



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Vaneza Ester Bamóquina Zau

Porto – julho 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

Practicum Report

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Vaneza Ester Bamóquina Zau

Sob a orientação de Doutora Constança Festas

Porto – julho 2024

Agradecimentos:

A realização deste percurso e a conquista deste trabalho não seriam completas sem expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que me apoiaram direta e indiretamente ao longo desta jornada.

Primeiramente, agradeço a Deus e aos meus pais, Z., por lutarem para que eu pudesse adquirir maior conhecimento em uma das melhores universidades de Portugal. Obrigada por sempre acreditarem em mim e por me apoiarem constantemente.

Aos meus irmãos, o meu muito obrigada pelo apoio durante os dias difíceis, especialmente à minha irmã gémea, por estar sempre presente, incentivando-me e motivando-me a continuar a lutar.

Ao meu noivo, J., como posso expressar a minha gratidão de forma suficiente? Obrigada por acreditar em mim, por me acompanhar durante as longas noites de estudo, por estar ao meu lado durante as minhas leituras e pesquisas, pela força e pelo amor incondicional.

Às minhas colegas de mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, obrigada pelo apoio e carinho que me proporcionaram, e por me ajudarem a esclarecer as minhas dúvidas.

Obrigada a todas as crianças que tive a oportunidade de cuidar durante os diferentes contextos de estágio, assim como as suas famílias.

Um agradecimento especial às minhas tutoras de estágio, sem vocês, não poderia ter adquirido estas competências e experiências. Obrigada, Enf. T., Enf. H., Enf. S., Enf. H. Q., e toda a equipa do serviço de Neonatologia, bem como à Enf. Gestora.

Por fim, agradeço à Doutora Constança por acreditar em mim, por nunca desistir de mim ao longo desta jornada desafiadora, e por seu constante incentivo.

A todos vocês, meu muito obrigada. Que Deus os abençoe.

Resumo:

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular "*Estágio Final e Relatório*" do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O objetivo primário deste relatório é evidenciar o percurso concretizado ao longo do estágio para o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria.

O estágio decorreu em diferentes contextos, incluindo o Serviço de Urgência Pediátrica, a Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia e o Serviço de Internamento Pediátrico, que permitiu desenvolver competências especializadas à criança e família. No presente relatório são descritas as diversas atividades realizadas para a concretização das diferentes competências, bem como uma reflexão crítica apoiada na evidência científica.

Ao longo do estágio, foram analisadas e trabalhadas as diferentes competências conforme a unidade curricular de Relatório Final e Estágio, destacando-se a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão de cuidados e recursos fundamentais à prestação de cuidados à criança e à família. Também foram abordados temas como a gestão da dor na criança, parentalidade, parceria de cuidados, assistência em situações de complexidade, entre outros. Foi analisada a importância da formação pessoal e profissional, com a oportunidade de realizar formação a pares e desenvolver habilidades do domínio da investigação, de forma particular dar relevo à importância de desenvolver uma prática baseada na evidência.

As competências adquiridas durante o estágio e a elaboração deste relatório permitiram o desenvolvimento de novas habilidades. Com isso, consegui perceber a importância do enfermeiro na prestação de cuidados que a criança necessita. Aprendi a realizar diagnósticos de enfermagem e aprofundei meu conhecimento sobre doenças agudas e crónicas em crianças. Além disso, desenvolvi um pensamento crítico essencial para um enfermeiro especialista. Adquiri competências, crescimento pessoal e a capacidade de identificar as necessidades da criança e da família, prestando cuidados baseados em evidências científicas. Este aprendizado permitirá uma prática eficaz e fundamentada na prestação de cuidados como futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, garantindo sempre a busca por conhecimento atualizado e a excelência no atendimento.

Palavras-chave: Cuidado à Criança, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, Competências.

Abstract:

The present Internship Report arises within the curriculum unit "*Final Internships and Report*" of the 16th Master's Course in Nursing, with specialization in Child Health and Pediatrics. The primary objective of this report is to highlight the path achieved throughout the internship to the development of competences in the context of the provision of specialized care in Child Health and Pediatrics.

The internship took place in different contexts, including the Pediatric Emergency Service, the Neonatology Intensive Care Unit and the Pediatrics Internship Service, which allowed to develop specialized skills for the child and family. The present report describes the various activities carried out for the realization of the different competences, as well as a critical reflection supported by scientific evidence.

Thro the internship, the different competences were analyzed and worked according to the curricular unit of Final Report and Internship and the importance of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health in the management of care and resources fundamental to the provision of care to the child and the family was highlighted. Themes such as child pain management, parenting, care partnership, assistance in complex situations, among others, were also addressed. The importance of personal and professional training, with the opportunity to conduct peer training and develop skills in the field of research, was analyzed, in particular highlighting the importance of developing an evidence-based practice.

The skills acquired during the internship and the preparation of this report have enabled the development of new skills. With this, I realized the importance of the nurse in providing the care that the child needs. I learned how to perform nursing diagnostics and deepened my knowledge of acute and chronic diseases in children. Besides, I developed critical thinking essential to a specialist nurse. I have acquired skills, personal growth, and the ability to identify the needs of the child and the family by providing care based on scientific evidence. This learning will enable an effective and grounded practice in the provision of care as a future Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics, always guaranteeing the search for up-to-date knowledge and excellence in care.

Keywords:, Childcare, Nursing in Child Health and Pediatrics, Skills.

Lista de Acronimos e Siglas

CPTAS: Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

CPI: Controle e Prevenção de Infecção

CPP: Cuidados Paliativos Pediátricos

DGS: Direção Geral da Saúde

EESIP: Especialista Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI: Equipa Local de Intervenção

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

ISBAR: Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação

OBS: Observação

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PASSE: Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV: Programa Nacional de Vacinação

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN: Recém-nascido

SIP: Serviço de Internamento Pediátrico

SUP: Serviço de Urgência Pediátrica

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

URAP: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF: Unidade de Saúde Familiar

USP: Unidade de Saúde Pública

Índice

| | |
|--|-----|
| 1. Introdução | 8 |
| 2. Competências Desenvolvidas no Estágio - A Saúde da Criança e da Família: | |
| Vigilância e Decisão Clínica | 11 |
| 3-Organização do Estágio: | 15 |
| 3-1 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP): | 15 |
| 3-2 Serviço de Neonatologia Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN): | 17 |
| 3-3 Serviço de Internamento Pediátrico (SIP): | 19 |
| 4. Competências Desenvolvidas no Estágio | 21 |
| 4.1. Domínio da Gestão | 21 |
| 4.2. Domínio da Formação | 31 |
| 4.3. Domínio da Investigação | 38 |
| 4.4. Domínio da Prestação de Cuidados | 43 |
| 5. Conclusão | 77 |
| 6. Referencias Bibliográficas | 79 |
| 7. Apêndices | 86 |
| Apêndice I: Parceria de Cuidados em Enfermagem na UCIN. | 87 |
| Apêndice II: Revisão Integrativa da Literatura | 104 |
| Apêndice III: Certificado de Participação no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem | 122 |
| Apêndice IV: Formação de Pares sobre “A técnica ISBAR para segurança da criança” | 123 |
| Apêndice V: Poster: Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado a criança para uma pratica segura. | 143 |

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, é elaborado este Relatório de Estágio, que se encontra inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa no Porto. Esta Unidade Curricular representa o ciclo final deste curso de Mestrado em Enfermagem, e permitirá o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que vão também ao encontro das que são preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. O processo de formação permitirá ao EESIP trabalhar em parceria com a criança e família em diferentes contextos assistenciais, na promoção da saúde e na prevenção da doença, vem como prestar cuidados de enfermagem especializados em situações de doença.

Este relatório surge após um extenso período de estágio em diferentes contextos pediátricos, incluindo o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Neonatologia e Internamento Pediátrico. Decorreu de 04 de setembro 2023 a 9 de abril de 2024, num total de 840 horas de trabalho (400 horas de contacto: 360 horas de estágio, 20 horas de Seminários, 20 horas de Orientação Tutorial. Cerca de 200 horas foram necessárias para a produção deste Relatório. O trabalho individual para o desenvolvimento desta Unidade Curricular foi muito, mas são contabilizadas no Plano de Estudos cerca de 240 horas de trabalho individual.

Para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa, os seguintes objetivos devem ser cumpridos pelo estudante:

- 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 sua área de Especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou

incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

No relatório descrevo as diversas competências e atividades realizadas ao longo do do estágio, servindo também como instrumento de avaliação do estágio. Foram delineados os seguintes objetivos gerais para o relatório de estágio:

-Descrever os diferentes contextos de estágio, objetivos e atividades desenvolvidas

-Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências do enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

-Refletir sobre todo o percurso efetuado ao nível pessoal e profissional.

Neste relatório faço uma referencia especial à temática «A Segurança no Cuidado à Criança», destacando a importância das competências especializadas dos enfermeiros no atendimento a crianças, pois foi sobre esta temática que realizei uma Revisão de Literatura, nomeadamente sobre a *“Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado a criança para uma prática segura”*. A escolha do tema surge devido ao interesse pessoal e à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a adesão às normas de Controle e Prevenção da Infecção no cuidado a crianças em ambiente hospitalar.

O relatório de estágio está estruturado em três partes distintas. Primeiramente, a introdução abordará a organização do trabalho, seguida por uma breve exposição das competências desenvolvidas no estágio, com foco na saúde da criança e da família: vigilância e decisão clínica. Em seguida, haverá uma descrição dos contextos de estágio,

acompanhada dos objetivos e competências gerais do curso de mestrado, organizados em quatro domínios: Gestão, Formação, Investigação e Prestação de Cuidados. Para cada domínio, serão explicados os objetivos específicos e as atividades realizadas durante o estágio em diferentes contextos, seguidos por uma reflexão sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Por fim, o relatório terminará com uma conclusão, referências bibliográficas e apêndices.

2. Competências Desenvolvidas no Estágio - A Saúde da Criança e da Família: Vigilância e Decisão Clínica

O estágio em Saúde da Criança e da Família: Vigilância e Decisão Clínica, iniciou no dia 15 de maio e terminou em 8 de julho de 2023, totalizando 180 horas de prestação de cuidados, 12 horas de orientação tutorial e as horas restantes dedicadas ao trabalho e estudo individual. Este estágio foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A Unidade de Cuidados na Comunidade ACES Porto Ocidental é dividida em várias subunidades, incluindo a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Cuidados na Comunidade (Saúde Escolar), e a Unidade de Saúde Pública (USP).

O estágio permitiu desenvolver prática clínica na área da especialização em enfermagem de saúde infantil e Pediátrica, com diferentes objetivos de aprendizagem de acordo o preconizado, nomeadamente: reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência à criança e família; eleger métodos de colheita e análise de informação sobre os problemas detetados; formular diagnósticos e analisar criticamente os resultados encontrados; identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com a segurança, controlo da infeção e a sobrecarga dos cuidadores familiares; participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa.

Durante o estágio, tive a oportunidade de estabelecer objetivos específicos para adquirir as competências exigidas pela unidade curricular. Um dos objetivos traçados foi conhecer os diferentes programas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se desenvolvem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o Programa Nacional de Vacinação (PNV), o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), e o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), entre outros. Para atingir este objetivo e desenvolver as habilidades necessárias, realizei pesquisas sobre o Serviço Nacional de Saúde em Portugal e os seus diversos programas.

Participei em projetos da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) relacionados o PNSE, observei e participei de Ações de Educação para a Saúde realizadas em diferentes escolas.

Durante o estágio, com a orientação da tutora, implementamos o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Realizei uma avaliação inicial das crianças para entender as suas perceções sobre alimentação saudável, conduzi sessões com diferentes atividades para reforçar o ensino às crianças e, por fim, fiz uma avaliação pós-intervenção. Essa experiência proporcionou-me um maior entendimento sobre a importância de uma alimentação adequada para crianças, desenvolveu as minhas habilidades de comunicação com elas, assim como as minhas habilidades de ensino em grupo adaptadas à faixa etária das crianças, e fortaleceu a minha capacidade de realizar registos clínicos no sistema SClínico.

Tive também a oportunidade de participar nos rastreios visuais realizados na UCC, o que foi fundamental para compreender a sua importância na prevenção de doenças futuras em crianças. Essa experiência proporcionou uma visão prática sobre como esses rastreios contribuem para a deteção precoce de problemas visuais e para a promoção da saúde ocular infantil, aspetos essenciais para o desenvolvimento saudável das crianças.

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tive a oportunidade de participar e colaborar em consultas de saúde infantil de diferentes faixas etárias. Pude estabelecer uma relação sólida com a criança e sua família, desenvolvendo competências comunicacionais essenciais para identificar as necessidades da criança e da família. Além disso, realizei registos no SClínico, avaliei o conhecimento dos pais e incentivei práticas saudáveis, como higiene oral, alimentação balanceada, atividade física regular e a importância do sono adequado, bem como a redução da exposição a telas.

Durante esse período, além de identificar as necessidades de saúde atuais da criança e da família, também reconheci outras necessidades específicas que exigiam acompanhamento especializado, como o de um nutricionista. Essas necessidades foram devidamente encaminhadas ao médico responsável para um melhor encaminhamento. Esta experiência foi fundamental para aprimorar minhas habilidades clínicas e comunicacionais,

consolidando minha capacidade de prestar cuidados de saúde infantil baseados em evidências e de forma holística.

No âmbito do Programa Nacional de Vacinação, tive a oportunidade de observar e colaborar na vacinação de crianças de diferentes faixas etárias, aprofundando meus conhecimentos e entendimentos sobre o Programa Nacional de Vacinação (PNV) português. Durante este período, compreendi a importância do papel do enfermeiro em estabelecer uma relação de confiança e uma parceria de cuidados com a família, além de negociar com a criança e a família, especialmente em faixas etárias pré-escolares. Nessa faixa etária, muitos apresentavam medo de agulhas ou traumas de vacinações anteriores, tornando essencial a criação de uma parceria de cuidados durante a vacinação. Além disso, adquiri um entendimento mais profundo sobre os diferentes tipos de vacinas administradas conforme a faixa etária e seus respectivos efeitos. Esta experiência foi crucial para perceber a importância da comunicação eficaz e da abordagem empática na vacinação, elementos fundamentais para assegurar a adesão ao PNV e promover a saúde infantil de maneira holística e baseada em evidências.

A promoção da parentalidade foi também uma das áreas que dei especial atenção, pois centra-se no trabalho que é desenvolvido com os pais e mães para adquirirem competências parentais essenciais. Estas incluem massagem infantil, recuperação pós-parto, apoio e estímulo ao aleitamento materno, desenvolvimento infantil, hábitos de sono, cuidados dentários e comportamentais. As competências adquiridas durante o estágio destacaram para mim o papel do enfermeiro como educador, colaborando com a equipa e especialmente com os pais para capacitá-los a fornecer os melhores cuidados para seus filhos. Além disso, essa experiência aumentou o meu interesse pela parceria de cuidados, fundamental para o trabalho em equipa e uma colaboração eficaz entre todos os envolvidos.

Durante o estágio, tive a oportunidade de interagir com uma realidade adicional do SNS, sendo a Equipa Local de Intervenção (ELI), uma equipa de Intervenção Precoce que trabalha em colaboração com outras equipas multidisciplinares para fornecer cuidados necessários às crianças e as suas famílias. Durante este período, participei no acompanhamento dos casos, na preparação de reuniões com os pais e na sala de avaliação da criança, além de colaborar com a equipa de intervenção e outros profissionais de saúde.

A minha experiência na ELI permitiu-me adquirir conhecimentos mais profundos sobre os procedimentos da equipa e sobre o apoio essencial oferecido às crianças e as suas famílias para promover o melhor desenvolvimento infantil possível.

O estágio na UCC foi fundamental para enriquecer a minha formação, proporcionando-me conhecimentos mais profundos sobre o Sistema de Saúde Português, que está indubitavelmente num nível avançado dentro dos padrões da União Europeia. Integrar a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde possibilitou uma visão holística e crítica de cada caso enfrentado durante este período. Este estágio foi uma preparação essencial para os próximos estágios que virão.

3-Organização do Estágio:

O Estágio Final ocorreu em três contextos distintos: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), em diferentes hospitais da região Norte do país. A escolha desses locais de estágio foi baseada em vários critérios, incluindo o reconhecimento da unidade como referência nacional e sua excelência no cuidado à criança e à família.

3-1 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP):

O estágio no SUP iniciou-se em 20 de novembro de 2023 e terminou em 13 de janeiro de 2024, totalizando 182 h. Este serviço tem como missão proporcionar tratamento de alta qualidade a todas as crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos que sofrem de doenças agudas.

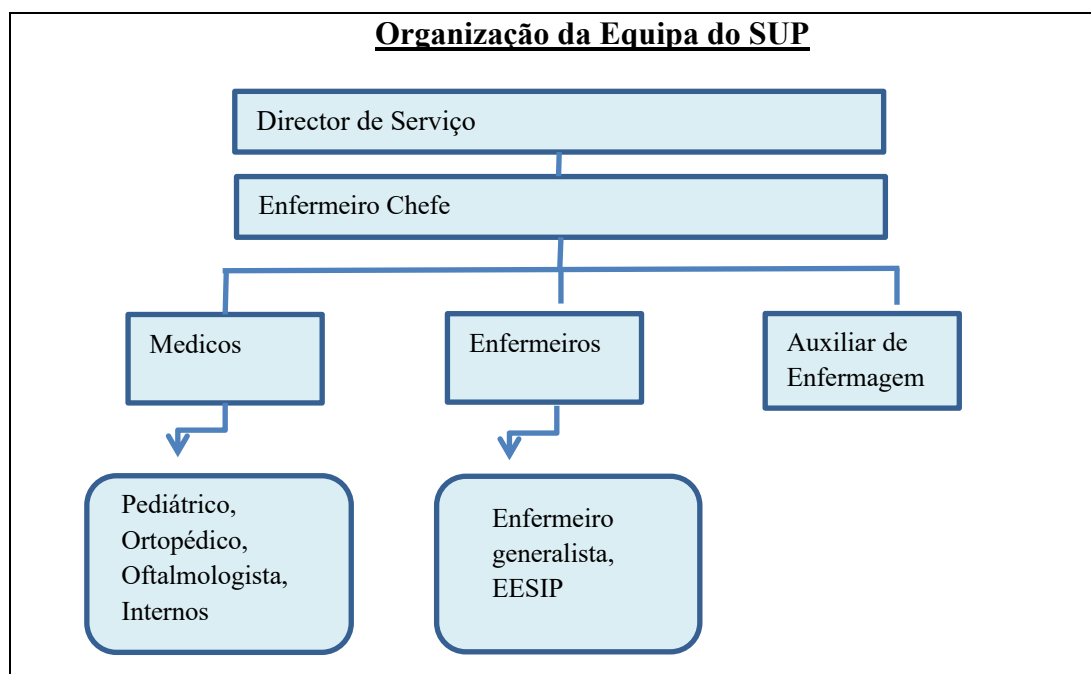
Os objetivos da assistência no SUP incluem garantir a prestação dos melhores cuidados possíveis às crianças e adolescentes com doenças agudas, urgentes e emergentes. Para alcançar esse objetivo, o serviço adota uma abordagem multidisciplinar e se baseia numa rede de diferentes serviços de saúde.

Além disso, o serviço esforça-se para promover a eficiência e a segurança do atendimento às crianças, buscando reduzir o tempo de espera para a primeira avaliação médica e para a alta clínica. Também se compromete em assegurar a satisfação dos utentes por meio da qualidade dos cuidados prestados, bem como a satisfação dos profissionais de saúde.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de observar de perto a implementação desses objetivos na prática clínica diária, o que proporcionou uma valiosa experiência de aprendizado sobre a prestação de cuidados pediátricos em situações de urgência. O estágio no SUP serviu como preparação para os demais contextos de estágio. Inicialmente, enfrentei desafios para me adaptar à rotina e ao sistema organizacional específico deste serviço. Destaca-se que o SUP é dotado de diversos recursos, como uma sala de emergência equipada com sistemas informáticos de informação e comunicação a qual é uma aplicação de apoio clínico utilizada durante a prestação de cuidados na sala emergência pediátrica, transmitida por meio de ecrãs programados conforme o caso

clínico da criança. Além disso, conta com equipamentos de transporte, como incubadoras móveis totalmente equipadas, facilitando assim a assistência de alta qualidade às crianças. Durante o estágio, pude interagir com diversas especialidades médicas, como oftalmologia, cirurgia, cardiologia, otorrinolaringologia, urologia, entre outras. Foi neste contexto que surgiram as minhas primeiras dúvidas e desafios na prestação de cuidados à criança, estimulando as minhas primeiras pesquisas e revisões de notas sobre diferentes diagnósticos. Além disso, dediquei esforços para compreender o método de triagem utilizado, como a Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PTAS).

O SUP é apoiado por uma equipa multidisciplinar diversificada, composta por médicos e enfermeiros generalistas, além de enfermeiros especializados na área pediátrica. Essa abordagem colaborativa é fundamental para garantir a prestação de cuidados eficazes às crianças e as suas famílias, promovendo uma atmosfera de trabalho em equipa. A colaboração entre os diferentes profissionais é facilitada pela distribuição de tarefas, que visa otimizar a organização do serviço e prevenir sobrecargas. A composição detalhada da equipa do SUP pode ser visualizada no quadro abaixo.



O SUP é composto por diversos serviços de atendimento que operam de forma integrada, visando assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às crianças e as suas

famílias. Durante o período de estágio, observou-se que o SUP passou por algumas alterações na sua organização devido às obras realizadas para aprimorar tanto o espaço físico quanto o equipamento disponível. As mudanças na estrutura do SUP durante o estágio foram temporárias e relacionadas às obras em andamento. Essas intervenções foram realizadas com o propósito de melhorar as condições do ambiente de trabalho e garantir uma prestação de cuidados mais eficiente e segura para as crianças e as suas famílias.

| Estrutura Física do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) | | |
|---|--|---|
| Admissão | Área de consulta | Área de internamento de Curta duração |
| -1 Gabinete de recepção Administrativa -2 Sala de espera -2 Sala de Triagem -1 Sala de emergência (Adulto ,pediátrico, R/N, com todos equipamentos necessários, desfibrilhador, incubador, Monitores -2 Casa de banho para utente | -5Gabinetes de consulta -1 Gabinete de pequena cirurgia -1 Gabinete de Enfermagem para procedimento, tratamento -1 sala de sujos -1 Sala de armazenamento -2 copa -2 Casa de banho com banheiro e vestiário -1 Casa de banho para profissionais | -11 camas para utente (4camas área laranja+6 camas normal) -1 Sala de isolamento com 2 cama -1 espaço de enfermagem -1 espaço de preparação de medicação |

3-2 Serviço de Neonatologia Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN):

O estágio na UCIN iniciou em 15 de janeiro e terminou em 07 de fevereiro de 2024, totalizando 99 horas de prática clínica. A experiência prévia adquirida no estágio anterior, no contexto de Urgência Pediátrica, facilitou a minha adaptação a este estágio na UCIN, apesar de ser um serviço altamente especializado. Comparado ao ambiente do SUP, o contexto da UCIN, especialmente no cuidado a prematuros, é extremamente delicado. Durante este estágio, pude examinar detalhadamente o desenvolvimento da Parceria de Cuidados que é inspirada no modelo de Anne Cassey, bem como o protocolo de controlo

de infecções implementado. Isso possibilitou a abordagem de questões práticas, incluindo a realização do meu primeiro trabalho de revisão de literatura sobre parceria de cuidados em enfermagem, além de aspetos relacionados à prevenção e controle de infecções.

