquanto os restantes fazem roulement.

Cumprem um horário de 35 horas semanais, existindo apenas 1 elemento que faz 42 horas semanais. Os turnos da manhã e da tarde são compostos por 3 elementos, enquanto o turno da noite é assegurado por dois elementos.

### ➡ **Equipa Médica**

Actualmente, a equipa médica é constituída por Pediatras pertencentes à instituição e outros em regime de prestação de serviços que fazem somente urgência, perfazendo um total de 16 elementos. Um elemento faz 24H, outro das 8-20H e o terceiro das 8-24H.

### ➡ **Equipa de Auxiliares de Acção Médica**

Esta equipa é composta por 24 elementos, existindo dois elementos nos turnos da manhã e da tarde e um no turno da noite. No turno da tarde um elemento segue até às 24H.

Têm como funções a limpeza e higienização do serviço, a reposição de material, o transporte de produtos biológicos para o laboratório e o acompanhamento das crianças/pais aquando da realização de exames.

### **RECURSOS MATERIAIS**

Para além de todo o material de consumo clínico corrente, o serviço dispõe ainda de máquinas perfusoras, dinamaps, monitores de frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial e saturação de oxigénio e um carro de urgência com todo o material para o efeito.

**FONTE:** CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. - Disponível em [http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=355](http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=355) [consultado a 28/11/2010]



**ANEXO III – Caracterização do Serviço de Internamento de Pediatria do  
Hospital de São Sebastião**

---



## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA DO**

### **HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO**

O Hospital de São Sebastião é uma estrutura recente, que entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999, como Hospital S.A. e em 2005 foi transformado o seu estatuto jurídico para Entidade Pública Empresarial (EPE), adoptando como valores de referência a Qualidade, Ética, Respeito pelo Indivíduo, Performance e Inovação. Sita na Rua Dr. Cândido de Pinho, na Cidade de Santa Maria da Feira, a norte do Distrito de Aveiro.

A partir de 1 de Fevereiro de 2009, o Hospital de São Sebastião (EPE) juntamente com o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis) passaram a integrar o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, com sede em Santa Maria da Feira, criado na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro.

Este passou a responsabilizar-se pela prestação de cuidados às populações 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).

O Serviço de Internamento de Pediatria situa-se no quarto piso deste Hospital, na ala virada para Sul. Acolhe crianças desde os 0 aos 17 anos, provenientes do Serviço de Urgência (OBS de Pediatria), das Consultas Externas, do Serviço de Neonatologia e do Serviço de Internamento de Obstetrícia. É patente uma grande diversidade de patologias, sobretudo do foro respiratório, cirúrgico, metabólico e urinário.

### **ESTRUTURA FÍSICA**

Dado acolher crianças até aos 17 anos, este serviço foi sujeito a obras de ampliação em 2009, passando a disponibilizar um total de 40 vagas. Ainda que o n.º de vagas preconizado seja de 28, este pode ser aumentado para 33 em casos especiais e com reforço do número de profissionais de saúde.

Situado no centro do serviço, encontramos um berçário com capacidade para 5 berços em simultâneo, sendo provido de fraldário, banheira e todo o material necessário para os cuidados de higiene e conforto do bebé. Paralelamente, encontra-se também uma outra enfermaria com capacidade para 3 berços e fraldário. Para as crianças de 1 a 6 anos, o serviço dispõe de uma enfermaria com 3 camas, mas sem casa de banho e de outras duas, com 3 camas e respectivas casas de banho. Para os adolescentes, o serviço é provido de 6 enfermarias, com

duas camas cada e casa de banho individualizada. Para isolamento existem ainda 3 quartos, igualmente com casa de banho individualizada. Todas as enfermarias disponibilizam um armário, um cadeirão para cada cama, cadeiras e televisão para uso da criança e respectivos acompanhantes.

O serviço dispõe ainda de uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de registos onde é realizada a passagem de turno, duas salas de arrecadação de material, uma copa para uso simultâneo dos profissionais e acompanhante da criança e várias casas de banho para uso dos profissionais, bem como da criança e respectivo acompanhante, devidamente identificadas. Este dispõe ainda de cacifos para os pais guardarem os seus pertences. A zona externa do serviço contempla a sala de sujos, a copa de leites, o gabinete da Enf.<sup>a</sup> Chefe, o gabinete do Director de Serviço, o secretariado e uma sala de reuniões.

### RECURSOS HUMANOS

O Serviço de Internamento de Pediatria é constituído por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiras, médicos e auxiliares de acção médica.

No que concerne à equipa de enfermagem, actualmente é constituída por 27 elementos, dos quais 6 estão em regime de prestação de serviços. Especificamente neste serviço, somente em elemento é detentor do Grau de Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Os turnos de trabalho distribuem-se da seguinte forma: Manhã (8-15H); Tarde (15-22H) e Noite (22-8H), sendo que existem 4 elementos no turno da manhã e 3 elementos nos respectivos turnos da tarde e noite.

No que se refere à dinâmica organizacional, é adoptado o Método Individual de Trabalho, o qual contempla uma prestação de cuidados globais e individualizados à Criança/Família. Contudo, devo salientar o espírito de inter-ajuda e colaboração manifesto entre toda a Equipa de Enfermagem, não se verificando uma divisão acérrima de funções, o que se torna fundamental para uma eficácia e maior qualidade na prestação de cuidados.

**FONTE:** CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. - Disponível em [http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=355](http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=355) [consultado a 29/01/2011].

**ANEXO IV – Cronograma dos Horários de Estágio**

---



**Local de Estágio:** CHP - Unidade MJD

**Módulo:** 3.º Módulo

Ano	2010																														
Mês	OUTUBRO																														
Semana	1ª							2ª							3ª							4ª									
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D			
Dias do Mês	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Turnos			M					M/T			M	M	N		MT			MT	N			MT									
N.º Horas			5H30					12H00			6H00	4H	12H00		12H00			12H00	12H00			12H00									

91

**Local de Estágio:** Serviço de Urgência H.S.S.

**Módulo:** 3º Módulo

Ano	2010																														
Mês	NOVEMBRO																														
Semana	1ª							2ª							3ª							4ª									
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D			
Dias do Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	31			
Turnos		M		M					M	M		MT			MT	M		MT				M									
N.º Horas		6H00		7H00					7H00	9H00		9H00			11H00	7H00	7H00	11H00				8H									

Total de Horas 90

**Local de Estágio:** Serviço Internamento H.S.S. **Módulo:** 2.ºMódulo

Ano	2010																											
Mês	DEZEMBRO																											
Semana	1ª							2ª							3ª							4ª						
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D
Dias do Mês	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Turnos			M	N							MT	T	N			M	MT	MN			T		M				N	
N.º Horas			6H	10H30							14H30	7H30	10H30			7H30	14H30	8H			8H		8H				10H30	

Total de Horas **115H30**

**Local de Estágio:** Serviço Internamento H.S.S. **Módulo:** 2.ºMódulo

Ano	2011																													
Mês	JANEIRO																													
Semana	1ª						2ª						3ª						4ª											
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D		
Dias do Mês	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Turnos					N					T				M	T	M				T					MT					
N.º Horas					10H30					8H				8H	8H	8H				7H30						14H30				

Total de Horas **64H30**





## CRITÉRIOS PARA CERTIFICAÇÃO DE UM “HOSPITAL AMIGO DOS BÉBES”

### **Todos os serviços que prestam cuidados às mães e RN devem:**

- 1- Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
- 2- Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política;
- 3- Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
- 4- Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
- 5- Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
- 6- Não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
- 7- Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permanecem juntos 24H por dia;
- 8- Dar de mamar sempre que o bebé queira;
- 9- Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

**FONTE:** “HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS” - Disponível em [http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf) [Consultado a 20/10/2010].



**ANEXO VI – Diapositivos da Formação de Pares: “Banho do Recém-Nascido e Cuidados ao Coto Umbilical”**

---



# BANHO DO RECÉM-NASCIDO E CUIDADOS AO COTO UMBILICAL



Realizado por: Marco Oliveira & Raquel Coelho

Alunos do 3.º Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da UCP – ICS do Porto.

## SUMÁRIO:

- 1. Pertinência da Formação
- 2. Revisão da Literatura
- 3. Procedimento
- 4. Bibliografia



## 1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

- O **banho** ao Recém-nascido e os **cuidados ao coto umbilical** fazem parte integrante da actuação do enfermeiro e dos próprios pais.
- A prática de **cuidados ao coto umbilical** implica a utilização de **cuidados específicos**, de modo a evitar que a **colonização bacteriana** por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* atinja níveis suficientes passíveis de desencadear um processo infeccioso, até à sua completa cicatrização.

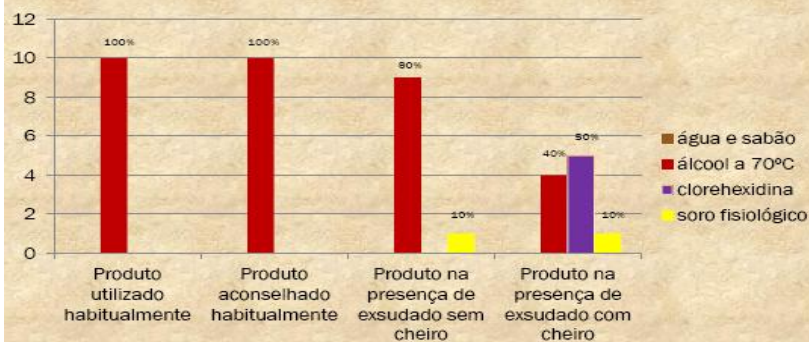


## 1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO



## 1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

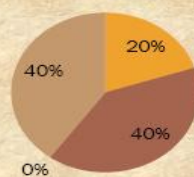
Questionário aplicado aos enfermeiros relativamente à prática de cuidados ao Coto Umbilical (n= 10)



## 1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

Periodicidade dos Cuidados ao Coto

- Uma vez por dia
- A cada mudança de fralda
- Na prestação de cuidados de higiene
- Sempre que necessário



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- A **preservação da integridade da pele** é um aspecto importante do cuidado, sobretudo, durante o período neo-natal, pelo que deve ser **priorizada**, especialmente no caso do recém-nascido pré-termo.



- A **colonização** da pele do recém-nascido internado é **consequência de múltiplos factores** do ambiente hospitalar, entre eles o **banho rotineiro** (Cunha, M.L.C. et al; 2006).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Por não ser um procedimento **inócuo**, os benefícios do banho diário necessitam ser claramente justificados (AWHONN, 2001).
- Referente **ao banho**, o procedimento diário e de rotina aos **bebés pré-termo** é considerado **desnecessário** e **contra-indicado** (Revista Brasileira de Enfermagem, 2009).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- São **raros os estudos** comparando técnicas de banho ou o efeito de diferentes produtos de limpeza sobre o pH da pele do recém-nascido a termo e prematuro (Lund, C. et al; 1999).
- O banho e os produtos de limpeza (normalmente o sabonete) interferem na **protecção fisiológica cutânea** (manto ácido), provocando mudança na composição da microflora cutânea e na actividade enzimática da epiderme. Para além disso, provoca a **dissolução da gordura** da superfície da epiderme, influenciando nas condições de hidratação e predisposição à **secura da pele** (Cunha, M.L.C et al; 2006).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Tanto os sabonetes para bebê quanto os sabonetes suaves genéricos oferecidos no mercado apresentam como ingrediente activo os surfactantes, que são substâncias irritantes para a pele (Siefgried, E.C.; 1998).
- Repetidas lavagens com sabonete propiciam um aumento na colonização da pele com *Staphylococcus coagulase negativo*, o qual tem sido relacionado com a mudança do pH provocada por esse (Baranda, L. et al; 2002).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- O banho com sabão neutro em oposição ao banho só com água tem efeitos mínimos na redução da colonização bacteriana da pele por bactérias patogênicas (Medves, J.M. et al; 2001).



- Nos recém-nascidos pré-termo (idade gestacional inferior a 32 semanas) recomenda-se a utilização de água esterilizada morna para a remoção dos fluidos corporais, pois ela não altera a flora da pele (Darmstadt, G.L.; Dinulos, J.G.; 2000).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- O banho do recém-nascido deverá ser limitado a 3 vezes por semana durante o primeiro mês. A água com sabão deverá ser utilizada um dia sobre três e apenas quando a água não é suficiente (Hummel, M.; 2001).
- Relativamente ao banho do recém-nascido pré-termo, estudos sugerem ser indicado o uso somente de água e o aumento do intervalo de dias entre os banhos para que se evite um aumento na colonização da pele (Cunha, M.L.C et al; 2006).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- ❖ Assegura-se que há necessidade de limpar apenas a área genital com água morna e sabão neutro, mas nos recém-nascidos com menos de 1,5 kg a higiene deve ser feita apenas com água.
- ❖ Outros autores salientam que o banho deve ser prorrogado no mínimo até ao RN Pré-termo atingir 2 semanas de vida e depois deste período, realizá-lo por tempo curto (menor que 5 minutos), no ambiente da incubadora, restringindo-se à área suja e apenas 3 vezes por semana (Revista Brasileira de Enfermagem, 2009).



## 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

### Orientações Gerais:

- ❖ Não dar banho no 1º dia de vida;
  - (Função barreira do vénix caseoso)
- ❖ Idealmente 2 a 3 vezes por semana;
  - (Banho frequentes podem condicionar a secura da pele e uma maior susceptibilidade à infecção)
- ❖ Deverá ser dado na direcção céfalo-caudal;
  - (Evita o transporte de microrganismo de uma zona do corpo para outra)
- ❖ Evitar da banho após alimentação;
  - (Pode regurgitar)
- ❖ Duração do banho não deve ultrapassar os 5 minutos;
  - (Prevenir a hipotermia)
- ❖ Ter todo o material preparado antes do banho.



## 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

### Banho ao RN Pré-termo:

- ❖ Optimizar o meio ambiente (24 a 25°C);
- ❖ Lavar cuidadosamente as mãos;
- ❖ Preparar todo o material necessário:
  - Compressas pequenas esterilizadas;
  - Compressas grandes não esterilizadas;
  - Soro fisiológico;
  - Fralda;
  - Roupa do bebé;
  - Outro material necessário conforme a situação.
- ❖ Preparar a água do banho à temperatura de 37°C;
  - (Utilizar água esterilizada no caso de RN com menos de 32 semanas de gestação).



### 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Lavar a cara e a cabeça;
  - (Os olhos deverão ser limpos com soro fisiológico).
- Lavar o resto do corpo incluindo o coto umbilical;
- Lavar a região genital e anal;
  - (A lavagem deverá ser efectuada no sentido antero-posterior para se minimizar a possibilidade de transmissão de bactérias e fungos da região anal para a genital).
- Limpar e secar cada área após lavagem;
- Colocar a fralda;
- Posicionar confortavelmente o recém-nascido.