O serviço de Neonatologia oferece cuidados abrangentes a todos os recém-nascidos nesta região geográfica, incluindo aqueles encaminhados de outras áreas. Além da UCIN o serviço integra uma Consulta Externa e os Cuidados Perinatais realizados no Bloco de Partos e no Serviço de Obstetrícia. Adicionalmente, são realizadas visitas domiciliares a todos os recém-nascidos com menos de 34 semanas gestacional após a alta hospitalar. Essas visitas são conduzidas de 48 a 72 horas após a alta, pela enfermeira do hospital em conjunto com a enfermeira de Saúde Infantil/Enfermeira de Família do Centro de Saúde de referência, visando promover a autonomia da família na prestação de cuidados ao prematuro. Além disso, é oferecido suporte à amamentação por uma linha telefônica direta de apoio 24 horas, onde os pais podem esclarecer dúvidas relacionadas à amamentação e realizar o registo de nascimento.

Durante o internamento no serviço, os pais têm permissão para permanecer junto do bebé sem restrição de tempo. É disponibilizado um cartão pessoal e intransmissível aos pais, que permite acesso livre ao hospital ou serviço durante todo o período de internamento. Além disso, é oferecido um cacifo para poderem guardar os seus pertences durante a estadia do filho, além de vestiários. Relativamente à alimentação, o serviço oferece duas refeições principais para a mãe ou o pai. É recomendado evitar o uso de telemóveis e manter silêncio na unidade, sendo permitido tirar fotografias do bebé, desde que sem 'flash' e sem causar ruídos.

Há uma sala dedicada aos pais onde podem utilizar o telemóvel, descansar e conversar. Durante o internamento do bebé, toda a roupa necessária é fornecida pelo serviço. Os pais podem trazer um objeto significativo de pequenas dimensões e facilmente lavável. Os pais têm acesso ao número telefónico do serviço para obter informações sobre o estado do bebé, porém, essas informações são fornecidas exclusivamente aos pais. A UCIN implementa um projeto denominado "*Corações do Apego*", no qual são oferecidos dois pedaços de tecido em forma de coração: um para a mãe manter próximo ao seu corpo e

outro para o bebê. Além disso, a UCIN mantém um diário de internamento para recém-nascidos, registrando todo o percurso do bebê durante o internamento. A UCIN é composta por uma equipa multidisciplinar que inclui Diretora do Serviço, Enfermeira Gestora, Médicos Pediatras e internos, enfermeiros generalistas com vasta experiência em Pediatria, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), auxiliares de enfermagem, auxiliares de limpeza e secretária para a área da administração. A estrutura física da UCIN pode ser visualizada no quadro abaixo.

| Estrutura Física da UCIN | | |
|---|--|---|
| Entrada | Internamento | Outros |
| -Secretaria -Sala de espera para os pais -Banheiro e vestuário para os pais -Cacifos | -Área de enfermagem -1 Sala de internamento com capacidade de 11 Incubador ou mais -1 sala de reserva para uso extra caso necessário para mais internamento e outros equipamento -1 sala de preparação de medicação -1 sala armazenamento de stock -1 area de hygiene para o bebé | -Copa para os profissionais -Sala de reunião -Sala de medico -1 Gabinete de Enf.Gestora -1 Gabinete do Director do serviço -Area dos sujos -1 Gabinete das auxiliares -1 Armazenamento -1 Sala de amamentação -1 Area de roupa de bebé |

3-3 Serviço de Internamento Pediátrico (SIP):

O estágio no SIP iniciou em 15 de janeiro e terminou em 9 de abril de 2024, totalizando 180 horas. Este serviço procura proporcionar tratamento a crianças, desde recém-nascidos até menores de 18 anos, que sofrem de doenças crónicas ou agudas. Este hospital é uma referência nacional não apenas em internamento pediátrico, mas também oferece cuidados especializados relacionados com a hemodiálise e Cuidados Paliativos para crianças e famílias.

O SIP está dividido em dois pisos, com o objetivo de oferecer assistência adequada à criança. Diversos elementos estão envolvidos na prestação desses cuidados, conforme ilustrado no quadro abaixo.

| Estrutura do Serviço de Internamento Pediátrico | |
|--|--|
| Piso 1 Serviço de Internamento medico-cirúrgico | Piso 2 Serviço de Internamento medico-cirúrgico |
| -20 camas de internamento | 20 camas de internamento |
| -1 sala de enfermagem | -1 sala de enfermagem |
| -1 balcão central de enfermagem | -1 balcão central de enfermagem |
| -1 sala de procedimento | -1 sala de procedimento |
| -1 sala de preparação de medicação | -1 sala de preparação de medicação |
| -1 Armazenamento | -1 Armazenamento |
| -1 copa e banheiro para os profissionais | -1 copa e banheiro para os profissionais |
| -1 copa para auxiliar | -1 copa para auxiliar |
| -1 sala de sujos | -1 sala de sujos |
| -1 quarto de armazenamento de lençóis e cobertores | -1 quarto de armazenamento de lençóis e cobertores |
| -1 secretaria | -1 secretaria |
| -1 sala para a Hemodiálise da criança | -1 Sala reserva para equipa de cuidados paliativo |
| -1 quarto de armazenamento de equipamento | -1 quarto de armazenamento de equipamento |

4. Competências Desenvolvidas no Estágio

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta objetivos gerais que visam orientar o estudante a atingir competências que se pretendem nesta unidade curricular de “Estágio Final e Relatório”. Com base nos objetivos gerais defini os meus objetivos específicos e as atividades para os diferentes contextos de estágios.

Um enfermeiro EESIP deve demonstrar um pensamento crítico e ser capaz de exibir as competências comuns, assim como deve demonstrar as competências específicas da sua área de especialidade que incluem *“assistir a criança/família , na maximização da sua saúde; cuidar da criança/família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (O.E., 2018).

De modo a descrever as competências a desenvolver neste estágio adotei a organização de acordo com os diferentes domínios da assistência de Enfermagem nomeadamente: O Domínio da Gestão, da Formação, da Prestação de Cuidados e da Investigação, com base nas áreas de atuação do (a) enfermeiro (a) especialista de acordo com o Regulamento da Ordem dos enfermeiros (Regulamento n°422/2018) e o REPE.

Neste capítulo, procedi à descrição das competências desenvolvidas durante o estágio, apresentando os objetivos e atividades realizadas nos diversos contextos, bem como uma reflexão crítica que visa explicitar a forma como foi desenvolvida cada uma das competências proposta no Plano de Estudos do curso. Serão abordados os aspetos considerados mais relevantes, destacando a sua contribuição para o desenvolvimento das competências no âmbito dos diferentes contextos.

4.1. Domínio da Gestão

Nos últimos tempos, constata-se um avanço significativo nas áreas científica e tecnológica. Como resultado, observa-se um progresso notável na área de enfermagem, tanto na investigação e formação quanto na gestão dos cuidados de enfermagem. Este desenvolvimento visa proporcionar cuidados eficientes e eficazes, garantindo a qualidade no atendimento prestado (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, Melo, & Gouveia, 2022).

A gestão de cuidados é parte integrante das atribuições de um EE. O regulamento da Ordem dos Enfermeiros estabelece no seu artigo nº 4 que uma das competências comuns de um EE é, de facto, a gestão de cuidados. Durante esse processo, é necessário desempenhar um papel de liderança, adaptando a gestão de cuidados aos diferentes contextos, de modo a garantir uma qualidade segura nos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A gestão de cuidados especializados está relacionada com as competências necessárias para administrar e organizar os cuidados de enfermagem. Isso inclui a gestão de pessoas, abrangendo liderança, avaliação de desempenho profissional e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O domínio da gestão abrange não apenas a supervisão da prestação de cuidados, mas também a capacidade de coordenar e liderar uma equipa de enfermagem. Para ser um bom enfermeiro gestor, é necessário possuir habilidades de liderança, responsabilidade e capacidade de coordenar e supervisionar outros enfermeiros, além de orientar novos profissionais durante o processo de integração profissional (Decreto-Lei nº 71/2019).

Sendo assim, podemos afirmar que é necessário que um EE possua competências na gestão dos cuidados, na adequada administração dos recursos e na liderança da equipa na prestação de cuidados.

Competências

- ✓ Gerir os cuidados de enfermagem na área de EESIP;
- ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de EESIP
- ✓ Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de EESIP

Objetivos específicos:

-Discutir o papel do EESIP na gestão dos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos

-Conhecer e colaborar na gestão dos recursos humanos, materiais e assistenciais no processo de cuidado a criança e família nos diferentes contextos.

Atividades realizadas:

- ❖ Realizei turnos com a enfermeira gestora, dos diferentes contextos clínicos, para melhor orientação sobre os modelos de gestão utilizada no serviço;
- ❖ Acompanhei e participei na verificação dos materiais e disponibilidade na sala de emergência no SUP;
- ❖ Acompanhei e participei na gestão da verificação dos medicamentos necessário para o tratamento doente durante os diferentes turnos e nos diferentes contextos;
- ❖ Acompanhei e participei com EESIP no acompanhamento nas diferentes atividades de realização de gestão de recursos humanos. pedido de stock, medicação nos diferentes contextos;
- ❖ Consultei protocolos, manuais e outros instrumentos no âmbito da gestão de cuidados disponíveis;
- ❖ Zelei e participei nas necessidades e desejos do doente durante a prestação de cuidados nos diferentes contextos;
- ❖ Observei e participei nas estratégias de gestão pelo EESIP, nos diferentes contextos de cuidados;
- ❖ Discuti sobre as estratégias de gestão de cuidados com a Enfermeira gestora sobre os recursos humanos, materiais para a prestação de cuidados;
- ❖ Discuti com as enfermeiras tutoras sobre a implementação da parceria de cuidados nos serviços;
- ❖ Supervisionei as atividades assistenciais dos novos estagiários, novos enfermeiros na ausência dos seus orientadores.

Reflexão crítica:

As atividades de gestão e prestação de cuidados em enfermagem dependem de vários setores da gestão de cuidados em enfermagem. Além do atendimento às crianças e suas famílias, a liderança, a comunicação e a colaboração da equipa multidisciplinar garantem que isso seja alcançado (Moróro, Enders, Lira, Braz, da Silva e Menezes, 2017).

Ao longo do estágio, pude observar como as habilidades de gestão são usadas em vários contextos, principalmente na gestão dos cuidados de enfermagem, na supervisão do exercício profissional e na garantia de que os cuidados sejam de alta qualidade. Constatei que a gestão de cuidados de enfermagem difere de acordo com o contexto clínico. No SUP, o chefe de equipa era responsável por supervisionar os cuidados, uma vez que estava mais próximo da equipa e ciente das suas necessidades. Esse enfermeiro supervisionava e coordenava as diferentes atividades nas diversas áreas do SUP, como a observação (OBS), triagem, gabinete e outras.

No SUP, durante os turnos, acompanhei e participei com o EESIP e outros membros da equipa na verificação dos materiais clínicos disponíveis na sala de emergência. Isso incluiu o funcionamento e a validação de todos os equipamentos (monitores, ventiladores, incubadoras, desfibrilhadores). Esse é um dos papéis do chefe de equipa do turno, garantindo que, em caso de emergência, a sala esteja pronta para oferecer uma resposta segura e eficaz e rápida.

Como enfermeiro especialista é necessário ter habilidades para gerir os materiais e dos recursos humanos (O.E., 2015). Tive a oportunidade de realizar turnos com a enfermeira gestora tanto no SUP quanto na UCIN, a fim de compreender melhor a gestão da equipa de enfermagem e dos recursos disponíveis. Durante esses períodos, aprendi sobre os procedimentos de pedidos de material e sua realização de acordo com as necessidades do serviço. Também compreendi que é essencial que o enfermeiro saiba fazer uso adequado dos recursos para evitar a má gestão dos recursos humanos destinados aos cuidados da criança e da família. A enfermeira gestora é responsável pelo processo de requisição dos materiais, que não segue um calendário fixo, dependendo das necessidades do serviço. O armazenamento dos materiais é organizado segundo as datas de validade, priorizando o uso dos materiais com prazos mais próximos e evitando a acumulação de materiais vencidos. Em caso de falta ou falha de equipamento ou material, é necessário notificar a enfermeira gestora através do chefe de equipa do turno, seja verbalmente ou por escrito.

Durante os turnos no SUP, pude observar o papel do EESIP na gestão de conflitos no serviço. Em algumas ocasiões, enquanto atuava como chefe de equipa, foi frequente encontrar pais ansiosos e irritados na área de triagem após longas esperas, muitos pais se recusavam a aceitar as pulseiras atribuídas pelos enfermeiros da triagem, alegando não querer esperar mais tempo. Nessas situações, era essencial que o chefe de equipa

possuísse o conhecimento e as habilidades necessárias para lidar com esses diferentes conflitos.

Um dos papéis do EESIP é zelar pela qualidade dos cuidados prestados, sendo uma função fundamental. É essencial que o enfermeiro desenvolva ações na relação entre a equipa e a criança/família, de forma a atender às necessidades identificadas e fornecer todos os recursos para uma assistência segura e de qualidade. Durante o estágio nos diferentes contextos, foi essencial consultar os diversos protocolos do serviço para ser capaz de responder às necessidades da criança e da família além disso, teve a oportunidade de aprender e participar da parceria de cuidados em todos os contextos e teve a oportunidade de prestar cuidados com a participação dos pais.

Um enfermeiro deve atuar como promotor da qualidade dos cuidados, uma vez que a gestão dos cuidados de enfermagem possibilita que o trabalho do enfermeiro seja mais eficiente, promovendo assim a satisfação do paciente, do próprio enfermeiro e da equipa de saúde (Rego & Coelho, 2016). Nos diferentes contextos pelos quais passei, incumbia ao EESIP, que era responsável pelo turno, garantir que os planos de trabalho estivessem organizados e que todos os recursos estivessem disponíveis para os cuidados à criança/família. Por exemplo, em todos os contextos, após a passagem de turno com o meu tutor, participei na verificação das necessidades de cada criança antes de iniciar os cuidados. Em alguns casos, antes de iniciar as atividades, procedíamos à verificação da prescrição médica de cada criança atribuída e às suas necessidades, bem como à confirmação do stock desses medicamentos. Além disso, verificávamos se a criança necessitava, por exemplo, de aspiração ou fisioterapia.

Durante o estágio, tive a oportunidade de co-supervisionar, com o EESIP, as atividades assistenciais de novos estagiários de licenciatura em enfermagem e enfermeiros em formação na ausência dos seus orientadores. Embora não fosse o EESIP responsável pela supervisão principal, participei ocasionalmente na supervisão das atividades e na avaliação do aprendizado dos outros estudantes de licenciatura. Em alguns casos, pude supervisionar cuidados em diferentes contextos para os estudantes de enfermagem devido ao meu conhecimento mais avançado na área e à minha familiaridade com os procedimentos realizados no serviço.

Refletindo sobre o que aprendi nos diferentes contextos de estágio em EESIP, especialmente na gestão dos cuidados de enfermagem e na supervisão do exercício profissional, percebi que como enfermeiro é fundamental possuir habilidades,

conhecimentos e competências abrangentes sobre os diversos cuidados oferecidos no serviço. Isso inclui compreender as necessidades específicas das crianças e as suas famílias, além de zelar pela segurança e satisfação dos pacientes e dos seus familiares. Gerir os cuidados de enfermagem de forma eficaz requer não apenas competência técnica, mas também a capacidade de administrar recursos de maneira eficiente para evitar desperdícios. Isso permite desenvolver habilidades essenciais para supervisionar e apoiar colegas enfermeiros, garantindo que todos possam oferecer cuidados de qualidade de maneira consistente. Portanto, a minha experiência nos estágios mostrou que a gestão de cuidados e recursos é crucial para promover a eficiência no atendimento e a satisfação dos pacientes, contribuindo para um ambiente de trabalho mais produtivo e colaborativo entre os profissionais de saúde.

Em conclusão digo que consegui atingir as competências no domínio de gestão sobre em gerir os cuidados de enfermagem na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; exercer supervisão do exercício profissional e zelar pela qualidade dos cuidados prestados a qual essas competências permitirão poder gerir os cuidados de forma segura e eficaz no futuro.

Competências

- ✓ Colaborar no processo de integração de novos profissionais;

Objetivo específico:

-Compreender o processo de integração dos novos profissionais.

Atividades realizadas:

- ❖ Observei o processo de integração de novos profissionais feitos pelos outros enfermeiros nos diferentes serviços;
- ❖ Consultei o protocolo de integração de novos profissionais e alunos existente nos serviços.

Reflexão crítica:

O processo de integração profissional é uma fase crucial que visa facilitar o conhecimento e processo inerente às normas, valores e objetivos assistenciais de cada serviço, promovendo uma adaptação eficaz para que o profissional possa desenvolver as suas habilidades durante a prestação de cuidados. Segundo a Pronúncia do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (N.º 41/2020), o processo de integração deve ser meticulosamente estruturado e organizado, de modo a permitir o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício profissional naquele contexto específico.

A instituição deve fornecer as condições ideais para esse processo, aderindo aos padrões de qualidade estabelecidos para os cuidados de enfermagem. Ao mesmo tempo, deve-se desenvolver estratégias de apoio e orientação centradas no desenvolvimento de contagem e habilidades para ajudar os novos enfermeiros a se tornarem independentes e autosuficientes durante a transição para uma carreira de enfermagem.

Tive a oportunidade de conhecer o processo de integração de novos profissionais e estudantes. Além disso, fiz também parte do processo, tendo de me adaptar constantemente às regras e rotinas dos diferentes serviços. Pude observar que sua aplicação varia em diferentes situações: existem alguns serviços, como o SUP, que não têm um protocolo oficial por escrito que ajude os novos profissionais de saúde a se integrar. No entanto, um enfermeiro orientador é designado para auxiliar na integração de um novo membro da equipa. Este enfermeiro é responsável por demonstrar o funcionamento do serviço em várias áreas, realizar procedimentos de cuidados e acompanhar e avaliar a aprendizagem do novo membro. Este processo leva aproximadamente um mês.

Na UCIN tive a oportunidade de realizar turnos em colaboração com a enfermeira gestora, o que me permitiu familiarizar com o protocolo de integração dos novos membros. Este protocolo procura orientar os novos profissionais sobre todos os procedimentos e responsabilidades a serem desempenhados no serviço. Além disso, inclui uma avaliação que é disponibilizada ao enfermeiro tutor do novo membro, responsável por acompanhar e avaliar cada passo do seu desenvolvimento. Esse processo de integração tem a duração de três meses e deve ser conduzido por um enfermeiro com vasta experiência e profundo conhecimento de todos os procedimentos realizados no serviço.

No SIP, o procedimento de integração inclui um período em que um enfermeiro mais experiente é designado para orientar e demonstrar os cuidados necessários, além dos

protocolos específicos do serviço. Também observei a integração de estudantes de Enfermagem pelos enfermeiros orientadores, que têm a responsabilidade de capacitar os estudantes para poderem demonstrar as competências exigidas e realizar os cuidados conforme os padrões do serviço. Dessa forma, pude constatar que uma integração bem planeada é conduzida por um enfermeiro experiente, com um plano de integração estruturado no serviço, torna significativamente mais fácil a aprendizagem e orientação do novo membro da equipa, capacitando-o em todas as áreas e cuidados específicos do serviço. Assim, a integração mostra-se crucial, pois possibilita que os novos profissionais assumam cuidados de forma autónoma.

Em resumo, adquiri habilidades no domínio de gestão relativamente ao processo de integração, que requer muita responsabilidade porque permite que o novo profissional adquira habilidades para realizar cuidados de forma independente. Além disso, pude reiterar o quanto é importante ter muita paciência e trabalhar juntos como enfermeiros, além do fato de que é essencial corrigir e ensinar repetidamente até que o novo profissional tenha os conhecimentos necessários.

Competências:

- ✓ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP

Objetivo específico:

-Conhecer e participar na gestão de equipas e liderança nos diferentes contextos

Atividades realizadas:

- ❖ Participei na gestão de equipas nos diferentes contextos
- ❖ Observei a liderança de equipas nos diversos cenários
- ❖ Realizei reuniões com a enfermeira gestora para compreender o papel do EESIP na liderança de equipas e na supervisão dos cuidados de enfermagem.

Reflexão crítica:

A gestão de cuidados de enfermagem, característica de um EE, também envolve o papel de liderança, interação e comunicação. Segundo o Regulamento da O.E. um EE deve fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, aplicar estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, adaptar o estilo de liderança à maturidade dos

colaboradores, e utilizar processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

Durante os diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de observar vários estilos de liderança. Segundo Vieira e Santana (2022), existem três estilos de liderança principais: democrático, laissez-faire e autocrático, além de outros como a liderança situacional, visionária, estratégica, gerencial e transacional.

Tive a oportunidade de conversar com a enfermeira gestora tanto no SUP quanto na UCIN, e pude perceber que o enfermeiro gestor desempenha um papel crucial na administração de uma unidade de cuidados, promovendo o desenvolvimento da qualidade dos cuidados, dos profissionais e dos serviços (Jesus Rocha, Sousa, & Martins, 2016).). Além disso, aprendi mais sobre os diferentes estilos de liderança presentes no serviço, o que enriqueceu a minha compreensão sobre liderança. Os estilos de liderança democrática, transacional e situacional foram amplamente discutidos pelos enfermeiros gestores em diversos contextos.

A função das enfermeiras gestoras, também conhecidas como enfermeiras chefes no serviço, inclui responsabilidades abrangentes na gestão de cuidados, pessoas, recursos materiais e projetos, bem como no planeamento estratégico, formação de enfermeiros, investigação e divulgação científica (Jesus Rocha, Sousa, & Martins, 2016).). Contudo, identificaram-se algumas dificuldades na execução sistemática e regular da prestação de cuidados tanto na SUP quanto na UCIN, devido à presença menos frequente das enfermeiras gestoras durante os cuidados, uma vez que são frequentemente requisitadas para outras áreas de responsabilidade. A passagem de turno, além disso, é uma estratégia utilizada para monitorar e avaliar a prestação de cuidados na unidade, embora a supervisão dos cuidados seja frequentemente delegada aos enfermeiros especialistas ou chefes de equipa designados pelas enfermeiras gestoras (Jesus Rocha, Sousa, & Martins, 2016).). Assim, as enfermeiras gestoras garantem que um enfermeiro de equipa permaneça para supervisionar e liderar a equipa durante a sua ausência. Durante os turnos com a minha tutora EESIP, que supervisionava o turno, era frequente solicitarmos orientação do líder em relação a soluções ou intervenções. Ao longo desse processo, pude constatar o estilo de liderança democrático. As intervenções de enfermagem eram delegadas pelo chefe de equipa, evidenciando uma cooperação significativa entre as equipas. A atribuição dos cuidados é feita para melhorar a distribuição da carga de trabalho, e essa cooperação não impediu a ajuda mútua entre os membros da equipa.