### 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

#### Banho ao RN de Termo:

- Optimizar o meio ambiente (24 a 25°C);
- Lavar cuidadosamente as mãos;
- Preparar todo o material necessário:
  - ↗ Roupa do recém-nascido;
  - ↗ Sabão (pH = 5,5), sem perfume nem conservantes (parabenos);
  - ↗ Compressas pequenas esterilizadas;
  - ↗ Compressas grandes não esterilizadas;
  - ↗ Soro fisiológico;
  - ↗ Fralda;
  - ↗ Outro material necessário conforme a situação.



### 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

#### Banho ao RN de Termo (continuação):

- Preparar água do banho á temperatura de 37°C;
- Limpar os genitais se sujos com fezes;
- Colocar o recém-nascido lentamente na água;



### 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Lavar a cara só com água, com especial atenção aos olhos;
- De seguida proceder à lavagem do couro cabeludo;
- Colocar o bebé com delicadeza na água e lavar o resto do corpo, incluído o coto umbilical;
- Virar cuidadosamente o recém-nascido apoiando bem a cabeça, lavar as costas de cima para baixo com movimentos delicados;
- Por último proceder à lavagem das regiões genital e anal;
- Retirar o bebé da água e embrulhá-lo numa toalha;

### 3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Secar sem friccionar, tendo especial atenção para com as pregas cutâneas e espaços interdigitais;
- Colocar a fralda deixando o coto umbilical a descoberto;
- Limpar os olhos com Soro Fisiológico, quando necessário (do canto interno para o externo);
- Vestir o recém-nascido, começando pelo tronco (evitar a hipotermia);
- Posicionar confortavelmente o recém-nascido.



### NOTAS

- No **Recém-nascido Prematuro com menos de 34 semanas de IG** deve-se evitar aplicações generalizadas e profiláticas de **pomadas, cremes gordas, vaselina** ou emulsões água-vaselina-lanolina pelo risco aumentado de sépsis por estafilococo coagulase negativo.
- No **Recém-nascido Prematuro com mais de 34 semanas de IG** e no **Recém-nascido de Termo** justifica-se o **emprego de cremes hidratantes e emolientes** perante "dermatites irritativas" e nas zonas do períneo pode-se usar cremes de barreira ou óxido de zinco (especialmente no caso de lesões exsudativas).



(Consensos de Neonatologia, 2004).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical



#### ➔ Produtos vulgarmente utilizados

- Ⓢ O uso rotineiro de desinfetantes e agentes anti-microbianos nos cuidados ao coto surgiu nos anos 1950 e 1960, associado ao aumento das taxas de infeção que se verificaram nas enfermarias (Kelly, E. et al; 2004).
- Ⓢ A desinfecção deve ser feita com álcool após o banho, devendo ser repetida a cada muda de fralda e após queda (Ministério da Saúde, 2005).
- Ⓢ Sendo a clorohexidina um anti-séptico de largo espectro, a sua utilização tem sido verificada por reduzir a exposição do coto a agentes patogénicos e consequentemente o risco de infeção (Mullary, L.C. et al; 2009).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- Ⓢ O álcool tem sido demonstrado em muitos estudos a nível hospitalar como menos eficaz no controlo da colonização umbilical e infeção da pele comparativamente com outros anti-microbianos, como a clorohexidina (Vural, G.; Kisa, S.; 2006).
- Ⓢ A clorohexidina a 0,5 % demonstra ser superior ao álcool a 70%, por ser menos tóxico e mais eficaz na redução da colonização por Streptococcus grupo A e Staphylococcus aureus (Adriano, L.S.M. et al; 2009).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

#### Argumentos a favor da desinfecção

- Ⓢ O uso de anti-sépticos esteve relacionado com uma diminuição da preocupação materna (Zupan, Y. et al; 2000).
- Ⓢ Nos países pobres ou nas enfermarias neo-natais, pode diminuir o risco de aparecimento de infeções bacterianas (Axelsson, I.; 2002).
- Ⓢ A onfalite continua a ser uma entidade clínica, existindo um risco potencial associado à interrupção do tratamento bactericida do cordão. Esta cessação de cuidados bactericidas deve ser acompanhada por uma atenção vigilante para os sinais e sintomas de onfalite (Janssen, P.A. et al; 2003).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

#### Argumentos contra a desinfecção

- Ⓢ A limpeza do cordão com anti-sépticos pode atrasar a separação do coto, para além de que manter o coto seco e limpo parece ser tão seguro e eficaz como o uso de anti-sépticos ( Zupan, Y. et al; 2000).
- Ⓢ A maioria dos estudos comparando o tratamento com desinfectantes e agentes anti-microbianos versus o seu não uso nos cuidados ao coto não demonstraram um aumento da incidência da infeção quando o coto umbilical não era tratado (Evens, K. et al, 2004).
- Ⓢ Os anti-sépticos retardam os processos de putrefacção e consequentemente a sua queda (Walker, C.R., 1999; Zupan, J. et al, 2000), comparativamente com a água (Florentino, L.C. & Gualda, D.M.R., 1998; Shoaieb, F.M. and El- Barrawy, M.A., 2005).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- Ⓢ O uso de agentes anti-bacterianos para limpar e secar o coto do recém-nascido tem sido uma prática em desuso (Janssen, P.A. et al, 2003).
- Ⓢ Não existe evidência científica para continuar com uso do álcool, mas este continua a ser o produto mais utilizado.
- Ⓢ O uso de álcool tem consistentemente demonstrado prolongar o tempo de separação do cordão umbilical. Além disso casos de toxicidade aguda de álcool em crianças até 21 dias foram relatados após aplicação generosa do mesmo (Vural, E. and Kisa, S.; 2006).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- Ⓢ O processo normal de separação do coto poderá incluir odor sem que lhe seja atribuído algum significado patológico (Vural, E. and Kisa, S.; 2006).
- Ⓢ Numa população saudável deverá ser utilizada uma abordagem naturalista (Shoaieb, F.M. and El -Barrawy, M.A.; 2005).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

#### Argumentos a favor da limpeza

- Ⓢ Não existe ainda uma resposta cabal para a questão de quais são os melhores cuidados a prestar ao coto umbilical (OMS, 1998).
- Ⓢ Manter o coto umbilical limpo e seco mediante uma higiene com água e sabão, com especial atenção para a base do mesmo, é actualmente recomendado (WHO, 1998; Zupan, Y. et al, 2000).
- Ⓢ Os benefícios potenciais associados à secagem natural do cordão umbilical incluem um tempo de queda menor, prevenção da exposição ao álcool e da lesão potencial da pele, principalmente nos recém-nascidos prematuros, tudo isto sem um aumento na taxa de infecção (Kelley, et al; 2004).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Outras práticas culturais associadas ao cuidado ao coto:

#### Leite Materno

- Ⓢ Parece não existir efeitos adversos e está associado a um menor tempo de separação do coto umbilical comparativamente com o uso de anti-sépticos (Vural, G. and Kisa, S.; 2006).
- Ⓢ A evidencia de infecção do coto foi significativamente mais baixa nas situações em que foi aplicado leite materno no coto (Vural, G. and Kisa, S., 2006).
- Ⓢ A aplicação de leite materno poderá ser benéfico tendo em conta os factores anti-bacterianos presentes no leite humano (WHO, 1998; Vural, G. and Kisa, S.; 2006).



## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Medidas de Prevenção de Ocorrências associadas ao cuidado ao Coto Umbilical:

- Ⓢ Acesso crescente ao toxóide tetânico durante a gravidez;
- Ⓢ Promoção da limpeza do coto;
- Ⓢ Lavagem das mãos antes e após o contacto com o recém-nascido;
- Ⓢ Utilização de agentes anti-microbianos no coto.



(Mullany, et al; 2006).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

### Factores associados à ocorrência de infecção do coto:

- ⊗ A amamentação esteve relacionada com uma menor incidência de infecção e um menor tempo de queda do coto.
- ⊗ A incidência de infecção esteve associada a:
  - ⊕ Utilização de métodos para secar a pele;
  - ⊕ Uso de fraldas de pano;
  - ⊕ Dar banho de imersão ao recém-nascido;
  - ⊕ Adiar o 1º banho para o 7º dia de vida do RN.



(Schoaeib, F.M. and El-Barrawy, M.A., 2005).

## 3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

Quando ? → Após o banho e em SOS

- ⊗ Promover uma boa higienização da área
- ⊗ Em SOS para prevenir a infecção, caso haja contacto com material orgânico (urina ou fezes).

### Etapas:

- ⊗ Lavar as mãos antes de proceder à sua limpeza;
  - ⊕ (Prevenir a colonização bacteriana e infecção)
- ⊗ Levantar o coto umbilical, afastando-o do corpo;
  - ⊕ (Permite uma melhor visualização da base e um melhor acesso ao local de inserção do coto)

## 3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

### Etapas (continuação):

- ⊗ Limpar a base com soro fisiológico;
  - ⊕ (Promove o processo de mumificação do coto e a sua queda num período de tempo mais curto)
- ⊗ Despistar sinais inflamatórios na base do coto e possível onfalite (secreção amarelada, sangramento, cheiro fétido e rubor na sua base);
  - ⊕ (Prevenir e detectar precocemente complicações)
- ⊗ Secar cuidadosamente;
  - ⊕ (Absorver a humidade e promover a mumificação)

### 3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

#### Etapas (continuação):

- ⊙ Permitir o arejamento do local de inserção do coto;
  - ⊕ (Manter uma boa oxigenação do local e prevenir a presença da humidade derivada do calor da pele)
  
- ⊙ Não puxar o coto para que este se desprenda ,mesmo que esteja quase a cair.
  - ⊕ (Evitar uma porta de entrada para a infecção)



### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ADRIANO, L. S. M.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J.T. J. M.; *Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo*. Rev. Electr. Enf., 2009; 11(1): 173-80.
- ✓ ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTRETIC AND NEONATAL NURSES. *Neonatal Skin Care: Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. Washington (DC), 2001.
- ✓ AXELSSON, I. - *A Cochrane review on the umbilical cord care and prevention of infections. Antiseptic solutions are not necessary in developed countries but life-saving in developing countries [Abstract]*. Lakartidningen, 2002; 99(14): 1563-6.
- ✓ BARANDA, L. et al - *Correlation between pH and irritant effect of cleansers marked for dry skin*. International Journal of Dermatology, Philadelphia (PA), 2002 (Aug.); 41: 494-9.
- ✓ BOWDEN, V.; GREENBERG, C. - *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2003.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R.S. - *Banho E Colonização Da Pele Do Pré-Termo*. Porto Alegre (RS): Revista Gaúcha de Enfermagem, 2006 (Junho); 27(2): 203-8.
- ✓ DARMSTADT, G. L.; DINULOS, J. G. - *Neonatal Skin Care*. Pediatric Clinics of North America, Philadelphia (PA), 2000 (Aug.); 47: 757-82.
- ✓ EVENS, K. et al - *Does Umbilical Cord Care in Preterm Infants Influence Cord Bacterial Colonization or Detachment?* Journal of Perinatology, 2004; 24: 100-104.
- ✓ HUMMEL, M. - *Réflexions sur la toilette du nourrisson*. Médecine e Enfance. Septembre, 2001. Disponível em [http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/toilette\\_dunourrisson.pdf](http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/toilette_dunourrisson.pdf) [Consultado em 10/12/2010].
- ✓ JANSSEN, P. A. et al - *To Dye or Not To Dye: A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/ Alcohol Regime Versus Dry Cord Care*. Pediatrics, 2003 (January): Vol. 111, N.º 1.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ LUND, C. et al - *Neonatal Skin Care: The Scientific Basis For Practice*. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing. Philadelphia (PA), 1999 (May/Jun); 28(3): 241-54.
- ✓ MARTINS, C. P.; TAPIA C. E. V. - *A pele do recém-nascido prematuro sob avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009 (Sept./Oct.): Vol. 62, N.º 5. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&ting=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&ting=pt) [Consultado em 05/12/2010].
- ✓ MEDVES, M. J.; O' BRIEN, B. - *Does Bathing Newborns Remove Potentially Harmful Pathogens From The Skin*. Birth 28:3, 2001 (September).
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança*. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf> [Consultado em 05.12.2010].

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ MULLANY, L. C. et al - *Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% Chlorhexidine on time to cord separation among newborns in southern nepal: A cluster-randomized, community-based trial*. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, 2006; 35(1): 123-28.
- ✓ MULLANY, L. C. et al - *Safety and impact of chlorhexidine antiseptics interventions for improving neonatal health in developing countries*. Pediatrics, 2006; 25(8): 665-75.
- ✓ MULLANY, L. C. et al - *Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial*. BMC Pediatrics, 2009; 9:67.
- ✓ NONA, José et al. - *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Secção de Neonatologia: Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004.
- ✓ SIEGFRIED, E. C. - *Neonatal skin and skin care*. Dermatologic Clinics, Philadelphia (PA), 1998 (Jul.); 16(3): 437-46.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ SHOAIB, F. M.; EL-BARRAWY, M. A. - *Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care [Abstract]*. J. Egypt Public Health Association, 2005. 80(1-2): 169-201.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Geneva: WHO, 1998.
- ✓ VURAL, G.; KISA, S. - *Umbilical Cord Care: A Pilot Study Comparing Topic Human Milk, Povidone-Iodine, and Dry Care*. JOGNN Clinical Research, 2006 (January/February): Vol. 35, N.º1.
- ✓ ZUPAN, J. et al - *Topical umbilical cord care at birth [Abstract]*. Cochrane Database Syst. Rev., 2000; 2: CD001057.

OBRIGADO



**ANEXO VII – Plano da Formação de Pares: “Banho do Recém-Nascido e Cuidados ao Coto Umbilical”**

---



## PLANO DA SESSÃO

**Tema:** Banho do Recém-nascido e Cuidados ao Coto Umbilical.

**Objectivo Geral:**

- Contribuir de forma positiva para a uniformização dos cuidados relativamente ao Banho do Recém-Nascido e Coto Umbilical.

**Objectivos Específicos:**

- Explanar uma revisão de literatura referente aos conteúdos temáticos em questão;
- Referenciar os procedimentos adequados, no que se refere ao Banho do Recém-Nascido;
- Referenciar os cuidados a ter com o Coto Umbilical.

**Formadores:** Raquel Coelho & Marco Oliveira.

**Local:** Internamento de Pediatria.

**Data:** 17/01/2011.

**Duração:** 40 minutos.

**População Alvo:** Enfermeiras do Internamento de Pediatria e Neonatologia.

Fases/Tempo	Ações a desenvolver	Material	Metodologias	Objectivos	Avaliação
<b>Introdução 5 min.</b>	- Acolhimento; - Apresentação dos formadores; - Definição de objectivos; - Introdução ao conteúdo temático.	- Computador; - Pen - Drive.	- Método Expositivo.	- Integrar os formandos na sessão; - Despertar o interesse para a sessão.	- Observação de atitudes e comportamentos, assim como a forma de estar dos formandos (Receptividade).
<b>Desenvolvimento o 25 min.</b>	- Pertinência da Formação; - Revisão da Literatura; - Procedimento; - Bibliografia.	- Computador; - Pen - Drive.	- Método Expositivo; - Método Interactivo (Diálogo Informal).	- Dotar os formandos de conhecimentos acerca dos cuidados no Banho ao Recém-Nascido e Coto Umbilical; - Consciencializar sobre a importância da uniformização dos cuidados.	- Observação de atitudes e comportamentos por parte dos formandos (Receptividade).
<b>Conclusão 10 min.</b>	- Esclarecimento de dúvidas; - Interação entre formandos e formadores.	- Computador; - Pen - Drive.	- Método Interactivo (Diálogo Informal).	- Avaliar o feedback por parte dos formandos; - Enfatizar a importância da uniformização dos cuidados na prática assistencial de Enfermagem.	- Diálogo com os formandos acerca da pertinência da sessão; - Questionar e esclarecer os formandos acerca de possíveis dúvidas (Receptividade e Feedback).



**ANEXO VIII – Diagnóstico de Situação: Formação de Pares**

---



# **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

## **“Prática de Cuidados ao Coto Umbilical”**

Elaborado por:

Marco Oliveira

Raquel Coelho

Universidade Católica Portuguesa

Porto, Dezembro de 2010

# Introdução

Marco Luís Valente Oliveira e Raquel Alexandra Azevedo Coelho, alunos do 3º Curso de Pós-licenciatura com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências de Saúde - Universidade Católica Portuguesa do Porto, vêm por este meio solicitar a sua participação no preenchimento de um questionário que visa identificar a prática da Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria do Hospital São Sebastião relativamente aos cuidados ao coto umbilical.

Este questionário é anónimo e confidencial, sendo os dados por si facultados utilizados exclusivamente para o propósito deste trabalho. O seu contributo é fundamental para a realização do diagnóstico da situação e para a fundamentação da realização da formação de pares, a qual tem por intuito a uniformização de práticas contribuindo, assim para a excelência de cuidados.

O questionário é composto por 5 perguntas, todas de respostas rápidas. Oportunamente divulgaremos os resultados e agradecemos, desde já a sua colaboração.

Atentamente,  
Marco Oliveira e Raquel Coelho.

# Questionário

**1. Qual o produto que habitualmente utiliza na prestação de cuidados ao coto umbilical?**

- Água e sabão
- Álcool a 70°C
- Clorexidina
- Soro Fisiológico

**2. Qual a periodicidade que aplica na prestação de cuidados ao coto umbilical?**

- Uma vez por dia
- A cada mudança de fralda
- Aquando da prestação dos cuidados de higiene
- Aquando da prestação de cuidados de higiene e sempre que este entre em contacto com urina ou fezes

**3. Qual o produto que habitualmente aconselha, aquando da realização dos ensinios aos pais relativamente aos cuidados a prestar ao coto umbilical?**

- Água e sabão
- Álcool a 70°C
- Clorexidina
- Soro Fisiológico

**4. Perante a presença de exsudado sem cheiro, qual o produto que habitualmente utiliza?**

- Água e sabão
- Álcool a 70°C
- Clorexidina
- Soro Fisiológico

**5. Perante a presença de exsudado com cheiro, qual o produto que habitualmente utiliza?**

- Água e sabão
- Álcool a 70°C
- Clorexidina
- Soro Fisiológico

Obrigado!



**ANEXO IX – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde: "Febre"**

---



## FEBRE



Realizado por: Marco Oliveira & Raquel Coelho  
Alunos do 3.º Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP-ICS Porto.

### O QUE É ?



- A febre, é a manifestação mais comum na idade pediátrica.



- Considera-se febre quando há elevação da temperatura corporal para os 38.ºC ou superior.

- A temperatura varia com a idade, a actividade física e ao longo do dia. Geralmente, oscila entre os 36ºC e os 37ºC, de manhã, e perto dos 38ºC, á tarde.



- A regulação da temperatura na criança é menos exacta que no adulto, pelo que se podem considerar normais temperaturas rectais entre os 36,2.ºC e 38.ºC.



- A febre não é uma doença, mas um sinal de que algo no nosso organismo não está bem, desempenhando um papel importante como mecanismo de defesa contra a infecção.



## AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA

- Oral
- Axilar
- Rectal
- Auricular



Convém ainda referenciar que exigem diferenças relativamente a cada local de avaliação.

A temperatura axilar apresenta valores mais baixos (cerca de  $0,5^{\circ}\text{C}$  em relação à oral e  $1^{\circ}\text{C}$  em relação à rectal).



## AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA

A temperatura timpânica pode não reflectir com precisão a temperatura central, pelo que deve ser usada cautelosamente.

A temperatura deve ser avaliada preferencialmente por via axilar.



## PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES

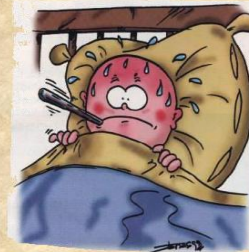


✖ Os sinais mais tradicionais de febre são:

- ★ Pele quente e seca;
- ★ Bochechas vermelhas;
- ★ Sonolência;
- ★ Prostração.

✖ Também podem aparecer:

- ★ Vômitos;
- ★ Perda de apetite;
- ★ Dor de cabeça;
- ★ Dor de barriga;
- ★ Delírios.



## TRATAMENTO



☉ A medicação, tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre, ao mesmo tempo que proporciona mais conforto a criança.

☉ O arrefecimento por si só, não está indicado na febre.



## MEDIDAS A ADOPTAR



☉ Dar a medicação (Benuron® ou Brufen®).

☉ Não hiper-agasalhar a criança, adoptar vestuário ligeiro.

☉ Manter a criança em repouso.



☉ Manter uma temperatura ambiental confortável e fresca.

## MEDIDAS A ADOPTAR



- Recomenda-se, sempre que possível, o arrefecimento corporal físico com banhos de água tépida (2°C abaixo da temperatura corporal) ou a aplicação de toalhas de água morna ( compressas frias estão desaconselhadas).



- Oferecer líquidos em abundância .

## TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA



- O paracetamol (Benuron ®) é o antipirético de escolha.
- Pode também ser usado o Ibuprofeno (Brufen®).



- Contudo, o uso da terapêutica alternada deve ser feita com cuidado e sempre mediante indicação médica.

## TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA



- O uso de AAS (Aspirina® ou Ácido Acetilsalicílico) em crianças menores de 12 anos está contra-indicado.



## QUANDO LEVAR A CRIANÇA À URGÊNCIA PEDIÁTRICA ?



- Idade inferior a 3 meses.
- Idades compreendidas entre os 3 e 24 meses de idade, com temperaturas superiores a 39.°C.
- Se a febre for alta que não cede à medicação.



## QUANDO LEVAR A CRIANÇA À URGÊNCIA PEDIÁTRICA ?



- Se a febre desapareceu por mais de 24 horas e depois voltou a aparecer.
- Febre com mais de 3 dias de evolução.
- Se a criança reage como se estivesse gravemente doente e apresenta outros sintomas associados.



## EM RESUMO



- Para qualquer dúvida recorra sempre ao enfermeiro ou ao médico assistente.
- Não se esqueça que a febre é um mecanismo protector do organismo no combate à infecção, pelo que a terapêutica deve ser moderada e racionalizada.
- Deve ser utilizado apenas um antipirético. Apenas em situações pontuais poderá haver necessidade de recorrer à utilização de dois antipiréticos.