Na UCIN e no SIP, constatei que meu tutor de estágio, um EESIP, frequentemente assumia a responsabilidade pelo turno, utilizando a mesma abordagem de gestão na delegação das atividades pelo chefe de equipa. A cada criança e família era atribuído um enfermeiro específico para equilibrar a gestão de cuidados, mas era evidente o trabalho em equipa e a colaboração entre eles, garantindo a satisfação de todos os envolvidos. Observei também que ser chefe de equipa implica coordenação com outros serviços, como o internamento, bloco operatório e a transferência de vagas para outros setores.

O estilo situacional, também foi um dos estilos observado durante o estágio, um líder deve ser capaz de utilizar estratégias situacionais, ou seja, ser capaz de gerir uma situação de acordo com o seu problema ou causa, é fundamental para lidar com cada caso de forma específica. Além disso, um enfermeiro deve ser capaz de gerir sentimentos e emoções para uma resposta eficiente, reconhecer e antecipar situações de potencial conflito e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos (Regulamento da O.E. n.º 140/2019).

Observou-se também que, para melhor liderança, é essencial ter uma boa comunicação com os outros membros da equipa, sendo que a comunicação também é uma característica essencial de um bom líder. De acordo com Amestoy et al. (2009), no seu estudo qualitativo, conclui-se que *"as características principais do enfermeiro-líder são: comunicação, conhecimento, responsabilidade, auto-conhecimento"*.

O estilo democrático foi certamente um dos estilos predominantes durante os diferentes contextos de estágio. Refletindo sobre isso, percebo que é crucial a presença de liderança numa equipa para promover não apenas uma melhor organização dos serviços, mas também dos cuidados prestados. É essencial que o enfermeiro possua conhecimento e habilidade para determinar qual tipo de liderança aplicar no seu contexto de trabalho. Além disso, é fundamental possuir as características de um bom líder, que seja capaz de assumir responsabilidades, garantir a organização eficiente dos serviços e promover um ambiente de trabalho colaborativo e eficaz.

Em suma, posso concluir que atingi as competências necessárias para liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP. Esse entendimento permitirá que, no futuro, eu possa aplicar essas competências no papel de líder.

4.2. Domínio da Formação

Para melhorar os cuidados de enfermagem, a formação é um componente importante. De acordo com o regulamento da Ordem dos Enfermeiros, o EE é obrigado a utilizar suas habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados por meio da constante pesquisa e aprimoramento do conhecimento. Além disso, o EE deve demonstrar a capacidade de formar outros profissionais através da formação de pares, contribuindo para o desenvolvimento de novos conhecimentos e prática clínica especializada, habilitando-se a desenvolver competências de comunicação e apresentação das investigações realizadas (Regulamento da EE No 26, 2019).

Competências:

- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;

Objetivos específicos:

- ❖ Desenvolver competências no âmbito do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Atividades realizadas:

- ❖ Participei de uma formação no serviço de Neonatologia sobre controle da dor no recém-nascido e escalas de dor;
- ❖ Refleti criticamente sobre o meu processo de desenvolvimento profissional, desde a formação inicial até à formação pós-graduada que estou a realizar;
- ❖ Consultei conteúdos da unidade curricular sobre diversos contextos, incluindo neonatologia, hospitalização da criança e da família, o serviço de urgência e o método

de triagem Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PTAS), além de assistir a vídeos práticos e ler evidências científicas;

- ❖ Refleti criticamente sobre a prática com as Enfermeiras tutoras do estágio de modo a consolidar conhecimentos e habilidades.

Reflexão crítica:

Uma das dificuldades que encontrei durante o estágio foi minha falta de experiência profissional no cuidado à criança e à família, bem como as dimensões culturais da enfermagem em Portugal. Embora minha formação inicial em Enfermagem tenha fornecido uma base para a prestação de cuidados seguros, senti a necessidade de buscar formação continuada para adquirir novos conhecimentos e habilidades, especialmente no domínio do cuidado à criança e à família, uma área pela qual sempre tive interesse. Os desafios que surgiram em cada situação variaram, no entanto, pude adquirir mais habilidades e novas habilidades para cuidar de crianças e famílias, uma responsabilidade do enfermeiro ser proativo ao longo do seu percurso formativo, ao pesquisar e aprender mais sobre cuidados neonatais, de urgência e de internamento pediátrico.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de conversar com as enfermeiras tutoras sobre a prática do EESIP com o objetivo de aprimorar os meus conhecimentos e habilidades, principalmente como enfermeiro iniciante com pouca experiência na área. Para participar de forma eficaz dos cuidados, precisei de tempo para observar e explicar em cada situação. Por exemplo, tive a oportunidade de observar várias intervenções e habilidades EESIP durante os turnos iniciais no SIP. Isso incluiu pensar sobre as necessidades físicas e emocionais da criança, aprender a negociar e envolver os pais no cuidado, e descobrir possíveis necessidades adicionais da criança. Durante os cuidados realizados com o EESIP, tive a oportunidade de prestar assistência a crianças com diversas condições clínicas. Num caso específico, eu e a enfermeira tutora identificamos uma adolescente que necessitava de apoio psicológico devido às dificuldades em aceitar o seu diagnóstico médico. Percebemos que, nesta fase de adaptação, era necessário que a enfermeira tutora consultasse o médico para avaliar a necessidade de apoio psicológico. Esse caso evidenciou a importância de o enfermeiro ser capaz de identificar e abordar outras necessidades da criança e da sua família.

A aquisição de conhecimentos foi diversificada e sempre foi essencial nos diferentes contextos, variando de acordo com as especificidades de cada contexto. Por exemplo, tive a oportunidade de rever a literatura sobre a prestação de cuidados a crianças no SIP, incluindo cuidados com crianças em ventilação não invasiva e invasiva, cuidados com cateter central, cuidados com crianças diabéticas, cuidados com crianças com doenças respiratórias, entre outros. Constatei que as crianças tinham problemas de saúde pertencentes a diferentes áreas: ortopedia, cirurgia, otorrino e pediatria médica. Os diferentes cuidados necessários de acordo com os diferentes diagnósticos é um dever de serem conhecidos pelos enfermeiros. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à criança/famílias com situações clínicas como: apendicite aguda, asma agudizada, síndrome de dificuldade respiratória (SDR), celulite periorbital e outros casos de isolamento por suspeita de varicela e COVID-19 durante os turnos com o EESIP. Foi fundamental que eu pudesse aprender mais sobre esses casos usando as unidades curriculares e pesquisas bibliográficas. Além disso, pude observar os cuidados prestados pelo EESIP e, posteriormente, participar ativamente na prestação de cuidados no serviço.

Também tive a oportunidade de aprender sobre o método de triagem Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale-PTAS, que requer que a enfermeira responsável pela triagem seja capaz de atribuir a cor correta de acordo com os sintomas apresentados. Aprendi durante os turnos de triagem que não é preciso esperar que os sintomas apareçam claramente. A triagem começa quando a criança e a família entram na sala de triagem. Deve ser observado criticamente desde o início, e com o EESIP, algumas vezes identificamos necessidades imediatas da criança, como em casos de convulsões ou síndrome de dificuldade respiratória (SDR). Isso me ajudou a entender melhor como o CTAS pediátrico permite a identificação da intervenção necessária de maneira clara, rápida e segura.

Todos os casos precisavam ser registados no SClínico, um sistema de saúde nacional em Portugal que permite registar todas as intervenções no paciente. Para dominar os registos, tive de ler os protocolos de uso do SClínico e participar e observar os registos do EESIP em todos os contextos.

No SUP, após a leitura do protocolo e pesquisas bibliográficas sobre as normas da DGS e as observações da prestação de cuidados a crianças, identifiquei algumas áreas onde há oportunidades de melhoria. Por exemplo, em alguns casos, observei que a lavagem das

mãos poderia ser realizada com mais regularidade e a triagem dos resíduos poderia ser aprimorada.

No contexto da UCIN, o foco foi mais específico, no sentido de compreender o desenvolvimento de crianças prematuras e os cuidados necessários, através da leitura de normas e procedimentos do serviço, bem como de diferentes intervenções. Além disso, participei de formações sobre escalas de dor e controle da dor no recém-nascido (RN). Tive a oportunidade de aprofundar o meu conhecimento sobre o controle da dor em recém-nascidos. Essa aprendizagem foi facilitada por uma formação específica realizada no serviço, ministrada pelos colegas de equipa. Como EE, é imperativo manter-me atualizado em relação às melhores práticas para garantir uma atuação segura e eficaz. A partir dessa formação, compreendi a importância de utilizar diferentes métodos para o controle da dor em recém-nascidos, conforme evidências científicas e diretrizes clínicas recomendadas. Os métodos abordados incluíram tanto abordagens farmacológicas quanto não farmacológicas.

Com isso, pude perceber que para realizar os cuidados de forma segura, é crucial buscar constantemente mais conhecimentos. Como enfermeiros, devemos nos manter atualizados com as últimas evidências científicas e práticas atualizadas. Investir no desenvolvimento pessoal não só beneficia o profissional, mas também impacta positivamente os pacientes aos quais prestamos cuidados, pois o conhecimento adquirido nos capacita a responder de maneira mais eficaz e segura às necessidades de cuidado.

Em resumo, a atualização constante do conhecimento sobre os métodos de controlo da dor no recém-nascido é fundamental para a prática de enfermagem especializada. Integrar essas práticas baseadas em evidências na rotina de cuidados contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada e para o bem-estar dos pacientes neonatais.

Competências:

- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;
- ✓ Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em

enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

- ✓ Promover formação em serviço na área da especialização.

Objetivos específicos:

- ❖ Desenvolver competências no âmbito da formação de pares, a partir da identificação de necessidades de formação no serviço;
- ❖ Promover o desenvolvimento e o desempenho pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Atividades realizadas:

- ❖ Identifiquei as necessidades formativas na área de enfermagem nos diferentes serviços;
- ❖ Familiarizei-me com o plano de formação nos diversos contextos do serviço;
- ❖ Realizei uma formação de pares sobre a Técnica ISBAR com elaboração de um plano de formação e apresentação;
- ❖ Realizei pesquisa bibliográfica atualizada para uma melhor preparação na formação de pares;
- ❖ Realizei uma formação de pares sobre Parceria de Cuidados na UCIN, com elaboração de um inquérito e apresentação.

Reflexão crítica:

Durante o estágio nos diferentes contextos, uma das preocupações foi conhecer e analisar os diferentes planos de formação existentes nos serviços e verificar a necessidade de formação. Foi observado que os diferentes contextos possuem um plano de formação anual. A formação contínua é uma estratégia essencial para promover a segurança na prestação de cuidados à criança.

Um EE deve ser capaz de atuar como formador no seu contexto de trabalho, saber diagnosticar as necessidades de formação no serviço e avaliar o impacto da formação. Além disso, a formação favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o

desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento da O.E n.º 140/2019).

Assim, após observação e análise com o apoio dos tutores de estágio na realidade dos diferentes contextos de estágio, foi identificada a necessidade de formação nos diversos contextos.

Durante o estágio na UCIN, constatei que os enfermeiros incentivam a parceria de cuidados, reconhecendo o dever dos pais de participarem nos cuidados de seus filhos. No entanto, observei que alguns pais não estavam presentes nos cuidados, sendo sua maior preocupação frequentemente apenas o aleitamento materno. Percebi que alguns pais podem sentir medo ou não compreender como e em que horários podem participar nos cuidados. Tive oportunidade de observar se que, embora haja promoção da parceria de cuidados, observou-se algumas lacunas nessa parceria. Com o acompanhamento do enfermeiro tutor e da enfermeira gestora, foi realizada uma atividade sobre o tema da Parceria de Cuidados, um inquérito com a participação dos enfermeiros sobre o tema da Parceria de Cuidados em Enfermagem, com o objetivo promover a parceria de cuidados no serviço, melhorar o entendimento sobre a parceria colaborativa, e incentivar os enfermeiros a orientarem os pais sobre essa parceria. Foi realizado um inquérito aos enfermeiros que permitiu analisar o pensamento dos colegas sobre a parceria de cuidados no serviço, possibilitando a identificação de lacunas e a elaboração de uma formação para incentivar uma maior participação dos pais nos cuidados. Além disso, foi realizada uma apresentação para compartilhar os resultados e promover a discussão sobre esse tema. A realização dessa formação permitiu adquirir mais conhecimento sobre a parceria de cuidados, como deve ser aplicada, e destacou o papel do EESIP na identificação das necessidades de formação no serviço, na realização de formações baseadas em evidências científicas e na avaliação do impacto dessas formações.

No serviço de Urgência Pediátrica, foi identificada a falta de um plano de formação anual. Observei a necessidade de formação sobre o tema do controle e prevenção de infecções devido à falta de adesão a essas normas por parte dos enfermeiros, porém, não foi possível realizar uma formação devido à falta de tempo.

O início do estágio no SIP foi desafiador, porém, com a experiência adquirida em outros contextos e a orientação do tutor de estágio, consegui atingir os objetivos estabelecidos, desenvolvendo a minha habilidade de pensamento crítico como EESIP. Esse período

também me permitiu uma análise particular da adesão dos enfermeiros às normas de controle e prevenção de infecções, o que resultou na escolha do meu tema de revisão de literatura após uma análise crítica desse cumprimento. Além disso, foi um período de intensa revisão de unidades curriculares, literatura especializada e vídeos sobre diagnósticos e intervenções, que serviram como base para esclarecer diversas dúvidas. Após avaliar as necessidades de formação, foi desenvolvida uma formação de pares com o tema: "A técnica ISBAR para a segurança da criança" em colaboração com a enfermeira tutora e a professora orientadora (ver Apêndice IV). Essa formação foi realizada após identificar a necessidade de aprimoramento devido a dificuldade na passagem de turnos e à sua longa duração. O tema foi sugerido por mim com o apoio da enfermeira tutora devido ao seu interesse, uma vez que muitos membros não tinham conhecimento prévio sobre ele.

Essa formação teve como objetivo promover a utilização da técnica ISBAR como um método de comunicação clara e estruturada, reconhecendo que falhas de comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na saúde, especialmente durante transições de cuidados do paciente (DGS, 2017). Além disso, visou promover o desenvolvimento profissional e reduzir a duração das passagens de turno.

Durante a formação no SIP, contamos com a participação dos colegas, o que nos permitiu analisar os possíveis métodos para implementação dessa técnica no serviço. Embora não tenha sido possível realizar uma avaliação pós-formação devido ao término do estágio, foram deixadas as diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS) no serviço para possíveis implementações das normas da técnica ISBAR.

Em virtude dessa capacitação, tive a capacidade de examinar a técnica ISBAR de forma mais aprofundada. Como resultado dessa experiência em serviço, adquiri competências de formação de pares, bem como a capacidade de analisar criticamente e identificar problemas, o que me permite aprimorar o conhecimento dos outros enfermeiros que trabalham no local. Além disso, desenvolvi minhas habilidades de comunicação e exposição das pesquisas realizadas de forma objetiva e compreensível.

Por fim, posso dizer que tenho as habilidades necessárias para o domínio da formação em enfermagem. Ao usar esse processo, não apenas pude aprender e aprimorar minhas habilidades e conhecimentos de forma independente, mas também pude identificar quaisquer necessidades de formação no serviço, de modo a garantir uma prática segura para a criança e a família e ajudar os colegas de serviço a aprender com base na pesquisa atual.

4.3. Domínio da Investigação

“A evolução da investigação em enfermagem e, conseqüentemente, a evolução dos cuidados de enfermagem são cada vez mais evidentes. Isso pode ser observado, por exemplo, no aumento da quantidade e qualidade de revistas científicas que divulgam estudos em enfermagem, bem como na realização de diferentes eventos científicos e no progressivo envolvimento de organizações científicas, nacionais e internacionais” (Baptista, J. G. M., 2023). A enfermagem, para além de ser uma profissão, é também uma disciplina que necessita da produção e renovação contínuas do seu corpo de conhecimentos, o que só pode ser assegurado pela investigação. A investigação contribui para a prática clínica de Enfermagem, a identificação e a nomeação de saberes inerentes à prática. O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de promover o investimento contínuo na investigação, ser capaz de desenvolver projetos que permitam maior sinergia entre os enfermeiros nas diferentes dimensões do exercício da profissão.

Competências:

- ✓ Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP;

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências na área da investigação;
- Participar na partilha de resultado baseado na investigação em audiências especializadas e publico geral;
- Promover a investigação em serviço.

Atividades realizadas:

- ❖ Realizei uma revisão da literatura sobre Adesão às normas de controle e prevenção de infecção pelo enfermeiro no cuidado à criança para uma prática segura” ;
- ❖ Realizei pesquisas bibliográficas sobre diferentes temas, de modo a apoiar a prática de cuidados às crianças e famílias;
- ❖ Compartilhei e discuti com a equipa os resultados obtidos e a sua aplicabilidade em diferentes contextos assistenciais; □
- ❖ Incentivei os enfermeiros a investir na investigação e busca pelo conhecimento científico, a fim de o integrar nas suas práticas assistenciais como a Técnica ISBAR.
- ❖ Realizei pesquisas bibliográficas sobre a parceria de cuidados.

Reflexão crítica:

O enfermeiro especialista deve demonstrar competência na área de investigação, promovendo a investigação em serviço e sendo capaz de partilhar os resultados baseados em pesquisa científica. (O.E., 2019), uma das competências de um EE é identificar oportunidades relevantes de investigação, conduzir e colaborar em estudos de investigação, discutir os resultados obtidos e contribuir para o desenvolvimento da prática clínica. Neste sentido, ao longo do estágio no SUP, houve a necessidade de obter mais informações sobre diversas questões, como triagem no serviço de urgência, intervenções no serviço de urgência, normas de controle e prevenção de infecção, entre outros, sendo focos de investigação. Com a pesquisa realizadas sobre o método Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale fui capaz de entender melhor como as crianças são avaliadas no SUP e como as intervenções devem ser implementadas. Além disso, a pesquisa sobre as normas de controlo de infecção aumentou a compreensão inicial da importância de fornecer cuidados médicos de maneira segura. Também tive a oportunidade de realizar uma pesquisa sobre os padrões de controlo de infecção esse interesse pessoal era descobrir e analisar a adesão a essas normas no SUP porque, em pesquisas sobre controle de infecção no SUP. Constatei que havia mais pesquisas sobre adultos do que sobre crianças e com isso surgiu o meu interesse de investigar mais sobre controle de infecção em pediatria. Durante o estágio tive a oportunidade de conversar com a enfermeira tutora sobre a importância da lavagem das mãos, a triagem de resíduos e os desafios associados à triagem no serviço de urgência. A triagem dos resíduos nem sempre é realizada de forma adequada devido à complexidade do serviço e à necessidade de uma resposta rápida. No

entanto, não foi possível realizar uma pesquisa aprofundada sobre essa temática devido à falta de tempo.

Durante o estágio na UCIN, para melhor preparar o plano de formação e identificar os pontos necessários a serem elaborados, sob orientação da enfermeira tutora, utilizei vários tipos de pesquisa que foram fundamentais para a preparação e elaboração do inquérito (Apêndice I). Realizei uma pesquisa documental, consultando normas e diretrizes de instituições renomeadas como DGS e a OMS, entre outras fontes relevantes. Esse tipo de pesquisa foi crucial para entender os objetivos, fundamentos e práticas recomendadas para a parceria de cuidados. Além disso, utilizei métodos de pesquisa qualitativa, elaborando perguntas abertas para recolher opiniões e aprofundar a compreensão das percepções e experiências dos profissionais de saúde e dos pais. Essas abordagens combinadas contribuíram significativamente para a criação de um inquérito mais robusto e direcionado. A preparação e análise desse inquérito permitiram-me aprofundar o conhecimento sobre a parceria de cuidados, possibilitando a aplicação dessas evidências na prática clínica.

No SIP, dediquei-me ao cuidado de crianças hospitalizadas e as suas famílias, aprofundando os meus conhecimentos em literaturas relacionadas à prestação de cuidados infantis, equipamentos e diagnósticos. Durante esse período, realizei uma formação no serviço, a pares, sobre a técnica ISBAR para segurança da criança, o que me proporcionou um maior entendimento dessa abordagem, pois de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017), as falhas na comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% desses eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente durante os momentos de transição de cuidados dos pacientes.

Compreendi que ao realizar uma pesquisa, o entusiasmo não é suficiente é necessário adotar uma atitude destemida diante da incerteza do conhecimento, inspirada por princípios éticos de verdade, confiança, transparência e empenho num trabalho científico, com uma contribuição social fundamentada (Zanchetta, 2021). Com a pesquisa bibliográfica e o desenvolvimento da formação, pude partilhar e discutir com a equipa os resultados obtidos e a sua aplicabilidade prática, permitindo-nos analisar métodos para melhorar a transmissão de informações no serviço de urgência.

Também conduzi uma revisão de literatura sobre a adesão dos enfermeiros às normas de controle e prevenção de infeções em crianças. Além disso, tive a oportunidade de elaborar

um artigo científico (Apêndice II), apresentando-o numa comunicação, no VII “Forum das Especialidades de Enfermagem: Vulnerabilidade(s) no olhar de um enfermeiro Especialista” na forma de póster (Apêndice IV). Ao realizar este artigo científico, primeiramente, aperfeiçoei a minha capacidade de pesquisa académica ao realizar uma revisão bibliográfica abrangente e criteriosa sobre o tema, o que me permitiu reunir e sintetizar informações relevantes e atualizadas. Aprendi a estruturar o artigo de forma clara e coerente, com uma argumentação lógica e sustentada por evidências. A elaboração do artigo também exigiu habilidades de análise crítica, pois precisei avaliar a qualidade e a validade das fontes de informação, além de identificar lacunas no conhecimento existente.

Ao preparar a apresentação do póster para o fórum, desenvolvi as minhas habilidades no uso de recursos visuais eficazes para complementar a apresentação e tornar os dados mais compreensíveis. Por fim, o processo de elaboração e apresentação do artigo reforçou a minha capacidade de trabalho em equipa e gestão de tempo, uma vez que foi necessário coordenar esforços com colegas e orientadores, além de cumprir prazos rigorosos. Essas experiências foram fundamentais para meu crescimento profissional e para a consolidação da minha prática baseada em evidências na área de controlo de infeção.

Em suma posso concluir que consegui atingir competência em comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, como também participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP.

Competências:

- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Objetivo específicos:

- Desenvolver de cuidados de enfermagem especializados, nos diferentes contextos assistenciais, com base numa Prática Baseada na Evidência.

Atividade realizada:

- ❖ Prestei os cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.

Reflexão crítica:

Um enfermeiro tem a responsabilidade de pautar a prática por meio da pesquisa contínua, bem como promover e participar de estudos científicos para melhorar a enfermagem (REPE, 1996). A Ordem dos Enfermeiros tem como missão promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem, sendo a investigação um pilar fundamental para alcançar esse objetivo (Baptista, J. G. M., 2023). As pesquisas que realizei em vários contextos clínicos permitiram-me melhorar e oferecer cuidados mais seguros.