## EM RESUMO



- Cada criança é única e reage de maneira diferente à febre. Os pais (cuidadores) são aqueles que melhor a conhecem e que, portanto, estarão mais aptos a reconhecer a evolução do seu estado.

**ANEXO X – Plano da Sessão de Educação para a Saúde: “Febre”**

---



**PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Febre.

**Objectivo Geral:**

- Contribuir de forma positiva para reforçar conhecimentos sobre a febre.

**Objectivos Específicos:**

-Explicar uma revisão de literatura referente ao conteúdo temático em questão;  
-ornecer conhecimentos sobre a temática e favorecer a aprendizagem de capacidades e habilidades por parte dos pais.

**Formador:** Raquel Coelho & Marco Oliveira

**Local:** Internamento de Pediatria

**Data:** 21/01/2011

**Duração:** 20 minutos

**População Alvo:** Pais do Internamento de Pediatria e Neonatologia.

<b>Fases /Tempo</b>	<b>Ações a Desenvolver</b>	<b>Material</b>	<b>Metodologias</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução 5 min.</b>	- Acolhimento; - Apresentação dos formadores; - Definição de objectivos; - Introdução ao conteúdo temático;	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo	- Integrar os pais na sessão; - Despertar o interesse para a sessão.	- Observação de atitudes e comportamentos, assim como a forma de estar dos pais (Receptividade);
<b>Desenvolvimento 10 min.</b>	- Revisão da Literatura; - Alerta para as medidas a adoptar; - Bibliografia.	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo - Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Dotar os pais de conhecimentos sobre a temática; - Promover a aprendizagem de capacidades e habilidades por parte dos pais, consciencializando os mesmos para a sua importância.	- Observação de atitudes e comportamentos por parte dos pais (Receptividade).
<b>Conclusão 5 min.</b>	- Esclarecimento de dúvidas; - Interação entre pais e formadores; - Entrega de um panfleto sobre a temática.	- Computador - Pen - Drive	- Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Avaliar o feedback por parte dos pais.	- Diálogo com os pais acerca da pertinência da sessão; - Questionar e esclarecer os pais acerca de possíveis dúvidas (Receptividade e Feedback).







## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “FEBRE”

Solicitamos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Este questionário é anônimo, não lhe sendo solicitado a sua identificação em nenhuma parte dos questionário e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

<b>Aspectos/Avaliação</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Médio</b>	<b>Mau</b>	<b>Muito Mau</b>
<b>1. Interesse do tema</b>					
<b>2. Correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas</b>					
<b>3. Utilidade dos conhecimentos adquiridos</b>					
<b>4. Adequação da duração da sessão</b>					
<b>5. Apreciação Global</b>					

**Sugestões:**

---

---

---

---

---

---



---

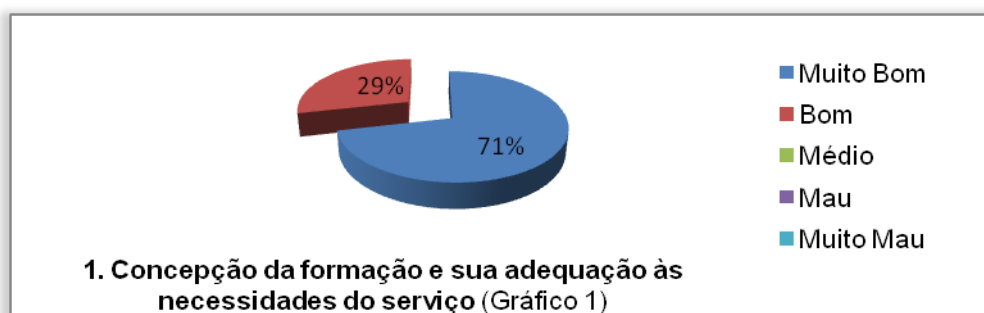
**ANEXO XII – Avaliação da Formação de Pares**



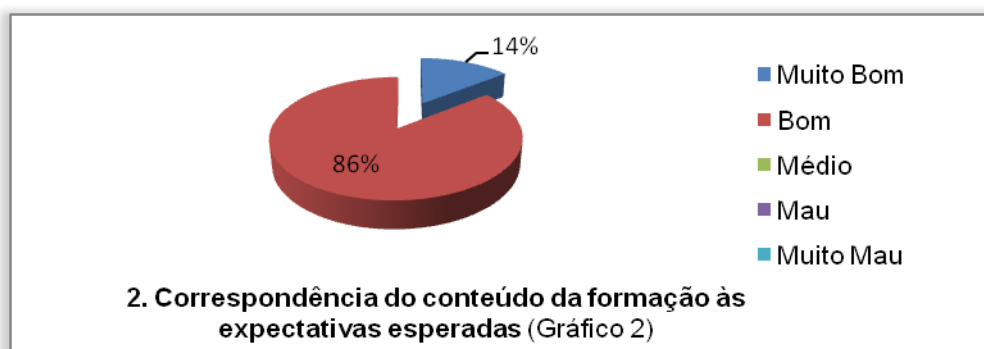
## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE PARES “BANHO AO RECÉM - NASCIDO

### E CUIDADOS AO COTO UMBILICAL”

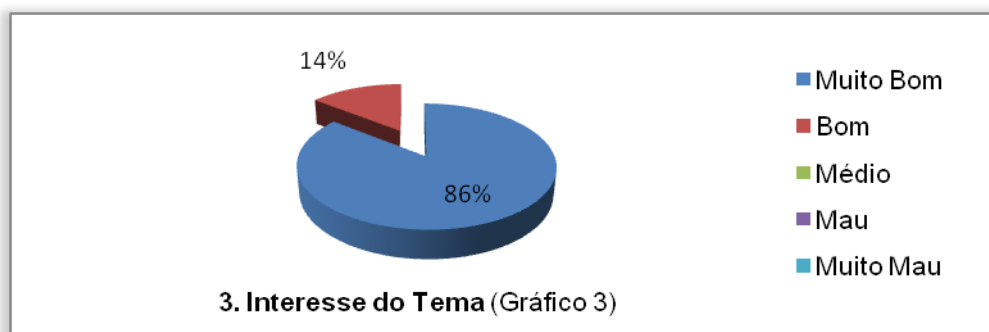
A avaliação de qualquer actividade realizada assume-se de uma importância fundamental para a aferição da sua pertinência e eficácia produzida. Neste sentido, procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos dados obtidos nos questionários que foram entregues aos participantes da respectiva formação, os quais perfizeram um total de sete elementos. As variáveis em análise foram sete, mais especificamente: a concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço, a correspondência do seu conteúdo às expectativas esperadas, o interesse do tema, a utilidade dos conhecimentos adquiridos, o contributo para a uniformização dos cuidados, a adequação da sua duração e por fim, a apreciação global da mesma. As categorias aplicadas foram de natureza qualitativa, num total de cinco, mais concretamente: Muito Bom, Bom, Médio, Mau e Muito Mau. A representação gráfica utilizada será a esférica e os dados dispostos nos Gráficos Circulares serão expressos em percentuais. Relativamente à primeira questão aplicada verificou-se que do total de elementos, 5 enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e os restantes no Bom, o qual está expresso no gráfico abaixo.