A pesquisa e a leitura sobre a Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale-PTAS ajudaram-me a entender como identificar os diferentes níveis de triagem durante os turnos com a enfermeira tutora no SUP. Assim, pude realizar uma triagem rápida e eficaz, bem como identificar as intervenções iniciais necessárias. Por exemplo, eu precisava ser capaz de identificar as intervenções que deveriam ser avaliadas no caso de uma criança que chega ao serviço de urgência com febre, tosse, dor no peito e cefaleia, ser capaz de fazer perguntas necessárias, como sobre a dificuldade em respirar e outros possíveis, necessidade de avaliar os sinais vitais, sem esquecer de medir a saturação de oxigênio e a temperatura. Isso foi usado em todos os aspetos do SUP baseado no método de triagem de acordo com o caso clínico apresentado.

Na UCIN, com as pesquisas prévias realizadas sobre o controlo de infeção, pude melhorar a triagem de resíduos, prática essencial para a lavagem das mãos e o respeito a não utilização compartilhada dos equipamentos dos pacientes. Constatei que a literatura reforça a prática de que é fundamental lavar e desinfetar as mãos sempre antes e depois de um procedimento, como meio de prevenir infeções no recém-nascido pré-termo (RN PT). As pesquisas sobre parceria de cuidados ajudaram-me a entender a importância do trabalho em equipa entre enfermeiros e pais. Consegui implementar esse método envolvendo os pais de forma ativa no cuidado, orientando-os em atividades como o banho, a observação dos sinais vitais, e o método canguru, entre outros. No entanto, é importante destacar que a parceria de cuidados vai além dessas ações práticas, englobando a

comunicação aberta, o respeito mútuo e a capacitação contínua dos pais para promover um cuidado integral e para o desenvolvimento da criança.

No SIP, tive a oportunidade de aplicar algumas das coisas que aprendi em vários contextos. Para evitar a contaminação de outros pacientes, os indivíduos foram instruídos a aprender e usar práticas de controle e prevenção de infecções, como o uso de cartazes de indicação nos seus quartos para crianças com infecção por via respiratória. Além disso, aprendi sobre as precauções necessárias para o uso de máscaras e equipamentos de proteção individual. Também teve a oportunidade de usar a técnica ISBAR com a minha tutora EESIP durante as passagens de turno.

Em resumo, as pesquisas realizadas permitiram-me adquirir competências em comunicar informações complexas de âmbito profissional e académico, resultantes da prática clínica e da pesquisa, tanto para audiências especializadas quanto para o público. Além disso, pude participar e promover a pesquisa no serviço na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, incorporando os resultados da pesquisa válidos e relevantes na prática especializada, assim como outras evidências. Demonstrei compreensão relativamente às implicações da pesquisa na prática baseada em evidências. Essas habilidades permitiram-me realizar uma prática eficaz e segura para o paciente.

4.4. Domínio da Prestação de Cuidados

No último século, a enfermagem em Portugal passou por várias transformações significativas que alteraram o paradigma da assistência à criança/família. Foram estabelecidas diversas escolas de Enfermagem, tanto públicas quanto privadas, que formaram e habilitaram os enfermeiros para o exercício profissional (Cantante, Martins, Teixeira et al., 2019). Os cuidados em saúde infantil e pediátrica também sofreram várias mudanças, com a introdução de novos tratamentos e procedimentos que visam oferecer os melhores cuidados às crianças e as suas famílias. A enfermagem foca-se na eficiência e eficácia dos cuidados prestados, sendo essencial a existência de um quadro de referências e um sistema de qualidade para o exercício profissional; uma dotação segura de cuidados e metodologias de trabalho. Assim, pode-se afirmar que a prestação de cuidados é a base da área de Enfermagem. Para a aquisição de competências de um mestre, o domínio da prestação de cuidados torna-se um elemento fundamental no percurso de aprendizagem (Neves, 2023). O foco dos nossos cuidados deve, portanto,

basear-se em um “*modelo conceptual centrado na criança e familia, encarando sempre este binómio como beneficiários dos cuidados*” (OE, 2018, p.19192). Podemos afirmar que o objetivo na prestação de cuidados em enfermagem é oferecer os melhores cuidados de forma segura e eficaz.

Competência:

- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e Interdisciplinar.

Objetivos específicos:

- Compreender a organização, funcionamento e dinâmica dos diferentes contextos assistenciais;
- Compreender o funcionamento dos diferentes protocolos de atuação nos diferentes contextos de trabalho.

Atividades realizadas:

- ❖ Familiarizei-me com as instalações do serviço através da orientação do EESIP, incluindo rotinas e horários;
- ❖ Realizei a leitura dos diferentes tipos de protocolos de atuação dos diversos serviços.

Reflexão crítica:

Desenvolver uma boa relação com os colegas e entender a organização, o funcionamento e a dinâmica dos diferentes contextos de estágio foram cruciais para o sucesso na aprendizagem e o desenvolvimento de novas habilidades. Para um enfermeiro, desenvolver competências é um campo em que é necessário buscar conhecimento, ter a capacidade de realizar várias intervenções técnicas, bem como analisar e tomar decisões (Amália & Figueiredo, 2020). Uma das desvantagens foi minha falta de experiência profissional relativamente aos serviços de saúde e ao sistema nacional de saúde em Portugal, o que dificultou a minha adaptação inicial nos diferentes contextos.

Nos primeiros dias de estágio com a orientação das enfermeiras tutoras e EESIP, tive a necessidade de aprender sobre o serviço em todos os contextos, incluindo a sua estrutura, recursos, dinâmica funcional, horários e normas de protocolo. Essa orientação ajudou-me a adaptar-me ao serviço com segurança e confiança.

No SUP tive a oportunidade de trabalhar com base em vários protocolos específicos de intervenção em casos como maus-tratos, violação, convulsões, triagem, entre outros. As dinâmicas a desenvolver na sala de emergência estão baseadas num protocolo para ajudar em situações como trauma e paragem cardiorrespiratória. Para apoiar, um algoritmo é exibido na TV e um membro da equipa é responsável por garantir que todos os elementos acompanhem as intervenções necessárias passo a passo. Os registos das intervenções de enfermagem eram diferentes em cada serviço, então foi necessário aprender como usá-los para ver como o serviço funcionava. Por exemplo, no SUP havia um sistema que mostrava as intervenções por cores verde, amarelo e vermelho conforme o tempo da prescrição. Esse sistema permite que os enfermeiros administrem cuidados conforme a gravidade e a urgência. Muitas vezes, pude organizar os cuidados conforme a gravidade e priorizar os cuidados. Por exemplo, amarelo na observação indica que um procedimento está pendente e verde indica que uma intervenção foi concluída ou que o doente está em alta. No entanto, quando um procedimento estava em vermelho, isso indicava uma longa espera para o procedimento, no entanto, a realidade nos gabinetes de enfermagem era diferente. Os doentes verdes eram os doentes não urgentes e os doentes vermelho eram os doentes que precisavam de intervenção urgente imediata. Esse sistema permitiu-me entender a dinâmica do serviço e o seu funcionamento, bem como desenvolver um olhar crítico e capacidade de responder rápida e eficazmente.

Durante os primeiros dias dos estágios na UCIN, tive de ler e familiarizar-me com a estrutura do serviço, bem como os vários horários de cuidados e uma variedade de protocolos e normas, como controle e prevenção de infeções, oxigenação, protocolo de banho do RNPT no serviço, vacinação, exames realizados, sistema de registo e protocolos para alta e admissão, após os primeiros dias de integração na UCIN, constatei que na UCIN se faz a monitorização continuamente dos RNPT. Isso foi importante para que eu pudesse responder adequadamente aos cuidados necessários desenvolver. Com essa leitura, pude entender como deveria ser realizado o banho, atendendo à idade gestacional do RN, por exemplo, RN abaixo de 33 semanas não poderia ter um banho completo, apenas uma limpeza em geral. Também conheci o sistema de registos para entender como poderia realizar avaliações de várias escalas, como a da parentalidade, da dor, das úlceras

de pressão, entre outras. Isso permitiu-me integrar o serviço e atender às necessidades de cuidado de um EESIP ao RNPT.

Pude constatar que o protocolo de atuação varia conforme os diferentes serviços. No SIP, não apenas tínhamos enfermeiros responsáveis pelo bem-estar da criança e da família, mas essa equipa multidisciplinar incluía também outros membros, como médicos, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas e assistentes sociais. A situação em questão era bastante diferente das outras; foi necessário receber muita orientação, observar cuidadosamente e fazer leituras dos diferentes protocolos, como os de horário de visitas, administração de medicação e alta hospitalar. No início de cada turno, após a passagem de turno, preparava-se a medicação conforme a prescrição médica, confirmavam-se os equipamentos necessários e as intervenções a serem realizadas, conforme os diferentes diagnósticos. Após várias repetições desse processo, consegui compreender melhor o procedimento e realizá-lo de forma autónoma. Relativamente ao processo de alta, pude entender a dinâmica envolvida: primeiro é necessário confirmar a autorização do médico, seguida pela autorização do funcionário administrativo. Após essas etapas, o enfermeiro inicia o procedimento de alta no sistema. Em seguida, é essencial orientar os pais sobre os cuidados em casa, a medicação e esclarecer quaisquer dúvidas que possam ter.

No SIP, encontramos diagnósticos de diferentes especialidades, como pediatria, cirurgia, ortopedia e cardiologia. Essa orientação permitiu-me realizar cuidados e trabalhar conforme a dinâmica de forma mais automática, sob a supervisão da EESIP. Com essa dinâmica, percebi que ela permite ao enfermeiro estar mais organizado e realizar os cuidados necessários ao paciente, evitando a sobrecarga dos outros membros da equipa. Além disso, para realizar esses cuidados, é necessário que o EESIP demonstre competência e conhecimento das diferentes intervenções, permitindo assim uma atuação mais autónoma.

Em resumo, pude refletir e perceber que, para um novo enfermeiro que está se integrando a um serviço, é fundamental compreender os diferentes contextos assistenciais e como a organização dos cuidados é realizada. A familiarização com os protocolos de atuação do serviço é essencial, pois cada serviço possui as suas especificidades. Esse conhecimento ajuda a fornecer uma resposta mais eficaz nos cuidados e a integrar-se melhor à dinâmica da equipa. Posso afirmar que alcancei o objetivo de compreender o funcionamento do serviço, os diferentes protocolos de atuação, a organização e a dinâmica de trabalho.

Objetivos específicos:

- Desenvolver uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar;
- Conhecer os diferentes métodos de trabalho usados nos contextos assistências.

Atividades específicas:

- ❖ Estabeleci uma relação com a equipa multidisciplinar;
- ❖ Observei e integrei o método de trabalho nos diferentes contextos;
- ❖ Trabalhei conforme o método de trabalho e a dinâmica dos diferentes serviços;
- ❖ Conheci as equipas de enfermagem e multidisciplinares, bem como outras áreas de especialidade.

Reflexão crítica:

A adaptação específica a cada equipa multidisciplinar e à metodologia de trabalho foi necessária para estabelecer uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, além de compreender os métodos de trabalho utilizados em cada estágio. As intervenções e os métodos de trabalho no SUP variam conforme as diferentes áreas, definindo-se método de trabalho como as estruturas fundamentais para a organização e prestação de cuidados ao paciente, ajustadas conforme as competências adquiridas pelos enfermeiros (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021). Além disso, identifiquei quatro tipos de métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros na organização dos cuidados: método funcional, método de trabalho em equipa, método individual e método do enfermeiro responsável, conhecido como primary nursing (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021).

Relativamente à equipa de enfermagem no SUP, os turnos foram mantidos conforme o cronograma elaborado pela enfermeira gestora, sendo distribuídos em diferentes equipas. Esta organização facilitou a interação entre todos, uma vez que os profissionais já se conheciam por trabalharem frequentemente juntos. Na maioria das vezes, eu trabalhava com os mesmos profissionais que compunham a equipa da minha tutora de estágio. Observei que, antes de poderem trabalhar de forma autónoma e interdependente, as enfermeiras designadas para a área de triagem precisavam receber formação inicial sobre

o método de triagem e adquirir prática suficiente. A dinâmica nessa área exigia respostas imediatas para determinar os cuidados necessários e o nível de urgência de cada criança ou família. Tive a oportunidade de fazer turnos com a EESIP e realizar triagens em vários casos, o que foi extremamente útil. Esse é um exemplo do método funcional, que se baseia *"na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que alcançam proficiência através da repetição sistemática de técnicas, nas quais o foco não é o cliente, mas sim a tarefa"* (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021).

Na área de triagem, havia dois enfermeiros em cada sala, e a triagem era realizada conforme o método CTAPS. Após a avaliação, cada criança recebia uma pulseira consoante a necessidade e era encaminhada para as especialidades nos consultórios médicos. Após a avaliação médica, as intervenções foram realizadas no gabinete de enfermagem por duas enfermeiras, que executaram os procedimentos conforme a prescrição médica. Tive a oportunidade de participar e realizar cuidados com a minha tutora e outros EESIP durante os turnos. Pude observar de perto como os procedimentos, como a colheita de análises e a administração de medicamentos, funcionavam. Além disso, no gabinete de enfermagem do SUP mais conhecida como sala de procedimentos, a parceria de cuidados foi evidente, e foi possível, desenvolver com os pais uma relação de parceria, colaborando com eles durante os procedimentos. A colaboração dos pais foi essencial para tranquilizar e confortar as crianças, especialmente durante procedimentos como administração de medicamentos e colheita de espécimes para análises. Por outro lado, na área da OBS (Observação), onde as crianças normalmente permaneciam menos de 24 horas, os procedimentos eram principalmente relacionados à administração de tratamento oral, endovenoso ou inalatório. A dinâmica de trabalho da equipa médica e de enfermagem nesta área era ágil, e os enfermeiros frequentemente se dividiam para atender às necessidades das crianças e das famílias durante alguns procedimentos técnicos. Ao longo dos meus turnos, tive a oportunidade de contribuir para os cuidados e entender a rapidez com que eram realizados. Apesar de serem ágeis, os enfermeiros esforçavam-se para atender às necessidades de todas as crianças e famílias, nisso permitir-me entender que um enfermeiro não apenas deve focar-se em realizar os cuidados à criança/família mas também estar disponível atender as necessidade da família. Isso pode ser exemplificado pelo método do enfermeiro responsável, que implica na prestação de cuidados individualizados aos pacientes internados, envolvendo responsabilidade individual nas decisões relacionadas à assistência de enfermagem (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021).

Na UCIN, cada turno é composto por uma equipa de enfermagem constituída por três a quatro enfermeiros, sendo um deles o chefe de equipa, responsável por supervisionar as intervenções de cuidados para as crianças e as suas famílias. Esta dinâmica pode ser descrita como o método de trabalho em equipa, no qual *"os enfermeiros são divididos em grupos, coordenado por um líder que garante que as habilidades e qualificações de cada profissional de enfermagem sejam aproveitadas e que as capacidades do grupo sejam otimizadas, visando a prestação de cuidados integrais aos pacientes sob a sua responsabilidade"* (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021). A observação cuidadosa foi realizada para garantir que todas as necessidades fossem atendidas. Observei que a equipa médica e a equipa de enfermagem trabalhavam juntos muito bem. Por exemplo, os médicos precisavam informar os enfermeiros quando as prescrições ou solicitações de análise mudavam, além de manter o sistema informático atualizado. Cada enfermeira da UCIN foi designada para cuidar de duas ou mais crianças/famílias por turno, adotando o método de trabalho individual que consiste na abordagem de assistência total ao cliente, aonde um enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de crianças/famílias durante um turno (Silva, Martins, Trindade, et al., 2021). No contexto de estágio, comecei por observar, mas à medida que me integrei e me tornei parte da equipa, comecei a participar dos cuidados sob a supervisão da EESIP, assumindo gradualmente a responsabilidade por eles. Tive a oportunidade de observar, entre outros casos, a atenção prestada a pacientes ventilados prematuramente com CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Observei que o serviço colabora com outras unidades de diversos hospitais e, em alguns casos, o RNPT é transferido para outras instituições hospitalares para garantir um tratamento mais adequado conforme o diagnóstico. Além disso, a UCIN trabalha em conjunto com as Unidades de Saúde Familiar, que integram a rede de apoio às famílias, possibilitando a realização de visitas domiciliares. Isso permite que a UCIN acompanhe os pais durante as fases de cuidados em casa com o RNPT, oferecendo assistência e esclarecendo dúvidas ou preocupações. O facto de cada enfermeira cuidar de dois ou mais crianças, permitiu-me desenvolver habilidades adicionais no planeamento de cuidados, adaptando-os às necessidades únicas de cada criança e família. Isso ajudou-me a construir relacionamentos sólidos com a família e entender as suas preocupações.

Percebi que deve existir um método aplicado ou seguido por cada equipa. No SIP, observei um método de trabalho específico em comparação com outros contextos. A equipa tinha três a quatro enfermeiras por turno, conforme a escala de horários estipulada

pelo enfermeiro gestor, com um chefe de equipa responsável pelo cuidado da criança e da família. Além disso, havia enfermeiros especializados em reabilitação que trabalhavam nos turnos diários, pois os cuidados de terapia de reabilitação eram realizados principalmente no período da manhã.

Os enfermeiros e a equipa médica trabalhavam em conjunto para prestar os melhores cuidados a criança/família, o que pude observar durante os turnos com a EESIP. Além disso, podemos observar que outros participantes multidisciplinares e interdisciplinares contribuíram para o serviço, como equipas de música do hospital que participaram de eventos e fisioterapeutas que atenderam crianças e famílias. O método de trabalho de equipa, que permite que cada enfermeiro seja informado sobre os cuidados que deve oferecer para evitar sobrecarga. Por exemplo, após a passagem de turno, os enfermeiros de reabilitação foram orientados sobre as necessidades das crianças que precisavam de terapia para organizar as prioridades. Também existem dias específicos para os outros membros da equipa estarem no serviço, por exemplo, os “*doutores palhaço*” estavam autorizados a trabalhar num determinado dia da semana, mas também precisavam da colaboração dos enfermeiros para poder tomar as medidas necessárias de acordo com a condição de saúde da criança. Ao longo dos turnos, tive a oportunidade de participar em atividades com outros membros da equipa, realizar procedimentos como remoção de drenagem, participar de atividades recreativas com o “*doutor palhaço*” e ensinar aos pais sobre como usar equipamentos domiciliares como controle de diabete. Realizar esses cuidados, trabalhar de acordo com o método de trabalho e criar uma reação terapêutica foi possível graças à integração realizada pela minha tutora para integrar a equipa. Com isso, pude perceber a importância de uma boa integração e compreender os diferentes métodos de trabalho e a dinâmica fundamentais para realizar os cuidados de forma segura. Também reconheci a importância de desenvolver uma boa relação com outras equipas multidisciplinares, incluindo médicos, auxiliares e fisioterapeutas, e de trabalhar conforme o método de trabalho em equipa. Além disso, entendi que não devemos apenas focar na realização dos cuidados delegados, mas também é necessário estar presente para auxiliar quando necessário e os cuidados autónomos.

Em conclusão, consegui desenvolver uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar e adquirir uma compreensão dos vários métodos de trabalho utilizados: método individual; método funcional; trabalho em equipa; enfermeiro responsável. Nos vários contextos de estágio. Dessa forma, essa capacidade permite-me aplicar esses conhecimentos em diversos contextos futuros de trabalho profissional.

Competências:

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

Objetivos específicos:

-Desenvolver competências comunicacionais com a criança e a família de acordo com as diferentes faixas etária, favorecedora de uma relação terapêutica no respeito da sua crença e cultura.

Atividades realizadas:

- ❖ Estudei unidades curriculares sobre comunicação com crianças e famílias em diversas faixas etárias;
- ❖ Desenvolvi e mantive uma relação terapêutica eficaz com as crianças e suas famílias.
- ❖ Utilizei diferentes técnicas de comunicação adequadas para cada faixa etária das crianças atendidas;

Reflexão crítica:

A comunicação é uma ferramenta essencial e parte integrante do plano de intervenção em saúde, pois é impossível cuidar de alguém sem comunicar, e, por vezes, pode ser mais eficaz do que um determinado fármaco (Sequeira, 2016). O estabelecimento de uma comunicação eficaz é fundamental para todas as atividades de enfermagem, garantindo uma prestação de cuidados eficiente e minimizando o risco de erro no diagnóstico, além de potencializar a ação terapêutica das intervenções (Sequeira, 2016). A DGS (2017) afirma que a comunicação é uma ferramenta essencial para os enfermeiros, pois permite entender as necessidades dos pacientes, planear cuidados e garantir a qualidade da assistência.

A comunicação adequada com a criança/família é uma das habilidades dos enfermeiros que cuidam de crianças, sendo que o EESIP deve possuir conhecimentos e habilidades aprofundadas para comunicar com a criança/ família, respeitando as suas opiniões e demonstrando habilidades para adaptar a comunicação ao estadio de desenvolvimento da criança (Regulamento O.E. no 423/2018). Além de rever as notas das unidades curriculares do mestrado, tive que realizar pesquisas bibliográficas para melhorar a minha compreensão dos tipos de comunicação adequados para cada faixa etária. Assim no processo de comunicação encontramos dois tipos de comunicação: verbal e o não-verbal (Coelho, 2015).

A comunicação verbal pode ser definida como um processo recíproco, enfatizado pelos termos partilha e relação. Em contraste, a comunicação não verbal inclui expressões manifestadas por meio de atitudes corporais que não são transmitidas por palavras (Coelho, M., 2015). É importante reforçar que, na comunicação com crianças de diferentes faixas etárias, os componentes não verbais do processo comunicativo transmitem as mensagens mais significativas. Crianças pequenas, como recém-nascidos e lactentes, estão mais alertas ao ambiente e atribuem significado a cada gesto e movimento realizado (Hockenberry, 2014).

Durante este período, tive a oportunidade de ver pais e crianças expressando uma variedade de sentimentos, como medo, raiva e ansiedade, em vários ambientes. Procurei encorajar os meus pais demonstrando empatia e disponibilidade para ouvir as suas preocupações e esclarecer as suas dúvidas, sempre respeitando as suas culturas e crenças. No início, encontrei desafios ao lidar com famílias de diferentes origens culturais, mas após fazer pesquisas e aprender mais sobre as suas culturas e crenças, como as culturas portuguesa, ucraniana e indiana, pude ajustar a minha prática de cuidados para respeitar as suas perspetivas e crenças.

A comunicação deve ser ajustada conforme as diferentes fases do desenvolvimento infantil, desde o recém-nascido até a adolescência. Os recém-nascidos comunicam através do choro, gestos e expressões faciais. Como são incapazes de utilizar palavras, os lactentes, primariamente compreendem e utilizam a comunicação não verbal, expressando as suas necessidades e sentimentos por meio de comportamentos e vocalizações não verbais (Hockenberry,2014). Os enfermeiros precisam dominar diferentes técnicas comunicacionais adequadas para cada faixa etária. Para consolidar essas técnicas, realizei leituras bibliográficas sobre comunicação, estratégias variadas e o

papel do enfermeiro cheguei à conclusão de que para uma comunicação efetiva é necessário estabelecer uma relação interpessoal que envolva questionamento, explicação, tranquilizarão e, sobretudo, escuta (Lambert, Long, & Kelleher, 2012)

Nos diferentes contextos de estágio, tanto no SUP como no SIP, encontramos crianças de diversas faixas etárias. Como enfermeira, foi necessário adaptar a minha linguagem de acordo com essas diferentes faixas etárias. Aplicar técnicas como questionar, explicar, tranquilizar e escutar. Por exemplo, no questionar, perguntava como a criança se sentia usando perguntas fechadas e abertas. No explicar, fornecia todas as informações que os pais precisavam sobre os cuidados dos seus filhos, enquanto no tranquilizar, mantinha uma postura otimista e utilizava palavras que ajudassem os pais a se sentirem mais relaxados. No escutar, mantinha-me aberto para ouvir as preocupações dos pais. Além disso, uma das técnicas que pude utilizar foi a mnemônica LEARN: Ouvir, explicar, reconhecer, recomendar por meio de negociação (Ahman, 1994).

No entanto, uma abordagem mais específica foi necessária durante o tratamento do SIP para lidar com crianças em idade pré-escolar, que tendem a ser egocêntricas e têm uma visão limitada do que as rodeia. Devido às características comuns dessa faixa etária, os procedimentos foram explicados de maneira fácil de entender usando objetos tangíveis como seringas e adesivos, bem como palavras fáceis de entender. As crianças pré-escolares às vezes preferem ficar quietas durante os procedimentos. Em situações como essa, estabeleci uma relação terapêutica usando brincadeiras, jogos e músicas, uma linguagem universal para as crianças. Para garantir uma maior compreensão e tranquilidade durante os cuidados, especialmente com crianças em idade escolar, que são mais curiosas e buscam explicações detalhadas, era necessário fornecer informações e justificativas prévias sobre os procedimentos

A comunicação foi, sem dúvida, um recurso essencial para estabelecer uma relação terapêutica entre a criança e a sua família. O tempo e a disponibilidade necessários para uma comunicação terapêutica são diferentes em cada situação. Na área de OBS do SUP, pude estabelecer uma relação terapêutica, pois consegui passar mais tempo com as crianças e famílias, aplicados diferentes estratégias de questionamento, escuta e explicação sobre os procedimentos. Além disso, tranquilizei os pais durante diferentes procedimentos, como colheita de espécimes para análise e aspiração de secreções; havia mais tempo disponível para passar tempo com a criança e família e atender às suas necessidades e queixas. Tive a oportunidade de atender recém-nascidos, crianças e

adolescentes durante turnos de triagem.. Esse atendimento envolveu também a criação de uma relação, onde as crianças, especialmente as em idade escolar, pudessem expressar as suas dores. No caso dos adolescentes, foi necessário estabelecer um clima em que se sentissem à vontade para conversar. Um fator que dificultava a comunicação foi o ruído do ambiente, constituindo-se uma barreira que impedia que a mensagem chegasse ao destinatário (Neves, 2023). No SUP, encontrei esse fator de ruído ambiental com muitas pessoas ao meu redor. O estado psicológico também foi um fator difícil na comunicação. A aplicação de várias abordagens de comunicação, adaptadas ao estágio de desenvolvimento foi fundamental. Por exemplo, os recém-nascidos estabelecem comunicação através do não verbal, neste sentido tive a oportunidade de usar esse tipo de comunicação nos vários contextos, particularmente no SIP, isto porque os RN choravam e os pais não conseguiam interpretar o choro do seu filho, de forma particular os pais, que o eram pela primeira vez. A estratégia que adotei, foi ensinar os pais sobre a importância do toque físico, o olhar e a fala com uma voz suave e tranquila. Depois de interiorizarem o sentido destas estratégias de comunicação, os pais puderam lidar melhor com as circunstâncias e desenvolver uma relação mais forte com o bebê.

Relativamente à assistência de enfermagem na UCIN, a primeira vez foi difícil estabelecer uma relação terapêutica com os pais, principalmente devido às diferenças culturais e à minha posição de enfermeira estagiária. Senti a necessidade de melhorar a minha linguagem e criar um ambiente no qual as famílias se sentissem à vontade comigo, demonstrando confiança e mostrando-me disponível para responder às suas perguntas e preocupações sobre os seus filhos, intervenções e outros assuntos. Com o tempo, tive a oportunidade de desenvolver uma relação terapêutica com as famílias, o que se tornou gratificante e enriquecedor na minha prática profissional. Estabelecer uma relação terapêutica tornou-se mais fácil e vantajoso porque o ruído era controlado, sendo o silêncio essencial durante os cuidados do RNPT. Tive a oportunidade de comunicar com os pais durante os turnos. Sempre que possível, os pais podiam estar presentes durante uma intervenção, o que permitia que eles se envolvessem nos cuidados e se sentissem à vontade sem perturbar o RNPT. Como resultado, a comunicação foi significativamente mais eficaz em comparação com o SUP.

Ao refletir sobre as minhas atividades dirigidas ao aprofundamento das competências de comunicação em enfermagem com criança/família, aprendi que uma comunicação eficaz é fundamental para estabelecer uma relação de confiança, identificar necessidades individuais e adaptar a abordagem consoante a faixa etária da criança. Isso não apenas

facilita a prestação de cuidados, mas também permite empoderar a família a colaborar ativamente no processo, promovendo um atendimento mais personalizado e humanizado.

Ao longo dos diferentes contextos do estágio, tive a oportunidade de melhorar as minhas habilidades de comunicação com a criança/família, adquirindo uma compreensão dos vários tipos de comunicação e de como aplicar esses métodos segundo o desenvolvimento da criança. Como resultado, acredito ter desenvolvido competências de comunicação em relações com clientes e familiares, estabelecendo relações terapêuticas que respeitam as suas culturas e crenças individuais.

Competências:

- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EESIP;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

Objetivos específicos:

-Desenvolver competências especializada de enfermagem perante situação de especial complexidade, nomeadamente no SUP e UCIN.

Atividades realizadas:

- ❖ Realizei triagem no SU;
- ❖ Observei os cuidados a criança numa sala de emergência;
- ❖ Participei e realizei cuidados especializado ao RNPT;
- ❖ Colaborei na prestação de cuidados com criança com ventilação invasiva e não invasiva.

Reflexão crítica:

O SUP e a UCIN foram contextos de grande complexidade para mim. Nestes contextos, o conhecimento muitas vezes exige que um enfermeiro tenha a habilidade de responder, com intervenções de forma eficaz e rápida, pois em alguns casos essas intervenções podem ser críticas para a vida da criança. Lidar com a imprevisibilidade requer muita competência, sendo um dever do EESIP saber cuidar de uma criança e a sua família em situações de especial complexidade (Regulamento O.E. n.º 422/2018, 2018).

Tive a oportunidade de desenvolver inúmeras atividades nos diferentes contextos para identificar rapidamente situações de instabilidade clínica que exigem intervenção imediata, como na triagem no SUP. Nesse contexto, o enfermeiro precisa ser capaz de avaliar a situação clínica da criança e da família em poucos minutos e atribuir um nível de gravidade, levando em consideração a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência. A triagem é fundamental para o funcionamento do SUP (DGS, 2018). O sistema de triagem utilizado neste serviço é o CPTAS. Este algoritmo permite a uniformização dos procedimentos, possibilitando ao EESIP no SUP a capacidade de agir conforme as prioridades, garantindo cuidados adaptados às necessidades da criança, mesmo em situações de elevado ‘stress’. Tive a oportunidade de participar e realizar a triagem segundo o modelo CPTAS. Para que um enfermeiro assumisse responsabilidade autónoma na realização da triagem, era necessário ter pelo menos dois anos de serviço e ter realizado treino específico na triagem por aproximadamente seis meses, acompanhado por um enfermeiro experiente conhecido como enfermeiro triador.

O método CPTAS foi desenvolvido em 1997 e adaptado em 2002 pela Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) e pela National Emergency Nurses Affiliation (NENA). O seu objetivo é definir de forma precisa as necessidades dos pacientes relativamente ao tempo, determinando o nível de urgência, os recursos necessários e o desempenho relativamente aos objetivos operacionais (DGS, 2018). A avaliação é feita conforme cinco diferentes níveis, aos quais são atribuídos tempos de espera. Durante os turnos, observei que, devido à grande afluência ao SUP, os tempos de espera e o número de pacientes excediam frequentemente o tempo de espera de acordo as normas do método CPTAS. No entanto, após a triagem inicial, sempre era comunicado às famílias ou acompanhantes, a possibilidade de retriagem, conforme protocolo, permitindo que crianças cujos sintomas mudassem pudessem retornar à triagem para nova

avaliação médica. Tive a oportunidade de realizar a triagem sob supervisão da EESIP durante os turnos na Triagem Pediátrica. É fundamental que um EESIP desenvolva competências para gerir situações caóticas, organizar-se para tomar decisões e trabalhar nos turnos da triagem, o que permite capacidade de resposta e desenvolvimento de competências eficazes. Inicialmente, foi desafiador aprender a utilizar o método de triagem CPTAS, que requer habilidade adquirida após observação e demonstração com a EESIP. A maioria dos casos que identifiquei envolviam traumas, febre, vômitos/diarreia, dificuldades respiratórias, suspeitas de apendicite, erupções cutâneas e outras queixas de dor. Em alguns casos, deparei-me com situações em que os pais trouxeram a criança ao serviço de urgência sem realizar uma avaliação adequada. Por exemplo, houve um caso em que uma mãe levou o seu filho à urgência com história de febre de 38 °C durante a noite, tendo administrado paracetamol. No entanto, a mãe trouxe a criança para a urgência sete horas depois, sem aguardar avaliação da possível causa da febre e sem reavaliação adequada. Estas situações frequentemente resultam em falsas urgências, como o caso de uma mãe que trouxe o seu filho à urgência apenas para trocar o curativo, pelo que teve de esperar bastante tempo para ser atendida.

Na UCIN, situações complexas são uma constante, tive a oportunidade de prestar cuidados a RNPT. O nascimento prematuro de um recém-nascido é um evento inesperado na vida da família, gerando insegurança materna e a necessidade de intervenção imediata. Nesta unidade, o trabalho ocorre num espaço restrito, onde os RNPT, devido à prematuridade, são colocados em incubadoras que exigem manipulação tecnológica e materiais específicos, e em alguns casos, berços adaptados. Com a experiência prévia da licenciatura e o contacto anterior com RNPT em situações complexas, tive a oportunidade de aplicar o meu conhecimento neste contexto, além de buscar novas competências e procedimentos. O RNPT é um ser complexo devido à fragilidade e instabilidade. Ele é definido como aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação, e a imaturidade neurofisiológica e desenvolvimental torna-o vulnerável e sensível a estímulos ambientais aumentados, como luz e ruído (Sousa, Bonfim & Olivindo, 2022). Dada a sensibilidade do RNPT, ao longo do turno observou-se a necessidade constante de criar um ambiente propício ao seu desenvolvimento, além de manter uma boa relação com os pais. A criação de um ambiente favorável para estes RNPT crianças foi amplamente observada nos turnos em que participei, incluindo o controlo do ruído, a redução da luminosidade (utilizávamos capas na incubadora para diminuir a intensidade luminosa) e a manutenção de uma temperatura adequada. Foi essencial manter uma temperatura controlada para os RNPT,

que possuem pele pouco desenvolvida e estão sujeitos à hipotermia e alterações no estado de saúde. Para isso, utilizei roupas e lençóis nos berços, garantindo condições ideais de temperatura. Quanto ao banho, segui o protocolo específico no serviço. Outro critério aplicado para manter o RNPT estável era evitar manipulações desnecessárias. A técnica frequentemente utilizada consistia em agrupar os cuidados, como administração de medicamentos e colheita de espécimes para análise, para minimizar as intervenções e permitir que o RNPT mantivesse o seu ciclo de sono intacto. Além disso, o posicionamento adotado consistia em colocar os RNPT em decúbito lateral e criar estruturas chamadas "*ninhos*", facilitando assim a sua co-regulação. Neste serviço, também tive a oportunidade de participar nos cuidados de ventilação invasiva e não invasiva. Em muitos casos, os RNPT internados necessitavam de suporte ventilatório invasivo, como o ventilador, ou de suportes não invasivos, como o CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas), envolvendo intervenções como monitorização contínua dos fluxos de ar, operação dos equipamentos, verificação diária dos parâmetros, necessidade de aspiração e cuidados com a pele para prevenir úlceras por pressão, dado que a aplicação contínua de pressão pela máscara de CPAP pode causar lesões na pele devido à fragilidade cutânea dos RNPT. Além disso, ajustei frequentemente o posicionamento da criança, o sensor de oxímetro, cuidados com as narinas e troquei as máscaras diariamente. Durante esses turnos, tive a oportunidade de observar e colaborar na colocação de cateteres epicutâneos, centrais e venosos, aspiração, entubação nasogástrica e realização de testes diagnósticos precoces.

Durante a minha experiência no SUP, desenvolvi competência na identificação das necessidades específicas das crianças, respondendo prontamente e realizando intervenções necessárias. A utilização do método CPTAS de triagem pediátrica permitiu-me categorizar adequadamente os níveis de urgência conforme o diagnóstico, mesmo num ambiente frequentemente sobrecarregado. Identifiquei também casos não urgentes, nos quais acredito ser fundamental educar os pais sobre sintomas de alerta e orientá-los sobre quando buscar atendimento de emergência para seus filhos. Na UCIN, reconheci a importância de possuir habilidades e conhecimentos específicos para fornecer cuidados adequados. Isso inclui compreender a fisiologia das crianças prematuras, realizar intervenções para prevenir lesões na pele e controlar infecções, além de operar diversos equipamentos e administrar terapias de forma segura. Dada a fragilidade extrema e o estágio de desenvolvimento das crianças prematuras, é crucial criar um ambiente propício que favoreça o seu crescimento e desenvolvimento.

No SIP, tive a oportunidade de cuidar de crianças que necessitavam de ventilação não invasiva (VNI), o que é um pouco diferente da UCIN. Em muitos casos, essas crianças eram pré-escolares ou mais velhas. A VNI é uma técnica de ventilação mecânica na qual o ventilador se conecta à pessoa por uma máscara, visando reduzir o trabalho respiratório e manter ou restabelecer a homeostase do oxigênio e do dióxido de carbono (Rosario, 2011). Para facilitar a cooperação na aplicação da VNI e nos cuidados, foi necessário realizar sessões de ensino com os pais sobre as diferentes intervenções e monitorização. Envolvê-los nos cuidados tornou-se essencial, pois quando os pais estão envolvidos, as crianças tendem a cooperar melhor e se sentem mais confiantes.

Envolver os pais nos cuidados foi essencial, pois percebi que a sua participação não só facilitou a cooperação das crianças, especialmente pré-escolares e mais velhas, mas também promoveu um ambiente de confiança e colaboração mútua. Através dessa interação, aprendi que a capacitação é uma habilidade crucial para um EESIP, pois permite capacitar os familiares para entenderem e apoiarem o tratamento dos seus filhos. Também com isso perceber que a enfermagem envolve o estabelecimento de relações empáticas e educativas essenciais para o bem-estar da criança/família. Ao capacitar os pais na gestão dos cuidados de saúde dos seus filhos, contribuí para a promoção da saúde e o fortalecimento do cuidado contínuo, a qual observei muito em contextos do serviço de internamento Pediátrico SIP.

Em suma, acredito ter alcançado as competências necessárias para lidar com situações complexas e imprevisíveis, dado que essas experiências permitiram-me compreender que o EESIP deve ser capaz de as identificar corretamente, agir rapidamente e estar aberto a aprender novos métodos, como a triagem CPTAS.

Objetivo específico:

-Conhecer a dinâmica dos cuidados paliativos pediátricos e da utilização de técnicas dialíticas.

Atividades realizadas:

- ❖ Realizei leitura sobre os diferentes protocolos de cuidados de hemodiálise e cuidados paliativos pediátricos

- ❖ Observei o processo e o funcionamento dos cuidados paliativos pediátricos e da utilização de técnicas dialíticas, como é o caso da hemodiálise.

Reflexão crítica:

Tive a oportunidade desenvolver competências especializadas de enfermagem à criança e família que se encontravam a realizar Hemodiálise. Foi uma experiência enriquecedora, pois inicialmente a minha perceção era simples, mas ao observar e conhecer os cuidados prestados a crianças e as suas famílias durante este tipo de tratamento, percebi que são muito mais complexos do que imaginava, pois o SIP onde estagiei é um dos centros de referência regional em Portugal para crianças submetidas à hemodiálise.

De acordo com o Guia de Prática da O.E. "*Cuidados à Pessoa com Doença Crónica Terminal em Hemodiálise*" (2016), para um enfermeiro realizar tratamento de hemodiálise, é necessário completar uma formação inicial com duração mínima de três meses, totalizando pelo menos 420 horas. Essa formação deve ser supervisionada por um enfermeiro reconhecido pela organização como possuindo competências científicas e pedagógicas adequadas para esse fim. A hemodiálise é uma terapia de substituição renal que atua como um filtro, removendo impurezas do sangue e devolvendo-o limpo ao paciente. Este tratamento geralmente tem duração de 3 a 4 horas e utiliza três tipos de acessos vasculares: Fístula Arteriovenosa (FAV), Enxerto Arteriovenoso (EAV) e Cateter Venoso Central (CVC) (Guia de Prática da O.E., 2016). Durante as observações, notei que muitos pais estavam familiarizados com os procedimentos iniciais e finais, como a pesagem e a monitorização dos sinais vitais, pois a hemodiálise é realizada com frequência, muitas vezes mais de quatro vezes por semana. A relação entre enfermeiros, médicos e famílias era excepcional. Pude perceber a importância crucial de estabelecer uma relação eficaz com as famílias, educando os pais sobre os procedimentos e rotinas. Isso proporciona tranquilidade e confiança crianças e às famílias.

Ao longo do estágio, pude observar que antes do início do tratamento, o enfermeiro era responsável pelos preparativos da máquina de hemodiálise, pela confirmação da prescrição médica e pela preparação de todos os equipamentos necessários, como seringas, soros, pensos, medicação heparina e outros. Após a avaliação dos sinais vitais, o enfermeiro também era responsável por analisar o local de inserção do cateter para garantir que estivesse adequadamente posicionado para o tratamento, realizando uma limpeza estéril. Todos os procedimentos eram executados utilizando a técnica asséptica para evitar contaminação e possíveis complicações. Tive a oportunidade de realizar a

verificação do local de inserção do cateter, administrar medicação, trocar pensos e participar em outras atividades relacionadas. Durante o tratamento, a criança estava monitorada para detetar possíveis efeitos adversos. Após o tratamento e após a avaliação dos sinais vitais, uma refeição era sempre oferecida, e todos os procedimentos eram registados no SClínico.

Durante o período que estagiei na área da Hemodiálise, percebi que o cuidado da criança/família durante a hemodiálise envolve diversos aspetos. É uma mudança de vida significativa para a criança, que passa a depender completamente do tratamento. A família precisa se adaptar às necessidades da criança e estabelecer uma relação eficaz para que ela se sinta segura e cooperativa. Ao envolver os pais na prestação de cuidados, a criança torna-se mais cooperante e os tratamentos decorram de forma mais controlada. Tive também a oportunidade de estagiar nos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) e participar nos cuidados de reabilitação da criança durante o internamento, realizando exercícios para melhorar a eliminação de secreções devido a condições como pneumonia e outros.

Anteriormente, eu pensava que os cuidados paliativos pediátricos estavam principalmente associados a criança com cancro, com base na minha experiência anterior na licenciatura. Esse pensamento mudou após observar e participar nos cuidados prestados às crianças e famílias neste serviço. Os CPP envolvem situações limitadoras ou ameaçadoras de vida, como alguns diagnósticos como paralisia cerebral, síndrome de DiGeorge e encefalopatia epiléptica. O foco desses cuidados é promover a qualidade de vida da criança e da família, ajudando no controlo de sintomas e oferecendo suporte durante a morte e o luto. Durante os turnos de observação, percebi que a equipa de CPP trabalha em colaboração com diversos profissionais envolvidos no cuidado da criança e família, como médicos, fisioterapeutas, professores, representantes de igrejas e assistência social. Esse trabalho em equipa visa promover o bem-estar físico, mental, espiritual e psicológico da criança e da família. A equipa de enfermagem faz um acompanhamento individualmente à criança/família, de forma personalizada. Tive a oportunidade de observar e participar em sessões telefónicas e presenciais realizadas com as famílias (pais e crianças) para acompanhamento. Durante essas sessões, procurava-se identificar as necessidades imediatas da criança e da família, controlar sintomas, entregar cabazes alimentares para famílias necessitadas quando necessário, e identificar pontos de sofrimento atual, entre outras atividades.

Realizar turnos nos CPP permitiu-me perceber uma nova realidade dos cuidados paliativos. Adquirir esse conhecimento vai permitir, que no futuro, possa partilhar essa realidade com outros profissionais no meu país, contribuindo para a melhoria dos cuidados paliativos pediátricos. Além disso, compreendi que um enfermeiro especialista deve manter uma relação eficaz com toda a equipa, estar aberto a novos desafios e sempre promover o bem-estar da criança e da família, providenciando os melhores cuidados possíveis.

Objetivo específico:

-Desenvolver competências na gestão da dor a criança nos diferentes contextos.

Atividades realizadas:

- ❖ Apliquei escalas de avaliação da dor de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento;
- ❖ Apliquei técnicas não farmacológicas e farmacológica para gerir a dor;
- ❖ Realizei leitura sobre os diferentes métodos de gestão de dor (Estratégias farmacológicas e não farmacológicas);
- ❖ Realizei registo sobre os diferentes escalas de dor.

Reflexão crítica:

A dor pode ser definida como um mecanismo de defesa do corpo que ocorre sempre que qualquer tecido esteja lesado, provocando uma reação de retirada pelo indivíduo do fator causador da lesão.

A avaliação da dor faz parte das funções dos profissionais de saúde. O regulamento de competências do EESIP refere que o EE deve ser capaz de fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas. Isso implica o uso de medidas farmacológicas de combate à dor, bem como terapias não farmacológicas, para promover o bem-estar físico, espiritual e psicossocial da criança (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Durante o estágio nos diferentes contextos, pude identificar dois tipos de dor distintos: a dor aguda e a dor crónica/persistente. A dor crónica não é simplesmente a continuação da dor aguda, mas resulta de estímulos nociceptivos repetidos que causam diversas alterações no sistema nervoso central (Costa, Lima, Ferrari, 2012). Enquanto a dor aguda

é um sintoma de curta duração que pode ser controlado, a dor crônica, ao contrário, persiste para além do período de cicatrização da lesão inicial, sendo vista não apenas como um sintoma, mas como uma condição clínica complexa (DGS, 2017). A gestão da dor torna-se ainda mais complexa quando aplicada à pediatria, pois vários fatores de diferentes naturezas são influenciados, como os fatores desenvolvimentais (faixa etária), familiares (fatores educacionais) e contextuais (eventual separação).

Tive a oportunidade de utilizar diferentes escalas de dor. Para saber como utilizar devidamente as diferentes escalas, foi necessário realizar leitura e observação. No SUP, a escala mais utilizada foi a Escala Numérica e a Escala de Faces de Wong-Baker. Tanto na triagem quanto na área de curta duração (OBS), estas escalas são usadas a partir dos 6 anos. Utilizando a Escala Numérica, a criança avalia a sua dor situando-a entre 0 (sem dor) e 10 (dor intensa), sendo que a intervenção medicamentosa é indicada para valores a partir de 3. Na Escala de Faces, que apresenta cinco faces, a criança escolhe a face que melhor representa a sua dor. Para obter uma avaliação mais precisa da dor, foi necessário explicar repetidamente às crianças o significado de cada face na escala, pois muitas vezes optavam por uma face mais sorridente. Durante o estágio, também tive a oportunidade de utilizar a escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) com crianças menores de 4 anos que não tinham capacidade de expressar verbalmente a dor que sentiam.. Para crianças sem capacidade de expressão verbal, foi utilizada a escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). (DGS, 2010).