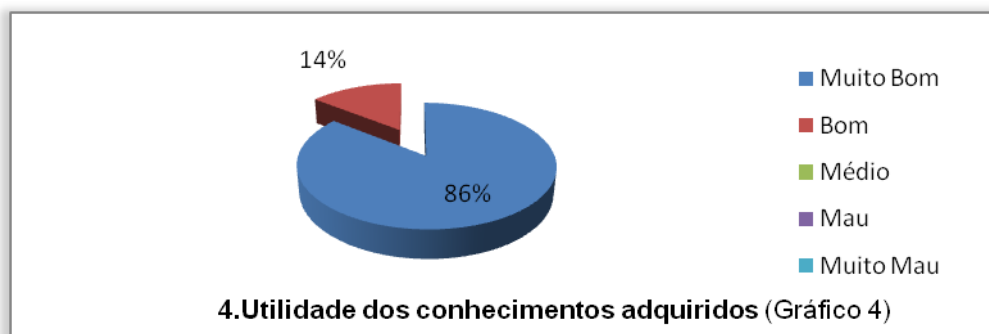
Na segunda questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Bom e um elemento no Muito Bom, o qual revela o gráfico abaixo.



Na terceira questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e um elemento no Bom, o qual demonstra o gráfico abaixo.



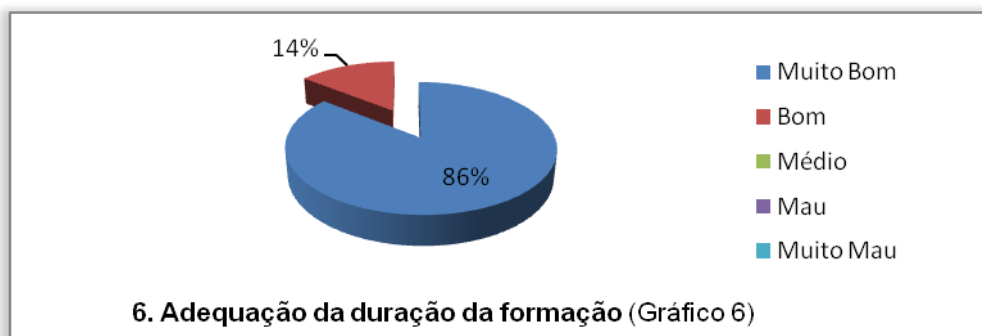
Na quarta questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e um elemento no Bom, o qual demonstra o gráfico abaixo.



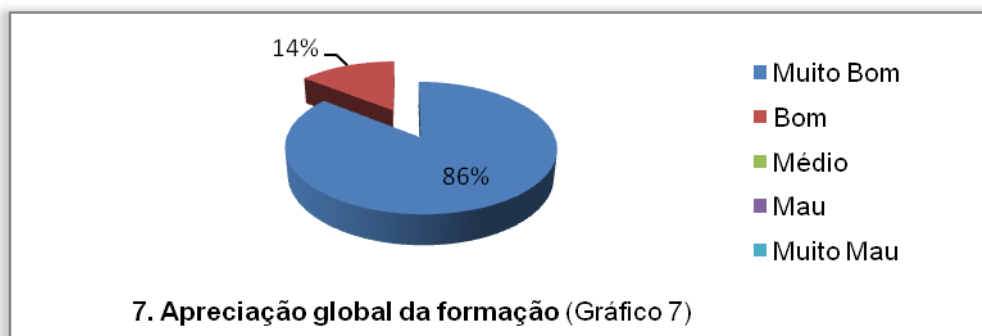
Na quinta questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e um elemento no Bom, o qual ilustra o gráfico abaixo.



À sexta questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e um elemento no Bom, o qual expressa o gráfico abaixo.



Na sétima questão aplicada verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no Muito Bom e um elemento no Bom, o qual expressa o gráfico abaixo.



Deste modo, analisando todos os gráficos e no que se refere à sua expressão percentual podemos afirmar de um modo geral, que esta formação se revelou útil e interessante para todos os participantes. A expressão maior em termos percentuais correspondeu às variáveis referentes ao interesse do tema, contributo para a uniformização dos cuidados, adequação da duração da sessão e à sua apreciação global. Assim, pode-se concluir que a formação foi de encontro ao seu propósito de realização, isto é, com vista à uniformização dos cuidados e à procura da excelência do Cuidar, o qual me deixou particularmente agradada.



**ANEXO XIII – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde**

---



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “FEBRE”

Solicitamos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Este questionário é anônimo, não lhe sendo solicitado a sua identificação em nenhuma parte dos questionário e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

<b>Aspectos/Avaliação</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Médio</b>	<b>Mau</b>	<b>Muito Mau</b>
<b>6. Interesse do tema</b>					
<b>7. Correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas</b>					
<b>8. Utilidade dos conhecimentos adquiridos</b>					
<b>9. Adequação da duração da sessão</b>					
<b>10. Apreciação Global</b>					

**Sugestões:**

---

---

---

---

---

---



**ANEXO XIV – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde**

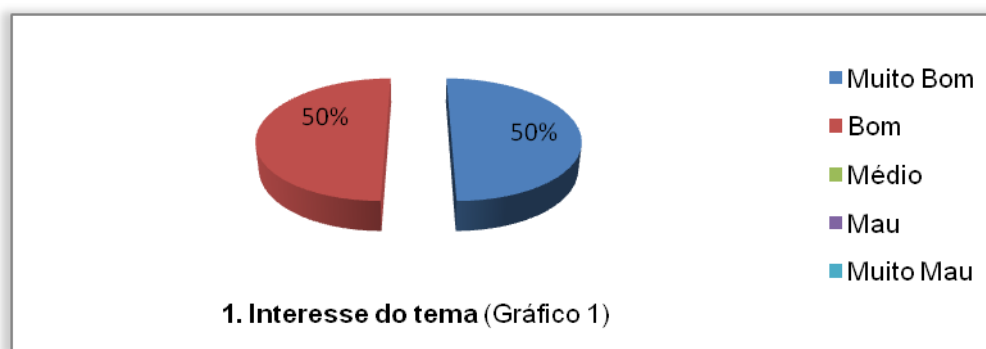
---



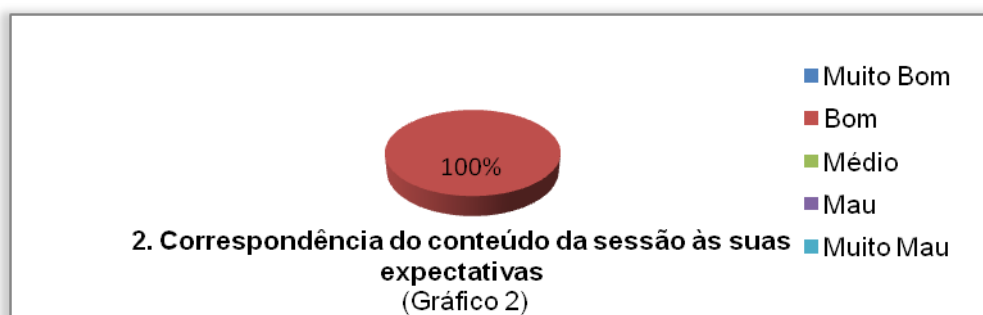
## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “FEBRE”

A avaliação de qualquer actividade realizada assume-se de uma importância fundamental para a aferição da sua pertinência e eficácia produzida. Neste sentido, procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos dados obtidos nos questionários que foram entregues aos participantes da respectiva formação, os quais perfizeram um total de seis elementos. As variáveis em análise foram quatro, mais especificamente: o interesse do tema, a correspondência do seu conteúdo às expectativas esperadas, a utilidade dos conhecimentos adquiridos, a adequação da sua duração e por fim, a apreciação global da mesma. As categorias aplicadas foram de natureza qualitativa, num total de cinco, mais concretamente: Muito Bom, Bom, Médio, Mau e Muito Mau. A representação gráfica utilizada será a esférica e os dados dispostos nos Gráficos Circulares serão expressos em percentuais.