Durante o meu estágio no SUP, na área da triagem, pude avaliar a dor, uma competência crucial nesse contexto. Esse processo exigiu uma avaliação rápida e eficaz. Observou-se que as medidas mais frequentemente utilizadas no SUP para aliviar a dor foram as farmacológicas, como ibuprofeno e paracetamol, administrados por via oral ou intravenosa. Medidas não farmacológicas, como o toque físico e a distração, foram utilizadas com menos frequência. Adotei uma postura de incentivo à utilização de ambas as abordagens, reconhecendo que as medidas não farmacológicas são importantes recursos para o alívio da dor leve e podem ser utilizadas em qualquer contexto, isoladamente ou em conjunto com intervenções farmacológicas. Essas abordagens são especialmente relevantes para situações potencialmente dolorosas, conforme refere o Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros, 2013; DGS, 2010). Na pediatria, a gestão da dor é particularmente sensível, exigindo uma combinação de estratégias adaptadas à idade e ao desenvolvimento da criança para garantir um cuidado integral e humanizado.

Podemos definir as medidas não farmacológicas como intervenções que não envolvem o uso de fármacos, mas que aliviam a dor por diversos meios, tais como: Comportamentais: Incluem técnicas como o relaxamento, que ajudam a reduzir a tensão e a ansiedade associadas à dor; Cognitivas: Envolvem a informação prévia, ajudando a preparar o paciente para o que vai acontecer, o que pode diminuir a percepção de dor; Cognitivo-comportamentais: utilizam estratégias de associação, focando na cognição e no comportamento para modificar a percepção da dor e melhorar a capacidade de enfrentá-la. Exemplos incluem distração e imaginação guiada; Físicas ou periféricas: Visam diminuir a intensidade do estímulo doloroso, reduzir a reação inflamatória e a tensão muscular. Exemplos incluem a aplicação de calor superficial seco ou húmido, frio, toque/massagem superficial, posicionamento adequado e Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS); Suporte emocional: Implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto e segurança ao paciente; Ambientais: Envolvem a melhoria das condições ambientais, como a adequação da luz, ruído, temperatura e decoração, para criar um ambiente mais tranquilo e confortável. Estas intervenções são destacadas no Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros (2013) como métodos eficazes para o alívio da dor da criança em diferentes situações, podendo ser utilizadas isoladamente ou em conjunto com intervenções farmacológicas. Durante o estágio SIP, que envolvia o cuidado de enfermagem à criança/família de diferentes faixas etárias, desde recém-nascidos até aos 18 anos, também foram utilizadas essas escalas para avaliação da dor. Isso permitiu uma abordagem abrangente e adaptada às necessidades específicas de cada criança, proporcionando um cuidado mais personalizado.

É essencial que o EESIP tenha conhecimento sobre as intervenções necessárias para aliviar a dor, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas. Para aplicar melhor essas intervenções, passei por um estágio inicial de observação e estudo do guia de Boas Práticas, bem como dos diferentes protocolos de atuação dos serviços. Durante esse período, apliquei diversas estratégias não farmacológicas para gestão da dor, como o reforço positivo. Esta estratégia, foi amplamente utilizada durante o meu estágio no SIP, por exemplo, oferecendo prémios como autocolantes às crianças, elogiando o seu comportamento, utilizando bonecos, papel e cores para explicar intervenções, entre outros objetos educativos.

Pude constatar que na UCIN, eram utilizadas Escalas de Avaliação diferentes, que avaliam dimensões comportamentais do RN e mudanças fisiológicas, como coloração da pele, sinais vitais e choro com hiperextensão. Na UCIN a identificação da dor só é possível

por uma comunicação eficaz e clara entre o enfermeiro e a criança/família, permitindo a interpretação e a construção de um diagnóstico. Além disso, tive a oportunidade de utilizar métodos não farmacológicos como nutrição não nutritiva (uso de chupeta), utilização de sacarose e o colo com contenção. Ao contrário de outros serviços, a UCIN enfrenta uma complexidade maior na avaliação da dor. No serviço, são adotadas escalas específicas como a EDIN (Echelle Douleur Inconfort Nouveau-Né) para recém-nascidos não ventilados, utilizando diferentes indicadores. Para crianças ventiladas, a escala N-PASS (Neonatal Pain Agitation & Sedation Scale) estava disponível, porém não era amplamente utilizada devido ao nível de conhecimento variável na equipa. No entanto, a equipa tinha planos de melhorar a sua implementação após uma formação específica sobre manejo da dor em recém-nascidos.

Durante o estágio nos diferentes contextos, observei que sempre que possível aplicamos medidas farmacológicas e não farmacológicas antes de realizar um procedimento ou avançar com ele. Por exemplo, antes da colocação de um cateter venoso periférico no SIP, utilizávamos o creme EMLA (lidocaína + prilocaína) como anestésico tópico. Uma das responsabilidades era preparar a criança para o procedimento, envolvendo negociação e orientação aos pais, para então aplicar as medidas necessárias.

Em resumo, considero que alcançar competência na gestão e controlo da dor na criança/família em diferentes contextos vai além do conhecimento das causas. Para o EESIP, é crucial não apenas entender as origens da dor, mas também ter a habilidade de agir de forma rápida e eficaz na sua gestão. Isso envolve o uso tanto de medidas farmacológicas quanto não farmacológicas para proporcionar alívio adequado e conforto às crianças e famílias.

Competências:

- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP;
- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EESIP;
- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Objetivo específico:

-Desenvolver competências no processo de assistências de enfermagem na criança/família com doença aguda e crónica.

Atividade realizada:

- ❖ Realizei leitura de pesquisas biográficas e de unidades curriculares sobre os casos mais comuns em pediatria de doença aguda e crónicas, como também sobre os cuidados de uma criança hospitalizada;
- ❖ Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/ família com doença aguda e crónica;
- ❖ Ajudei os pais no esclarecimento de dúvidas e esclarecimento.

Reflexão crítica:

Desenvolver o conhecimento sobre intervenções em doenças agudas ou crónicas é um dever essencial do enfermeiro. Conforme o regulamento, é da responsabilidade do EESIP demonstrar conhecimento em doenças raras e responder com práticas de enfermagem adequadas. Isso inclui a busca por evidências científicas para fundamentar as intervenções e encaminhar crianças com doenças raras para o suporte especializado necessário.

Além disso, uma competência essencial do EESIP é diagnosticar as necessidades especiais e incapacidades em crianças e jovens, adotando estratégias de enfrentamento e adaptação adequadas. Isso pode envolver encaminhamentos para instituições de suporte e cuidados especializados conforme necessário, de acordo com o Regulamento da O.E n°422/2018. É fundamental também adaptar o suporte familiar e comunitário, garantindo que tanto a criança quanto a sua família receba o apoio necessário durante todo o processo de enfrentamento da doença crónica ou condição de incapacidade. Sem dúvida, enfrentei desafios significativos durante o meu estágio, mas também obtive um aumento substancial de conhecimento sobre novas patologias crónicas e agudas de diversas etiologias em Portugal. Nos diferentes contextos, como no SUP, na UCIN e no SIP, foi necessário realizar pesquisas bibliográficas sobre diversas condições como a doença de Crohn, celulite periorbital, fibrose cística, além dos tratamentos associados.

Em contraste, uma doença aguda, que é caracterizada por uma duração curta e uma rápida resolução. Essa experiência não apenas expandiu o meu conhecimento clínico, mas também me proporcionou habilidades essenciais na pesquisa, compreensão de condições complexas num ambiente de cuidados pediátricos especializados.

Durante o estágio, pude constatar que os enfermeiros são responsáveis pelas primeiras intervenções após o diagnóstico de uma doença aguda ou crônica, como no SUP, onde muitas vezes as primeiras intervenções são realizadas logo após a consulta médica. A situação do diagnóstico inicial é sempre um desafio que requer adaptação por parte da família, seja diante de uma condição aguda ou crônica. Nesta situação, a minha abordagem foi sempre ouvir as famílias, dar espaço para suas dúvidas e preocupações. Isso foi particularmente aplicado na UCIN, onde muitos pais enfrentavam dificuldades em lidar com a realidade de ter um filho prematuro. Nessas situações, o meu papel foi de observar atentamente, escutar as preocupações dos pais e capacitar a família fornecendo informações detalhadas sobre a condição da criança. Essa abordagem não apenas ajudou a fortalecer o suporte emocional às famílias, mas também a melhorar a compreensão e a gestão dos cuidados da criança prematura ou com outras condições de saúde complexas.

Para compreender melhor o impacto da doença aguda ou crônica no SIP, foi essencial realizar pesquisas iniciais sobre o processo de hospitalização de crianças e as suas famílias. Isso permitiu entender como maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento durante a experiência hospitalar. Além disso, foram observados diversos casos de diagnósticos crônicos, como diabete, sendo identificados pela primeira vez. Um dos papéis fundamentais do EESIP durante o internamento foi educar os pais sobre as intervenções necessárias para o tratamento da criança, bem como elaborar um plano de tratamento e ensino adequado. No caso de crianças mais jovens, foi essencial ensinar aos pais sobre novos hábitos e intervenções, como no diagnóstico de Diabete, onde ensinei sobre o uso de máquinas, contagem de carboidratos e realização de testes de glicemia. No caso dos adolescentes, foi um momento inicial para instruí-los sobre a importância da higiene das mãos ao realizar testes e como usar a máquina para administração de insulina. Inicialmente foram tempo de ensinamentos aos pais e, posteriormente, de observação da implementação desses ensinamentos pelos pais e pela criança. Essa abordagem não apenas ajudou a promover a autonomia da criança, mas também fortaleceu o suporte educativo aos pais para poderem apoiar adequadamente o seu filho durante o tratamento e na gestão de condições crônicas.

O contacto com doenças crónicas e agudas foi um processo contínuo de aprendizagem ao longo do estágio, onde pude perceber a importância do EESIP no apoio e gestão de crianças/jovens e as suas famílias durante o processo da doença. Durante esse período, compreendi que o papel do EESIP vai além do cuidado direto, envolve também o suporte emocional, educativo e prático para as famílias. Isso inclui fornecer informações claras sobre o diagnóstico e tratamento, ensinar habilidades de autocuidado às crianças/jovens conforme apropriado para sua idade e desenvolvimento, e estar disponível para responder às dúvidas e preocupações das famílias. Além disso, a gestão da doença crónica ou aguda requer uma abordagem holística que considere não apenas os aspetos físicos, mas também os emocionais e sociais da criança e família. Essa experiência foi fundamental para minha formação, proporcionando uma compreensão mais profunda das necessidades complexas envolvidas no cuidado pediátrico especializado.

Objetivo específico:

-Promover a Parceria de cuidados

Atividades realizadas:

- ❖ Estabeleci uma relação terapêutica com os pais das crianças internadas.
- ❖ Negocieei com os pais os cuidados a prestar à criança
- ❖ Incentivei que os pais participassem nos cuidados aos seus filhos
- ❖ Apoiei os pais nos cuidados à criança.

Reflexão crítica:

Durante o estágio nos diferentes contextos como o SUP, a UCIN e o SIP, a parceria de cuidados foi uma questão de preocupação constante para os enfermeiros e uma prática observada. O EE deve implementar e gerir essa parceria, trabalhando em colaboração para promover a parentalidade (Regulamento, Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para poder desenvolver competência nessa área, foi necessário familiarizar-me com o modelo de parceria de cuidados. Pude entender que essa abordagem é um processo dinâmico que exige a participação ativa e o acordo de todos os parceiros na busca por objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012).

Um dos primeiros modelos de parceria de cuidados foi desenvolvido por Anne Casey em 1988, enfatizando cinco conceitos essenciais: a criança, a saúde como estado ótimo de bem-estar físico e mental para alcançar o máximo potencial, a família como principal responsável pelos cuidados e influenciador do crescimento da criança, o ambiente como fator determinante no desenvolvimento infantil, e o papel do Enfermeiro Pediátrico com responsabilidades cruciais na promoção eficaz do cuidado de saúde (Farrell, 1992).

A hospitalização de um filho exige uma alteração de alguns hábitos por parte dos pais, sendo também um período de transição na parentalidade. Estabelecer uma parceria de cuidados entre enfermeiros e pais permite alcançar bons resultados durante a prestação de cuidados à criança (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, P., 2023). O modelo de parceria de cuidados demonstra uma prática baseada numa parceria negociada, procurando respeitar os desejos da família e negociar os cuidados, além de: *“confiar nos pais e promover a confiança deles nos profissionais de saúde, fornecer suporte e orientação, acolhê-los na unidade de cuidados com urbanidade, otimizar os recursos físicos existentes para lhes proporcionar o maior conforto e descanso possíveis, estar atento às suas necessidades (existência de outros filhos, necessidade de manutenção das tarefas domésticas e o emprego, bem como a distância de casa ao hospital)”* (Sousa, Paiva, Pereira, Parente, & Sousa, P., 2023). A parceria de cuidados potencializa a segurança e proteção da criança, colocando os pais como mediadores do processo, sendo eles elo entre a criança e os enfermeiros (Mendes, 2016).

No SIP, uma das áreas em que pude participar e observar a parceria de cuidados foi na sala de procedimento, onde durante os procedimentos era solicitada a participação dos pais para facilitar a cooperação da criança. Os pais frequentemente possuem conhecimento e estratégias para lidar com os seus filhos e negociar com eles. Além disso, tive a oportunidade de estabelecer uma relação de colaboração mútua com os pais. A negociação deve estar presente no momento em que se inicia o processo dinâmico de envolver os pais nos cuidados, de forma a permitir antecipar reações e avaliar capacidades (Mendes, 2016). Em várias ocasiões, negocieei com os pais sobre o horário preferido para os cuidados, respeitando os seus desejos. Quando a criança tinha capacidade para decidir, ela também era envolvida nas decisões relacionadas ao seu próprio cuidado, como a realização de pensos. Essa abordagem de negociação não apenas fortaleceu a confiança entre a equipa de saúde e os pais, mas também promoveu um ambiente de cuidado eficaz e de parceria centrada na criança, onde as necessidades e preferências individuais eram respeitadas na prestação de cuidados.

Na UCIN, também entendi a importância do modelo de parceria de cuidados que se apoia na capacitação dos pais para cuidar dos seus filhos durante a hospitalização. Tive a oportunidade de envolver os pais na execução de cuidados, como ensiná-los sobre o banho, posicionamento para dormir, alimentação oral e por sonda. Após o ensinamento, supervisionei os pais em todos esses cuidados para que se sentissem confiantes em realizá-los em casa na ausência do enfermeiro, proporcionando assim resposta às necessidades dos seus filhos. Durante o estágio, observei o encorajamento dos enfermeiros para que os pais estivessem presentes 24 horas nos cuidados dos seus filhos, em vez de apenas durante o horário de visitas. Aproveitei todas as oportunidades possíveis para reforçar aos pais os benefícios da sua presença contínua durante o internamento dos seus filhos. Essa abordagem não apenas fortaleceu o vínculo entre os pais e a equipa de saúde, mas também empoderou os pais ao capacitá-los com habilidades práticas e conhecimento necessários para cuidar dos seus filhos de forma eficaz, promovendo um ambiente de cuidado colaborativo e centrado na família na UCIN.

No SIP, tive a oportunidade de realizar ensinamentos, capacitando os pais em várias áreas, especialmente quando se tratava de crianças com doenças crónicas. Durante o estágio, capacitei os pais em como alimentar os seus filhos por sonda, ensinei sobre a administração de medicação, e expliquei o uso de equipamentos como a máquina de glicemia. Ensinei aos pais como controlar e calcular os níveis de glicose e como fazer o cálculo de carboidratos. O objetivo desses ensinamentos foi capacitar os pais ao longo do internamento para que adquirissem habilidades essenciais no cuidado com a criança, permitindo-lhes responder eficazmente às necessidades de saúde dos seus filhos.

Em resumo, considero ter aprendido sobre o modelo de Anne Casey e observar a sua implementação em vários contextos de estágio. Percebi a importância da parceria de cuidados ao reconhecer os pais não apenas como espetadores, mas como colaboradores ativos nos cuidados de saúde dos seus filhos. Isso inclui capacitar os pais em habilidades práticas, promovendo um ambiente de cuidado centrado na família e no bem-estar da criança. Tanto os pais quanto os enfermeiros compartilham o objetivo comum de proporcionar os melhores cuidados à criança, e essa parceria permite realizar os cuidados de forma mais eficaz e segura. Considero que alcancei o meu objetivo de promover a parceria de cuidados nos diferentes contextos.

Objetivo específico:

-Promover apoio ao desempenho da parentalidade.

Atividades realizadas:

- ❖ Promovi a parentalidade, como também apoiei os pais durante essa fase, dando ouvindo as suas dúvidas;
- ❖ Esclareci os pais nas suas dúvidas para melhor cuidado aos filhos.

Reflexão crítica:

A parentalidade é uma etapa esperada na vida familiar, isso envolve assumir responsabilidades específicas e cuidar das necessidades dos filhos, conforme definido por Amaral (2023). De acordo com Mendes & Martins (2012), o internamento de uma criança não se limita à criança, mas também à família, pois, quando a criança é internada, também é submetida a um processo de "*hospitalização*". Nesse contexto, o beneficiário dos cuidados é considerado o binómio criança/família. Isso reflete a importância de incluir a família não apenas como espetadora, mas como participante ativa no processo de cuidado e recuperação da criança hospitalizada. A família é crucial no apoio emocional, na advocacia pelos interesses da criança e na colaboração com a equipa de saúde para garantir o bem-estar integral da criança durante o internamento hospitalar. Reconhecer o papel crucial dos pais, valorizar os seus conhecimentos e considerá-los parceiros implica que os enfermeiros devem mobilizar habilidades, conhecimentos e comportamentos adequados para identificar e influenciar atitudes, capacidades e aprendizados parentais. Isso contribui para promover uma parentalidade positiva e eficaz (O Guia Orientador de Boa Prática da O.E. 2015). Esse apoio requer um contacto positivo com os pais, aumentando a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo a interação com a criança. Essas ações são essenciais para ajudar os pais a enfrentar esse período desafiador com mais confiança. O facto de torna-se pai e mãe é um desafio de vida adulta, fase de aquisição de novas responsabilidade e mudança que envolve adaptação.

A parentalidade é composta de diferentes etapas: como primeira etapa nos temos o compromisso a qual engloba o período da gravidez até ao nascimento do filho, a qual os pais se prepara a mudança sociais e psicológicas; na segunda etapa nos temos a vinculação que se inicie imediatamente após o parto, que inclui a aprendizagem e o desempenho do

papel da mãe e pai; a terceira etapa que é a fase da aquisição de competências parentais, para poder ganhar confiança na prestação de cuidados ao seu filho; e por último a etapa da satisfação parental, sendo a fase de conquista de uma identidade materna (Mercer, 2004; Tralhão, et al., 2020).

Para melhor compreender a parentalidade, foi essencial revisitar a teoria das transições de Afaf Meleis. Essa teoria foca nas mudanças de vida como processos de transição, e através dela pude perceber que a parentalidade é uma transição de natureza desenvolvimental sendo uma fase de mudança. Ela desenvolve-se ao longo do ciclo de vida, envolvendo a aprendizagem de novos papéis, habilidades e relacionamentos que permitem atender às necessidades associadas a esses papéis. Essa transição ocorre num tempo variável e implica a movimentação de um estado para outro conforme os pais adaptam-se e crescem com os seus filhos (Meleis, 2010), uma das competências específicas é avaliar o processo e o desenvolvimento da parentalidade (Regulamento, 2018). Além disso, é dever do EE promover a parentalidade e auxiliar os pais na adaptação aos novos papéis, colaborando com a família por apoio, aconselhamento e capacitação (O.E., 2015).

Durante o estágio, tive a oportunidade de apoiar a parentalidade, oferecendo suporte e facilitando a transição. Isso envolveu fornecer o suporte necessário para que compreendessem melhor os seus filhos, utilizando conhecimentos adquiridos por meio de leituras e pesquisas bibliográficas, e também nas aulas de Psicologia do Desenvolvimento como o modelo Touchpoints de Brazelton, que pude aplicar em diferentes situações.

O modelo dos "*Touchpoints*" (TP), criado por Berry Brazelton, aborda os períodos de desenvolvimento durante o primeiro ano de vida da criança, nos quais ocorrem ruturas no sistema familiar devido aos surtos de desenvolvimento (Ana Silva, 2022). Este modelo foca não apenas na criança, mas também na família, visando potencializar as competências parentais para fortalecer a relação pais/filhos. Além disso, promove a interação entre os pais e os profissionais de saúde, criando um ambiente de colaboração e apoio mútuo (Ana Silva, 2022).

No contexto do SUP e do SIP, tive a oportunidade de educar os pais sobre as capacidades dos RN. Por exemplo, na área de observação do SUP, deparei-me com situações em que alguns pais enfrentavam desafios na compreensão do comportamento dos seus filhos. Com o conhecimento adquirido durante os diferentes contextos de estágio, tive a

oportunidade, em alguns turnos, com a tutora, de explicar aos pais sobre o comportamento do RN, conforme o seu estado de desenvolvimento, bem como esclarecer dúvidas sobre gemidos e movimentos que muitas vezes podem ser influenciados pelo ambiente ao redor. Em um dos casos, durante os turnos no SIP, participei com a minha enfermeira tutora no atendimento de uma mãe que estava preocupada com o desconforto do seu filho. Juntas, explicamos alguns sinais de desconforto do RN, que, neste caso, eram causados por cólicas, e ensinamos à mãe a técnica de massagem para aliviar a dor. Além disso, durante os turnos, tive a oportunidade de reforçar ensinamentos sobre uma alimentação saudável para o desenvolvimento da criança ou para novos diagnósticos, como diabete. Observei que muitas vezes as crianças eram expostas excessivamente aos ecrãs e, por isso, encorajei atividades práticas, como livros coloridos e quebra-cabeças, benéficos para o desenvolvimento intelectual da criança.

Com isso, percebi a importância de que o EESIP deve não apenas estabelecer uma relação com a criança como enfermeira, mas também orientar os pais durante essa fase de transição, preparando-os para momentos de crise e destacando que esses momentos são oportunidades de aprendizagem.

Na UCIN, apesar do ambiente complexo onde os cuidados são intensivos e altamente tecnológicos, tive a oportunidade de apoiar e promover a parentalidade. O ambiente é caracterizado pela presença de equipamentos como ventiladores, CPAP e máquinas de monitorização de sinais vitais, criando um ambiente mecanizado que pode gerar insegurança nos pais, tornando-os muitas vezes se sentirem incapazes de cuidar dos seus próprios filhos. Como enfermeira na UCIN, com a orientação da minha tutora, o nosso papel foi sempre promover ativamente o papel parental. Isso envolveu estabelecer uma relação de confiança entre os pais e a equipa de enfermagem, educando-os sobre a saúde dos seus filhos. O nosso objetivo principal era transmitir informações, capacitar e tranquilizar os pais para que se sentissem confiantes em atender às necessidades dos seus filhos. Isso incluiu orientá-los sobre questões como alimentação, benefícios do sono e posicionamento adequado durante os cuidados com os seus filhos na UCIN.

Durante o estágio, promovi a vinculação entre mãe, pai e filho, uma responsabilidade do EESIP conforme descrito na Orientação Específica (O.E., 2015). A vinculação é essencial, representando uma ligação emocional entre o recém-nascido e os seus pais ou cuidadores, formando a base para todas as relações futuras ao longo da vida, especialmente em contextos de internamento hospitalar (Querido, Lourenço & colaboradores, 2021). Uma

estratégia que observei no serviço foi a utilização do projeto "Corações do Apego", já implementado na UCIN para promover a vinculação entre pais e filho. Este projeto visa principal facilitar a vinculação, reduzir a separação, proporcionar conforto e promover o desenvolvimento infantil, incluindo o desenvolvimento do olfato. Os Corações do Apego são feitos de tecido de algodão e destinam-se aos pais de bebês internados na UCIN. Eles são colocados próximos ao bebê ou à pele da mãe para absorverem o aroma, e cada mãe e bebê recebem um par desses "Pedacos de amor", alternando regularmente entre eles.

Durante o estágio na UCIN, incentivei o uso dos Corações do Apego, um método que facilita o reconhecimento do cheiro entre mãe e bebê. Expliquei aos pais como utilizar esses corações, recomendando que eles os mantivessem em contacto com a sua pele por cerca de 6-8 horas antes de colocá-los junto ao bebê por 12 a 24 horas. Destaquei os benefícios desse método, como alívio da dor, redução da ansiedade e stresse dos pais, melhoria na alimentação e ganho de peso do bebê. Também mencionei que os corações poderiam ser usados durante a extração de leite materno, colocando-os sob a pele da mãe para estimular a produção de leite. Além disso, participei de outro projeto na UCIN, o "Livro de Internamento do RN", onde os pais podiam registrar todas as atividades do bebê. Na ausência dos pais, nós, enfermeiros, também registamos as atividades realizadas, como o primeiro banho completo e a remoção do ventilador, garantindo que os pais não perdessem nenhuma informação importante.

Com as diversas atividades e objetivos traçados, aprendi sobre a importância do papel do EESIP na promoção da parentalidade, auxiliando os pais durante essa transição para adquirir novas competências. Compreendi que é essencial estabelecer uma relação positiva com a família, baseada numa boa comunicação. Em resumo, considero ter contribuído para apoiar o desenvolvimento da parentalidade nos diferentes contextos de estágio.

Objetivo específico:

-Promover a amamentação

Atividades realizadas:

- ❖ Incentivei os pais a amamentarem o seu filho;
- ❖ Expliquei a forma de extração e conservação do leite materno;

- ❖ Esclareci os pais nas suas dúvidas sobre amamentação;
- ❖ Realizei reforço positivo para continuarem a amamentar.

Reflexão crítica:

Relativamente à promoção da amamentação, tive a oportunidade de incentivar essa prática em todos os contextos, tanto no SUP, SIP, quanto na UCIN. Na UCIN, embora nem sempre fosse possível a amamentação direta devido à condição do recém-nascido, sempre incentivei o aleitamento materno durante o estágio com a tutora. Esse serviço dispunha de recursos adequados para facilitar a extração de leite pelas mães, como bombas mecânicas. Expliquei as mães que podiam trazer leite de casa e eram orientadas sobre como conservá-lo adequadamente no frigorífico, garantindo a correta identificação dos biberões. Durante os turnos, percebi que nem sempre as mães conseguiam produzir abundantemente leite, mas eu as incentivava a continuar oferecendo apoio positivo para que não desistissem. Essa quantidade de leite era utilizada para higiene oral ou como método de acalmar a criança durante alguns procedimentos, como a sucção nutritiva.

Ao longo das atividades realizadas e ao incentivar as mães sobre a importância da amamentação, compreendi que, como enfermeira, desempenhamos um papel crucial em apoiar as mães durante essa fase de transição. A nossa função inclui não apenas incentivar a amamentação sempre que possível, mas também educar sobre os inúmeros benefícios que ela proporciona à criança. Observando a resposta positiva das mães e o impacto direto na saúde dos recém-nascidos, como o ganho de peso percebi a importância da amamentação.

Em resumo, posso dizer que contribuí de forma significativa para a promoção da amamentação nos diferentes contextos de estágio, reforçando a importância dessa prática essencial e ajudando a criar um ambiente de apoio e confiança para as mães.

5. Conclusão

A prática segura de prestação de cuidados na criança é um fator de suma importância, exigindo vasto conhecimento e competências específicas. O período de estágio representou uma etapa essencial no desenvolvimento das minhas competências como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo de 840 horas de trabalho em diferentes contextos assistenciais, como o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Neonatologia e Internamento Pediátrico, pude aplicar conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades práticas essenciais para o cuidado de saúde infantil.

A experiência prática permitiu-me trabalhar em parceria com a criança e a família, promovendo a saúde e prevenindo doenças. Enfrentei situações novas e desafiadoras, o que exigiu a aplicação de conhecimentos adquiridos e a capacidade de resolução de problemas em contextos multidisciplinares. Este processo foi fundamental para a integração de conhecimentos e a tomada de decisões fundamentadas, sempre considerando as responsabilidades éticas e sociais envolvidas.

Durante o estágio, destaquei a importância da segurança no cuidado à criança, especialmente no que diz respeito à adesão às normas de controle e prevenção de infecções. A revisão de literatura que realizei sobre este tema aprofundou o meu entendimento e reforçou a importância de práticas seguras no ambiente hospitalar. Durante este estágio, compreendi que as competências de um Enfermeiro Especialista diferem das de um enfermeiro generalista. Como Enfermeiro Especialista, não apenas focamos nos cuidados clínicos, mas também em estabelecer relações com as famílias, observando as suas necessidades e promovendo uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros.

Os objetivos delineados para o estágio foram cumpridos com sucesso. Descrevi os diferentes contextos de estágio, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, tanto comuns ao enfermeiro especialista quanto específicas ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A reflexão sobre o percurso efetuado, tanto pessoalmente quanto profissional, foi uma parte integral deste processo, permitindo-me identificar áreas de melhoria e consolidar as minhas competências.

A estrutura organizada deste relatório, dividida em introdução, descrição dos contextos de estágio, competências desenvolvidas e reflexão, facilitou a apresentação clara, das

atividades e aprendizagens realizadas. Este trabalho não apenas serviu como instrumento de avaliação do estágio, mas também como uma ferramenta de autoavaliação e desenvolvimento contínuo.

Estou certo de que os estágios realizados enriqueceram-me profundamente, permitindo-me desenvolver uma nova perspectiva e um pensamento crítico sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Este conhecimento será certamente aplicado ao longo da minha carreira profissional e contribuirá para o meu desenvolvimento pessoal. Em conclusão, este relatório reflete a minha jornada de crescimento e aprendizado, evidenciando a importância da atualização constante e do desenvolvimento contínuo de competências para a prática segura e eficaz na enfermagem pediátrica. Estou confiante de que as experiências e conhecimentos adquiridos durante este período servirão como alicerces sólidos para minha atuação futura, permitindo-me oferecer cuidados de alta qualidade e estabelecer conexões significativas com os meus pacientes e as suas famílias.

6. Referencias Bibliográficas

- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Developing preceptors' skills: Experts' view. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Amestoy, S. C., Cestari, M. E., Thofehrn, M. B., & Milbrath, V. M. (2009). Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 673-678.
- Azevedo, A. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. *Entidade Reguladora da Saúde*. https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao_-de_esclarecimento_pbci.pdf
- Coelho, M. T. V. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros. *Tese de doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto*. https://drive.google.com/file/d/1xPEs-Nod9nHzSky5UQ5p8jt_ogLwcFR_/view
- Coelho, A. S. A., & Pedro, A. D. (2022). Estratégias que suportam a integração de enfermeiros em UCI: Revisão Sistemática de Evidência de Significado. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(2), 296. [https://doi.org/10.24902/R.RIASE.2021.7\(2\).494.296-319](https://doi.org/10.24902/R.RIASE.2021.7(2).494.296-319)
- Cristina, P., Mesquita De Sousa, M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4–17. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2023.11580>
- Da Costa, E. B., Lima, S. S., & Ferrari, R. (2016). Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(1), 1-10. <https://drive.google.com/file/d/1OmKbqTQsIKQTAROEtrugHUEPC1164uC3/view>

- De Sá Mororó, D. D., Enders, B. C., De Carvalho Lira, A. L. B., Da Silva, C. M. B., & De Menezes, R. M. P. (2017). Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Do, M., Figueiredo, C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 102–107. https://drive.google.com/file/d/1Xa2D9YJqw_rB_7FA5REJE-7BvQLf2yoC/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook
- Do Rosário, C. L. C. (2021). Intervenções de Enfermagem à Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência. *Universidade de Évora*. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5466>
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1, No 4, pp. 175-176.
- Ferreira, A. B. D.S. (2022). Modelo desenvolvimental e relacional touchpoints: caracterização e conhecimentos dos participantes do curso intensivo em touchpoints em Portugal. *Universidade Católica Faculdade de Educação e Psicologia Porto*. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/40790/1/203223896.pdf>
- Freitas, M. da Graça. G. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Serviço Nacional de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Figueiredo, A. R. de C. (2012). Estratégias de comunicação clínica com crianças autistas. *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto FMUP*. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/61034>
- Gomes, A. R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria uma Opção: Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. *Cuid'arte*, 12(21), 7–11. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/40814>
- Jesus Rocha, M. do C., Sousa, P., & Martins, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigación en Enfermería*:

Lopes, M. Q. L. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9376>

Mano, J. M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Artigo*. Retirado de
<https://drive.google.com/file/d/1C3EI9Lk89u3IdvY4lO8SqyIKPWUbsLmC/view>

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
<https://drive.google.com/file/d/1KnW13J5z-rA291UKgSP2wyuqSoYY2gWI/view?pli=1>

Mendes, M. G. (2017). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. *Disenos de la moderna investigacion universitaria*, 531–542. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/50685>

Mercer, R.T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649-651.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar: Revisão integrativa. *Revisão Integrativa*.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE: Série 1, N.º6*, 1–43.
https://drive.google.com/file/d/1nxe1SXz2orz3xhvje_2VjHYQoD3Xs9th/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook

Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE: Série 1, N.º8*, 1–43.
https://drive.google.com/file/d/1wTHm4FEzPpIqzA6NfKg_XIJYPwTGE3M_/view

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Parecer. *A gestão dos cuidados de enfermagem no seio da reforma dos cuidados de saúde primários*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_GestaoCuidadosEnfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise: Guia orientador de boa prática. *Ordem dos Enfermeiros (OE)*, 1(9), 1–99. https://drive.google.com/file/d/11SFLY6bmZs4OWYOfCZ9As8cHdJtoTlex/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Tempo mínimo de integração para enfermeiros em Centro de Saúde. *Ordem dos Enfermeiros Conselho de Enfermagem*. <https://drive.google.com/file/d/1bPrbc0Ua56XxN0BTyecU6uiwhb395Nsq/view>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE: Série 1, N.º6*, 1–43. https://drive.google.com/file/d/1nxe1SXz2orz3xhvje_2VjHYQoD3Xs9th/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook
- Palazzi, D. L., Martin Lorin, Me. I., Turner, T. L., Mark Ward, Me. A., & Cabrera, A. G. (2015). Communicating with Pediatric Patients and their Families: The Texas Children's Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals. *Texas Children's Hospital*, Obtido de www.bcm.edu/pediatrics/patient-communication-guide
- Portugal, G. S. R. M. C., & Pereira, D. S. F. M. M. (2012). *Referência-Revista de Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de*. III (6), 113–121. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – scoping review. *Enfermeria Global*, 21, 625–637. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.479291>

Resíduos hospitalares. (2006). *Direção geral da saúde- Divisão de saúde ambiental*, 1-139. https://drive.google.com/file/d/1LoPEyQYaIjoy_q6k4WqXcYhS8UnVeiDV/view

Rego, A., & Coelho, P. (2016). *Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade*, 59(5-6), 74. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23469/17468>

Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata. *Instituto Politécnico de Portalegre*.

<https://drive.google.com/file/d/1AiFRMzTaUWr6jhW4WINNfFMtnF1WX8/view>

Rita, P., & Alves, D. B. (2023). Relatório de estágio: desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à criança e família. *Universidade Católica Instituto de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem*.

<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/41580>

Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S. P., Carvalho, A. M., & Teixeira, Â. (2022). Manual de Saúde Infantil e Juvenil Elaborado e Revisto por. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Santos, C. C. V. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEN*.

<https://drive.google.com/file/d/1FXD1wZDM3iz4R2Tvr0yE6ToAih5DsEoh/view>

Sousa, P. C. M. de, Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4-17.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Tinoco, R., Sousa, N. P. de, Cláudio, D., & Meneses, Â. (2009). “Passe-zinho” manual do dinamizador jardim-de-infância. *Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar*.

https://drive.google.com/file/d/1JLMW3BTxHyoENE8YHvfFqhdKDE84DATV/view?usp=drive_web&usp=embed_facebook

Viana, A. F. A. (2019). Relatório de estágio: desenvolvimento de competências no cuidado à criança e adolescente. *Universidade Católica Instituto de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31544>

Volpato, G. L. (2011). Ciência, publicação e redação científica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3). <https://doi.org/10.5216/REE.V13I3.13452>

Zanchetta, M. S. (2021). Methodological sophistication: some difficulties in nursing research. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(7). <https://doi.org/10.12707/RV21ED7>

7. Apêndices

Apêndice I: Parceria de Cuidados em Enfermagem na UCIN.



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Parceria Negociada
No serviço de Neonatologia

Vaneza Ester Bamóquina Zau

Porto, 06 de Fevereiro de 2024

Lista de Abreviaturas e Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivo Neonatal

Lista de Tabelas

| | |
|---|-----------|
| <u>Tabela de Programação da formação.....</u> | <u>10</u> |
|---|-----------|

Índice

| | | |
|--|-------|-----|
| □ Introdução: | _____ | 91 |
| □ Análise da situação / escolha do tema: | _____ | 92 |
| □ Objetivos: | _____ | 92 |
| □ Seleção e Organização de Conteúdos: | _____ | 92 |
| □ Programação da atividade: | _____ | 93 |
| □ Avaliação: | _____ | 95 |
| □ Conclusão: | _____ | 95 |
| □ Referências Bibliografia: | _____ | 96 |
| Perguntas Do Inquerito realizado: | _____ | 197 |

- **Introdução:**

A parceria de cuidados em enfermagem refere-se a uma abordagem colaborativa e centrada no paciente no fornecimento de cuidados de saúde. Ela envolve uma interação ativa e participativa entre profissionais de enfermagem, pacientes e suas famílias. A parceria de cuidados busca promover uma relação igualitária, respeitosa e colaborativa, onde as decisões sobre o plano de cuidados são tomadas em conjunto

A realização da formação sobre a temática “Parceria Negociada no serviço de Neonatologia ” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio final e Relatório, no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, no serviço de Internamento pediátrico na escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob a orientação da Doutora Constança Festas e como tutora de Estágio

Neste documento será descrito a intervenção sobre a formação que decorrerá durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivo Neonatal no ano letivo 2023/2024 . Desta forma, iremos ao longo deste trabalho descrever as diferentes fases da intervenção.

Primeiramente, realizaremos uma análise de situação em que abordaremos assuntos sobre a escolha do tema para a realização desta atividade. Procedemos assim para a identificação dos objetivos que pretendemos atingir. Após isto, passaremos à fase da seleção e organização de conteúdos descrevemos os recursos humanos e materiais utilizados para a realização desta atividade. Seguidamente, explicaremos a programação da atividade da apresentação da temática. Depois expomos os resultados obtido apos a realização do inquerito.

● **Análise da situação / escolha do tema:**

Durante o estágio na UCIN, após observações, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a parceria de cuidados nessa unidade. Notei uma baixa frequência de participação dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos e, em algumas situações, a falta de negociação entre os pais e os enfermeiros. Diante disso, decidi realizar um inquérito para compreender melhor as percepções dos enfermeiros sobre a temática da parceria de cuidados e a parceria negociada. Com os resultados obtidos, planeio realizar uma apresentação para incentivar a melhoria dessa prática no serviço.

● **Objetivos:**

Para realização dessa formação de pares temos os seguintes objetivos:

➤ **Objetivo gerais:**

Promover a Parceria de Cuidados na UCIN

➤ **Objetivo Especifico:**

Como estudante de mestrado em Enfermagem pretende-se atingir o seguinte objetivo:

-Desenvolver competência em conhecimento de forma contínua e autónoma (Adquirir mais conhecimento, habilidades de formação, autogerenciamento, habilidade comunicacionais, resolução de conflitos, habilidade em identificar problema e desenvolver um pensamento crítico etc...)

-Promover o desenvolvimento profissional.

● **Seleção e Organização de Conteúdos:**

Os seguintes conteúdos a serão abordados durante a apresentação:

-O que é a Parceria de cuidados ?

- Modelo da Parceria de cuidados de Anne Casey.
- Filosofia do modelo da parceria de cuidados
- Parceria negociada

● **Programação da atividade:**

Será realizada uma apresentação em PowerPoint de acordo com o plano da sessão que se apresenta de seguida.

Tema: “Parceria Negociada”

Formadora: Vaneza Ester Bamóquina Zau

Orientador: Enfermeira Tutora e Enf. Gestora

Grupo alvo: Enfermeiro generalista, especialistas

Apresentação: Via powerpoint

Local: Unidade de Cuidados Intensivo Neonatal (Balção de Enfermagem)

Duração: 15-20min (1dia durante turno Diurno)

Data: 06 de Fevereiro 2024

| Fases/Tempo | Conteúdo | Metodologia |
|----------------------------------|---|--|
| Introdução 5min | -Apresentação pessoal da formadora e do | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | tema. -Os conteúdos da apresentação -A comunicação | exposição e demonstração (Computador Power Point®) |
| Desenvolvimento 10min | -Apresentação sobre a O que é a Parceria de cuidados ? -Modelo da Parceria de cuidados de Anne Casey. -Filosofia do modelo da parceria de cuidados -Parceria negociada . | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (Computador Power Point®) |
| Conclusão 5min | -Resumo sobre a Parceria Negociada, Como melhorar a parceria de cuidados no serviço -Abertura à participação e perguntas de dúvidas. | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (Computador Power Point®) |

Tabela de Programação da formação

- **Avaliação:**

A avaliação do tema será realizada primeiramente por meio de um inquérito sobre a Parceria de Cuidados. Com base nos resultados obtidos, farei uma apresentação destacando os pontos mais relevantes e, em seguida, analisarei a temática com a equipa após a apresentação. Devido ao término do estágio, não será possível realizar uma avaliação posterior para a implementação das sugestões de melhoria dessa prática.

- **Conclusão:**

O planeamento e execução da formação sobre "Parceria Negociada no Serviço de Neonatologia" representaram um avanço significativo na prática colaborativa e centrada no paciente dentro da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta formação, desenvolvida como parte da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Com a realização desta formação, buscamos promover a prática da parceria de cuidados negociada no serviço, visando também melhorar a participação dos pais nos cuidados dos seus filhos durante o internamento. Além disso, almejamos ampliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito de Parceria Negociada.

● **Referências Bibliografia:**

Lopes, N. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Braga, C. (2023). Notas da Unidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Universidade Catolica do Porto, 2023.

Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. Revista de Enfermagem, III serie, pp.113.121.

Perguntas Do Inquérito realizado:

1-Deseja participar no questionário?

2-Qual e a sua perspetiva sobre a participação dos pais nos cuidados no seu serviço?

3-Qual seria uns dos maiores problemas de pouca participação dos pais nos cuidados ?

4-Qual seria uns dos maiores problemas de pouca presença dos pais no serviço de neonatologia durante o dia?

5- Os pais são instruído sobre as medidas de segurança durante a prestação de cuidados (Queda, laceração)?

6- Os pais são instruído sobre as medidas de prevenção de infeção durante a prestação de cuidados ? (lavagem das mãos, desinfetar, bata, e outros).

7- Os pais são sempre envolvidos na tomada de decisão relacionado aos cuidados do seu filho?

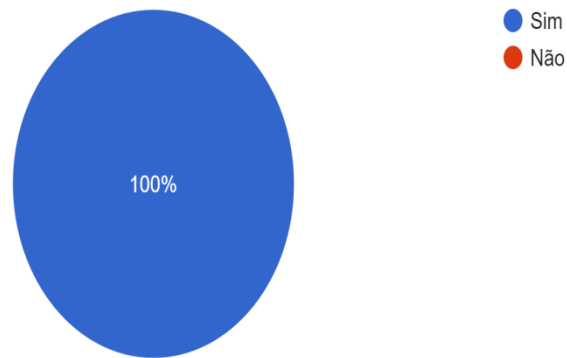
8- As preferências e desejos dos pais nos cuidados são respeitadas no serviço?

9- Na sua perspetiva em relação à parceria de cuidados, qual das opções melhor reflete a sua concordância.

10- Escolha a opção que melhor reflete sua perceção sobre a importância da parceria negociada no processo de parceria de cuidados em sua prática profissional.

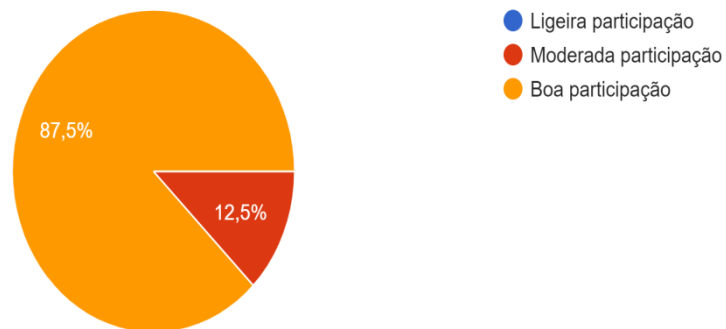
Deseja participar no questionário?

16 respostas



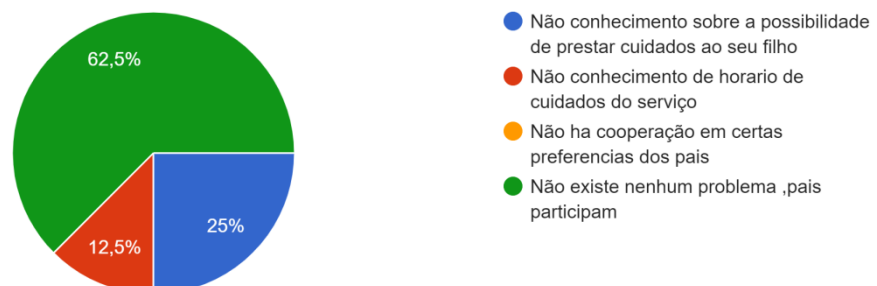
Qual e a sua perspetiva sobre a participação dos pais nos cuidados no seu serviço?