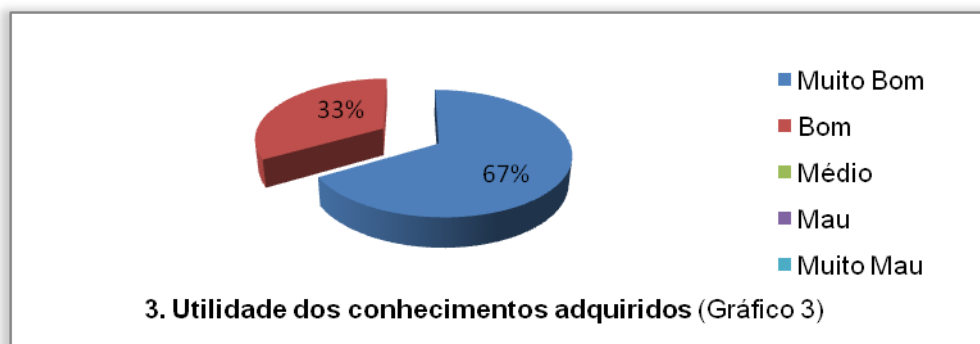
Relativamente à primeira questão aplicada verificou-se que do total de elementos, 3 participantes categorizaram a formação no Muito Bom e os restantes três no Bom, o qual está expresso no gráfico abaixo.



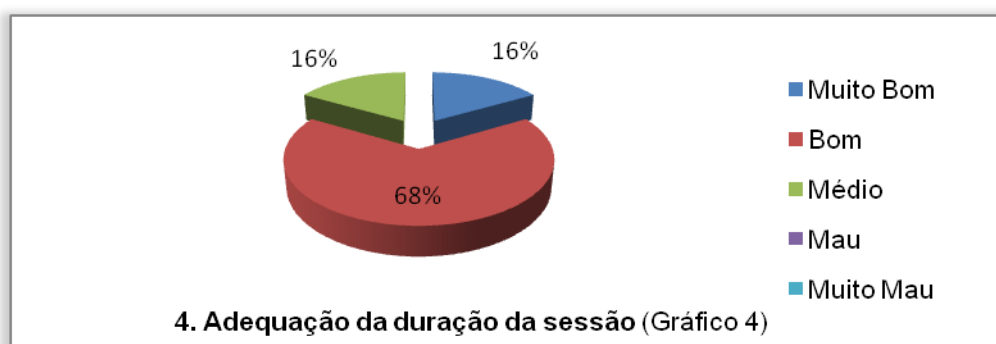
Na segunda questão aplicada verificou-se que o total de participantes categorizaram a formação no Bom, o qual revela o gráfico abaixo.



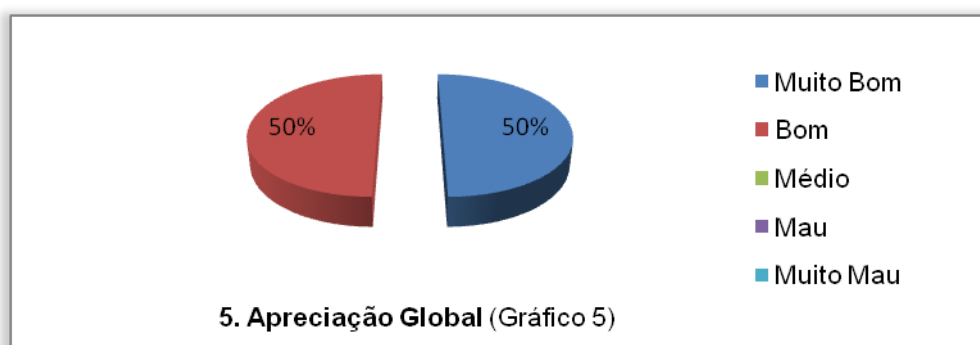
Na terceira questão aplicada verificou-se que do total de elementos, quatro participantes categorizaram a formação no Muito Bom e dois no Bom, o qual demonstra o gráfico abaixo.



Na quarta questão aplicada verificou-se que do total de elementos, um participante categorizou a formação no Muito Bom, outro no Médio e os restantes quatro no Bom, o qual demonstra o gráfico abaixo.



Na quinta questão aplicada verificou-se que do total de elementos, três participantes categorizaram a formação no Muito Bom os restantes três no Bom, o qual ilustra o gráfico abaixo.



Deste modo, analisando todos os gráficos e no que se refere à sua expressão percentual podemos afirmar de um modo geral, que esta formação se revelou útil e pertinente para todos os participantes. Devo ressaltar a unanimidade e expressão percentual, no que se refere à variável da correspondência da sessão às expectativas dos participantes, o que considero muito gratificante. Por fim, tendo em conta a expressão percentual no que se refere à última variável considero termos alcançado de modo muito satisfatório o propósito a que se destinou a formação.

**ANEXO XV – Panfleto entregue no final da Sessão de Educação para a Saúde**

---



### Importante reter

Se a febre se prolongar sem sintomas ou se a febre for acompanhada por sintomas como:

- Rigidez da nuca;
- Dores de Cabeça;
- Dores abdominais;
- Micções dolorosas;
- Vômitos e diarreias persistentes;
- Dificuldade respiratórias;
- Se a criança tiver menos de 3 meses;
- Se for uma criança com historial de convulsões ou tenha apresentado "tremores" involuntários, revirar os olhos e espumar.

**NESTES CASOS,  
DEVE CONSULTAR O  
MÉDICO OU  
RECORRER AO  
SERVIÇO DE  
URGÊNCIA !**

Vale a pena  
prevenir !  
**FEBRE**



Realizado por: Marco Oliveira e Raquel Coelho  
Alunos 3.º Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da UCP - ICS (Porto)

### Febre

É a elevação da temperatura, superior a 38°C. A criança está sub-febril se a temperatura se encontra entre 37,5°C a 38 °C. A febre não é uma doença mas um sinal, de que algo no nosso organismo não está bem.

#### Como baixar a febre?

- Não hiper-agasalhar a criança, adoptar vestuário ligeiro;
- Manter uma temperatura ambiental confortável e fresca;
- Manter a criança em repouso;
- Banho em água tépida (2°C abaixo da temperatura corporal) ou a aplicação de toalhas de água morna (compressas de água fria estão contra-indicadas);
- Incentivar a criança a ingerir líquidos em abundância;
- Dar medicação (Ben-u-ron® ou Brufen®).

#### Causas Possíveis de Febre:

- Doença bacteriana ou vírica;
- Infecções respiratórias;
- Infecções gastrointestinais;
- Meningite;
- Sarampo;
- Varicela;
- Excesso de roupa;
- Ambiente sobreaquecido.
- Desidratação.

#### Avaliação da temperatura:

- Oral;
- Axilar;
- Rectal;
- Auricular.

Preferencialmente deve ser avaliada por via axilar.

#### Sinais e Sintomas:

- Sonolência;
- Diminuição da actividade;
- Rubor facial;
- Sede;
- Frio e tremores;
- Confusão;
- Dificuldade de respirar;
- Suores;
- Dor de cabeça;
- Dores musculares;
- Dores de barriga;
- Falta de apetite;
- Recusa alimentar.