16 respostas



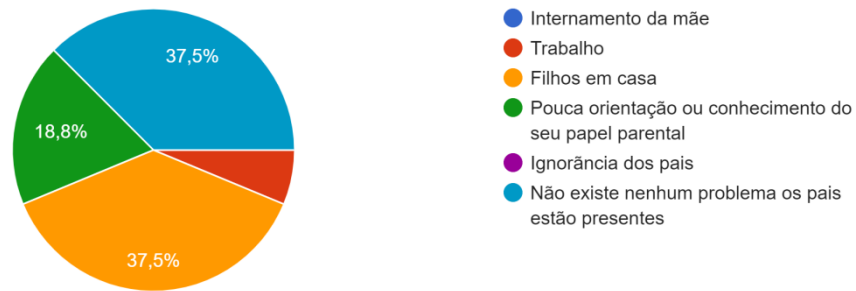
Qual seria uns dos maiores problemas de pouca participação dos pais nos cuidados

16 respostas



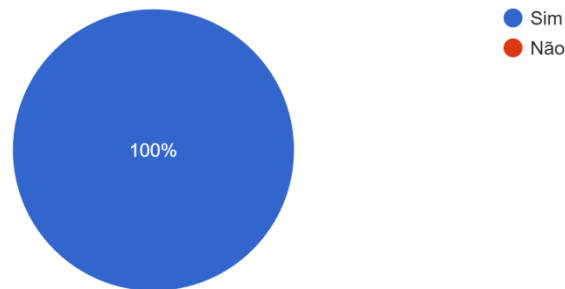
Qual seria uns dos maiores problemas de pouca presença dos pais no serviço de neonatologia durante o dia?

16 respostas



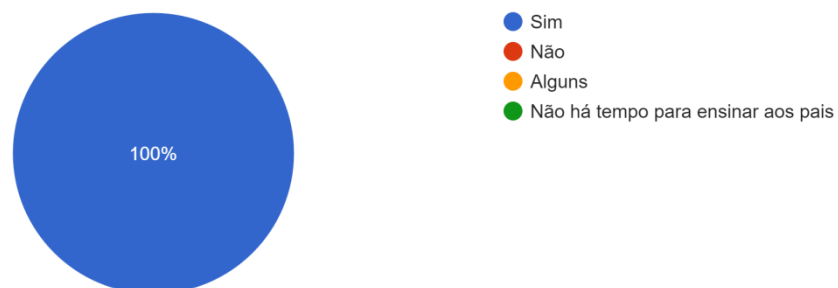
Os pais são instruído sobre as medidas de segurança durante a prestação de cuidados (Queda, laceração)?

16 respostas



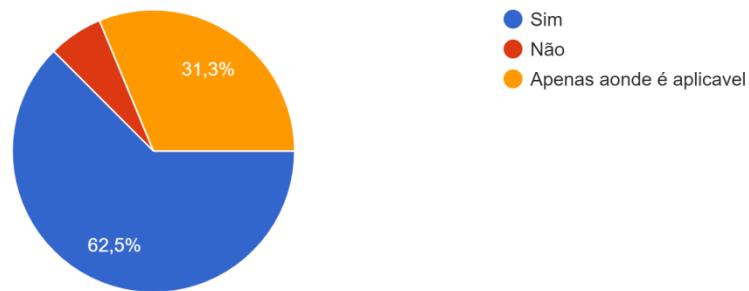
Os pais são instruído sobre as medidas de prevenção de infeção durante a prestação de cuidados ? (lavagem das mãos, desinfetar, bata, e outros)

16 respostas



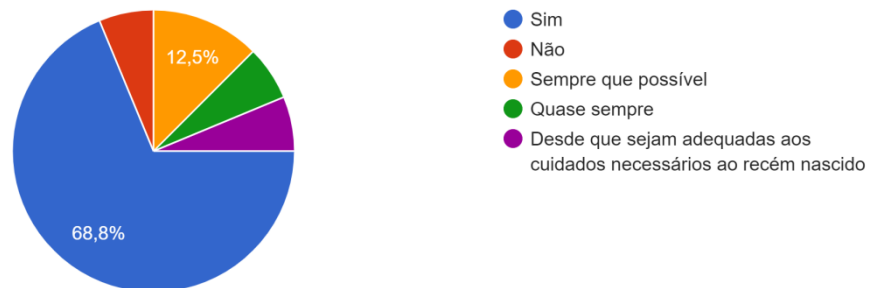
Os pais são sempre envolvidos na tomada de decisão relacionado aos cuidados do seu filho?

16 respostas



As preferências e desejos dos pais nos cuidados são respeitadas no serviço?

16 respostas



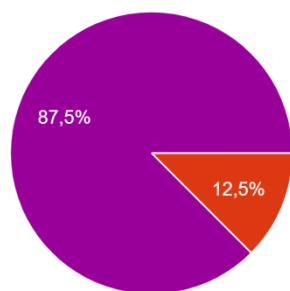
Na sua perspectiva em relação à parceria de cuidados, qual das opções melhor reflete a sua concordância

16 respostas



Escolha a opção que melhor reflete sua percepção sobre a importância da parceria negociada no processo de parceria de cuidados em sua prática profissional.

16 respostas



- Clarificar quais os cuidados que a família deseja prestar e desenvolver a...
- Proporcionar ensino, orientação e apoio específico à família, fundamentando a...
- Reconhecer a comunicação e a transmissão de informações como ins...
- Compreender que o processo de negociação é caracterizado por uma d...
- Concordo com todas as opções.
- Não concordo

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Parceria de Cuidados no serviço de Neonatologia

Vaneza Ester Bamoquina Zau

“Quando uma criança é hospitalizada, a família também passa por um processo de ‘hospitalização’”

CONTENT

- 1 O quê é a Parceria de cuidados
- 2 Modelo da Parceria de cuidados de Anne Casey
- 3 Filosofia do modelo da parceria de cuidados
- 4 Parceria negociada

Parceria de cuidados

A parceria de cuidados em enfermagem refere-se a uma abordagem colaborativa e centrada no paciente no fornecimento de cuidados de saúde. Ela envolve uma interação ativa e participativa entre profissionais de enfermagem, pacientes e suas famílias. A parceria de cuidados busca promover uma relação igualitária, respeitosa e colaborativa, onde as decisões sobre o plano de cuidados são tomadas em conjunto.

Em 1988 emerge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família, denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, foi elaborado por Anne Casey e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993).

Modelo de Parceria da Anne Casey



Fonte: Adaptado de Casey (1988, cit. por Pinto e Figueiredo, 1991)

Filosofia da Parceria de cuidados

A filosofia caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros na relação (Enfermeiros, médicos, família e a criança). (Gottlieb e Feeley, (2005) citado em Mendes & Martins (2012:115)

Conceito de modelo da Parceria de cuidados



Criança
Segundo Anne Casey, quando uma criança nasce as necessidades das crianças dependem muito das outras pessoas a maioria pelos pais

Ambiente
O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado pelos estímulos do ambiente onde a criança se encontra

Saúde
Casey define a saúde como sendo o melhor bem-estar físico e mental, devendo estar presente em todos os momentos.

Enfermagem Pediátrica
O enfermeiro pediátrico é responsável pelas atividades de cuidados de enfermagem/familiares, desde ensino, orientação e apoio em técnicas; transmissão de conhecimentos aos membros da família; encaminhamento para outros profissionais (Casey, 1993)

Família
A família é descrita como uma unidade de indivíduos que têm a maior responsabilidade para prestar os cuidados à criança e exercem uma forte influência sobre o desenvolvimento da criança

Papel do Enfermeiro de Pediatria



Cuidar **Apoiar** **Ensinar** **Encaminhar**

Papel do Enfermeiro de Pediatria

- Reconhecer os pais como uma parte essencial dos cuidados à criança e da experiência desta em situações de doença (conhecer e respeitar a genética dos pais em cuidar do filho dentro e fora do hospital (Casey1995).
- Promover a colaboração entre as famílias e a equipa no planeamento, implementação e avaliação de cuidados de saúde à criança.
- Na ausência dos pais, o enfermeiro mantém as rotinas habituais da criança estabelecidas pelos pais (Casey, 1995). O relacionamento com os pais e a criança é baseado num processo de negociação
- Assumir uma posição mais de supervisão do que intervenção direta e só intervir quando é necessário prestar "cuidados especializados".

Parceria Negociada

A Enfermagem Pediátrica baseia-se numa parceria negociada com a criança e a família, tendo por base o respeito pela periferia da família e pelas suas necessidades e desejos. O processo de negociação é caracterizado por uma dialética de interesses, em que cada parte entra na negociação com necessidades insatisfeitas que o outro pode atender, e com recursos para oferecer, procurando resolver divergências através da obtenção de um assentimento.

Segundo Tourigny, Chapados e Pineault (2005, p. 491) as pais referem dificuldades em trabalhar com os enfermeiros e em negociar o seu papel no hospital. Segundo estes mesmos autores a pouca familiarização dos pais com o hospital (pessoal e rutinas) parece ser o fator principal para os problemas de comunicação entre os pais e a equipa, bem como a falta de confiança na equipa de saúde e a pouca informação disponibilizada pelos profissionais acerca da situação clínica do filho (Tourigny, Chapados e Pineault, 2005, pp.490-491).

Como melhorar a parceria de cuidados :

- Orientar os pais sobre horários de cuidados do serviço, se for possível relembrar sempre.
- Considerar a comunicação e a transmissão de informações instrumentos fundamentais.
- Respeitar as preferências dos pais sempre que é possível.
- Estabelecer um relação sincera, aberta e colaborativa, aliçada no respeito, na confiança, compreensão da individualidade de cada sistema familiar.
- Iniciar como prestador de cuidados, tornando-se depois colaborador e numa fase final, apenas supervisão os cuidados prestados pela família...

Obrigada!

 Vaneza Ester Barroquína Zau

Referencia:

Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Braga, C. (2023). *Notas da Unidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Universidade Católica do Porto, 2023.

Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem, III serie, pp.113-121.

"A participação da família nos cuidados é a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem".
Lopes, N. (2012).

Apêndice II: Revisão Integrativa da Literatura

Revisão Integrativa da Literatura

Titulo: Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado a criança para uma pratica segura.

Vaneza Ester Bamóquina Zau¹, Constança Festas^{2,3}.

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal

(2) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Porto, Portugal

(3) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Resumo:

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção são um conjunto de boas práticas criadas e padronizadas de acordo com os procedimentos clínicos e seus riscos inerentes, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2018). Segundo a OMS, “em cada 100 pacientes em hospitais de cuidados agudos, 7 pacientes em países de alta renda e 15 pacientes em países de baixa e média renda adquirirão pelo menos uma infeção durante o internamento hospitalar. Em média, 1 em cada 10 pacientes afetados morrerá devido a uma infeção relacionada à assistência à saúde” (OMS, 2022). Uma das pessoas mais vulneráveis a adquirir infeção hospitalar são os doentes em cuidados intensivos e recém-nascidos, que estão particularmente em risco. Apresentamos esta revisão de literatura com o intuito de investigar a adesão dos enfermeiros com as normas de controle e prevenção de infeções em ambientes pediátricos

Objetivo: Identificar a adesão dos enfermeiros às normas de controle e prevenção de infeções em ambientes pediátricos

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura na pesquisa da base de dados PubMed, com critérios de inclusão dos últimos 5 anos, acesso a texto completo, na língua português e inglesa, de estudos envolvendo a idade pediátrica, desde o recém nascido aos 18 anos de idade.

Resultados e Discussão: A análise de três artigos selecionados revelou conclusões comuns sobre a adesão dos enfermeiros a essas normas em diversos contextos de saúde. Constata-se que os enfermeiros demonstram um forte conhecimento das práticas de prevenção e controle de infeções, frequentemente adquirido por meio de programas de treinamento hospitalar. No entanto, embora reconheçam a higiene das mãos como essencial para prevenir infeções hospitalares, a adesão aos protocolos de higiene das mãos permanece inconsistente. Além disso, a aplicação das normas de controle de infeções varia entre os setores hospitalares, com maior conformidade observada em áreas de alto risco, como cuidados intensivos neonatais. Apesar do conhecimento dessas normas pelos enfermeiros, fatores como restrições de recursos e limitações de tempo dificultam a plena adesão às práticas de controle de infeções.

Conclusões:

As diretrizes de controle e prevenção de infeções representam um conjunto de normas para as quais os enfermeiros recebem formação para implementar em seu ambiente hospitalar. No entanto, é evidente que, embora muitos enfermeiros possuam conhecimento teórico sobre essas normas, a adesão efetiva a elas ainda precisa ser aprimorada em todos os serviços hospitalares.

Palavras-chave: “Adesão, Prevenção e Controlo de Infecção, Enfermeiros, Pediatria”.

Introdução:

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório Final”, inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto, foi proposta aos estudantes a realização de uma revisão de literatura. Esta revisão surge como resultado do trabalho desenvolvido durante o estágio e incorpora as decisões clínicas tomadas nesse contexto, aliadas aos resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização. Tal empreendimento visa contribuir para o VII Fórum das Especialidades de Enfermagem, cujo tema central é “Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”, sob a orientação do Enfermeiro Orientador, Professora Orientadora Doutora Constança Festas.

A escolha do tema emergiu após uma cuidadosa análise durante o decorrer do estágio, com base em observações e discussões que destacaram a relevância transversal deste assunto em todas as áreas de especialidade, com especial destaque para a Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. O tema selecionado para esta revisão é “Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado à criança para uma prática segura”.

Quando pensamos sobre o que é ser um enfermeiro, a maioria define que é alguém responsável por prestar cuidados aos doentes. A palavra “*cuidar*” em enfermagem envolve muitas áreas, como cuidar das necessidades físicas e mentais. Devido ao impacto de Florence Nightingale, responsável pelo grande avanço da enfermagem moderna e conhecida como a “*Dama da Lâmpada*”, os enfermeiros são considerados como anjos da guarda à cabeceira do doente.

Entendemos que o enfermeiro tem a responsabilidade de providenciar o bem-estar aos doentes, evitar causar o máximo de danos possíveis e realizar uma prática segura. Quando falamos das normas de controle e prevenção de infecção, vemos que estas têm como objetivo a segurança do doente.

Nos últimos anos, o aumento de diferentes tipos de diagnósticos é tremendo em comparação com cinco anos atrás. Por exemplo, temos a aparição do COVID-19, que há mais de dois anos foi caracterizado como uma emergência pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à sua propagação, que trouxe um grande impacto global ao nível da saúde com vários óbitos. O impacto de longo prazo da infecção na saúde das pessoas ainda não é completamente compreendido (OMS, 2022).

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção são um conjunto de boas práticas criadas e padronizadas de acordo com os procedimentos clínicos e seus riscos inerentes, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2018). Na observação em contextos práticos de estágio, como em serviço de urgência e internamento pediátrico, observamos que não há completa adesão a essas normas básicas. Segundo Inês (2022), em sua revisão de âmbito, uma das razões da falta de adesão por enfermeiros é a falta de tempo. Como enfermeiros especialistas no domínio da qualidade, desenvolvemos práticas de qualidade, gerenciando e colaborando em programas de melhoria contínua, como a prática das normas de Controlo e Prevenção hospitalar (Dr., 2019).

Segundo a OMS, “em cada 100 pacientes em hospitais de cuidados agudos, sete pacientes em países de alta renda e 15 pacientes em países de baixa e média renda adquirirão pelo menos uma infecção durante o internamento hospitalar. Em média, 1 em cada 10 pacientes afetados morrerá devido a uma infecção relacionada à assistência à saúde” (OMS, 2022). Uma das pessoas mais vulneráveis a adquirir infecção hospitalar são os doentes em cuidados intensivos e recém-nascidos, que estão particularmente em risco.

As normas de controlo e prevenção hospitalar permitem garantir a segurança do doente durante a sua permanência no hospital. Segundo a DGS (2013), todos os profissionais devem receber treinamento e formação sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infecção.

Os diferentes critérios de suporte à aplicação da norma segundo a DGS (2013) são os seguintes:

Colocação de doentes

Higiene das mãos

Etiqueta respiratória

Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Descontaminação do Equipamentos Clínico

Controlo Ambiental

Recolha segura de resíduos

Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Objetivos:

Este trabalho tem como objetivo identificar a adesão às normas de controle e prevenção de infeção em ambientes pediátricos.

Metodologia:

O método utilizado para desenvolver a temática em questão e alcançar resposta à questão de investigação foi uma revisão integrativa da literatura. Esse método reuniu vários tipos de investigação e conhecimento, sintetizando as pesquisas sobre uma temática proveniente de investigações qualitativas e quantitativas, o que é muito utilizado na enfermagem (Soares et al., 2014).

Questão de Investigação:

Após reflexão e seguindo a questão da metodologia PICO, surge a seguinte questão: Como é a adesão pelos os enfermeiros às normas de controlo e prevenção de infeção hospitalar em contexto pediátrico?

O acrónimo PICO representa: População, Intervenção, Comparação e Outcome/Resultado (Santos et al., 2007). Nesta temática, o componente P (população) corresponde aos enfermeiros, o I (intervenção) corresponde às normas de controlo e prevenção de infeção, C (comparação) não foi utilizado, e o O (outcome/resultados) corresponde à segurança da criança.

Bases de dados:

Para responder a questão formulada ,foi realizada uma pesquisa online na base de dados PubMed, EBSCO Discovery Service utilizando os descritores MeSh: “Adherence”, “Infection control”, “Infection Prevention”, “Nursing”, “Pediatric”, “Hand hygiene”

Crítérios de Inclusão e Exclusão :

Para melhor organização da pesquisa os seguintes critérios de inclusão foram aplicados : nos últimos 5anos,acesso a texto completo,texto completo gratis, na língua português e inglesa, incluído criança de recém-nascido a 18anos de idades. Para seleção dos artigos ,o processo esta representado com a figura 1 usando o diagrama de Prisma. (Porque isso incluir quase toda faixa etária.

Diagrama PRISMA:

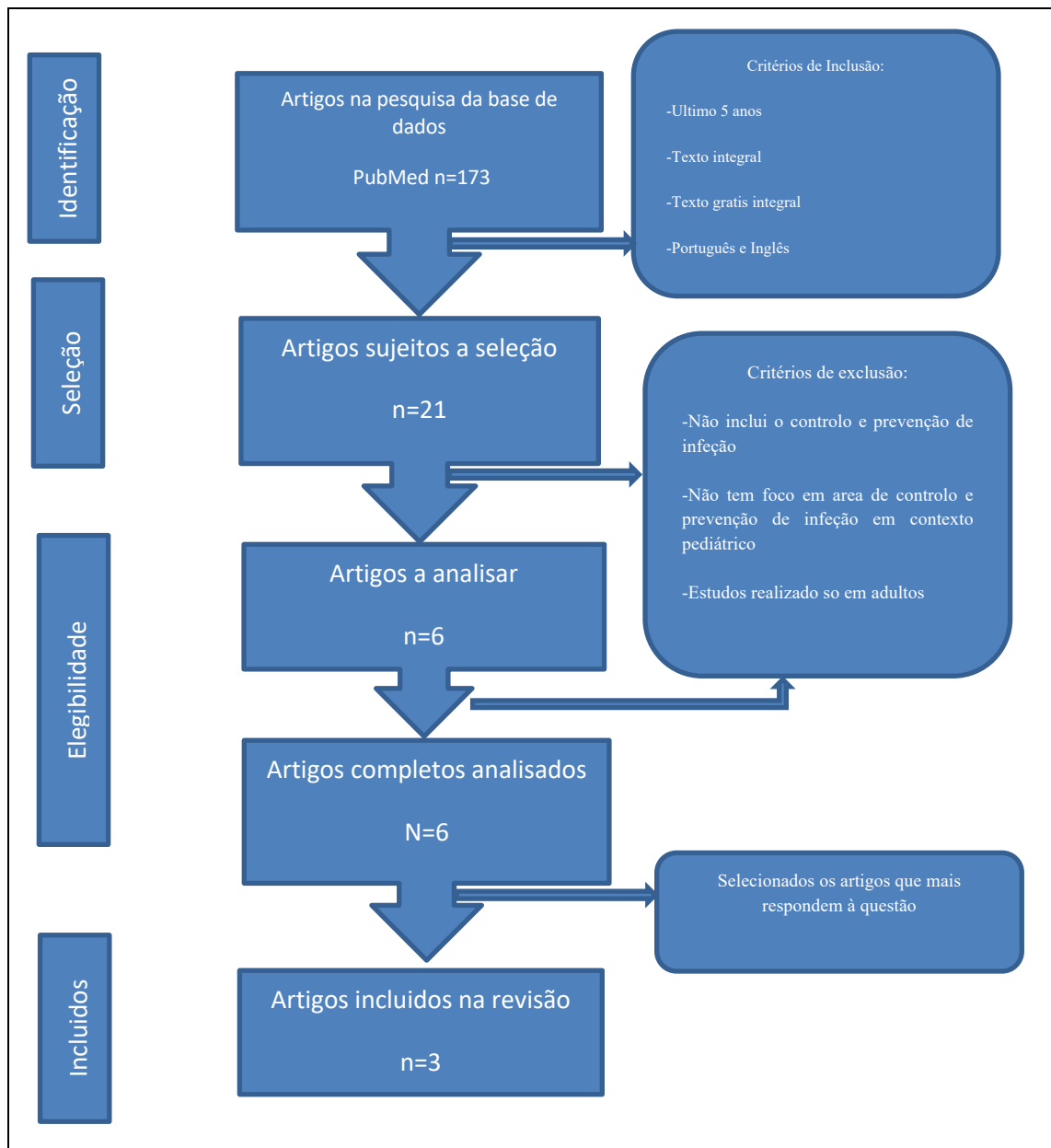


Tabela de evidencia

| Referência do Artigo | Objetivo(s) | Tipo de Estudo e amostra | Conclusões |
|---|--|--|--|
| <p>Artigo 1</p> <p>M. Kilpatrick et al. / American Journal of Infection Control 49 (2021) 622–63. Paediatric nurses', children's and parents' adherence to infection prevention and control and knowledge of antimicrobial stewardship: A systematic review</p> | <p>Explorar e sintetizar a pesquisa existente que avalia o conhecimento e compreensão dos enfermeiros e consumidores sobre AMS, e adesão às diretrizes de melhores práticas de PCI em contextos de cuidados pediátricos agudos</p> | <p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando bases de dados de bibliotecas eletrônicas: MEDLINE (Ovid), EMBASE, CINAHL e PsycINFO desde a sua criação até o final de junho de 2020. As listas de referências dos artigos elegíveis foram revisadas para possíveis artigos adicionais que poderiam ser incluídos.</p> <p>Amostra:</p> <p>n=50 Foram revisado</p> | <p>A implementação inconsistente da higiene das mãos, precauções baseadas na transmissão e uso de EPI destaca que tanto os clínicos quanto os consumidores minimizaram os potenciais riscos de transmissão de infecção. Este achado destaca a lacuna substancial na prática que precisa ser abordada no contexto de uma pandemia para prevenir a exposição e infecção tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.</p> <p>Embora as evidências atuais sugiram que a educação fornecida aos consumidores e aos profissionais de saúde melhore a adesão à higiene das mãos e às precauções de IPC, há uma falta de estudos que avaliem o conhecimento sobre o uso apropriado de antibióticos em ambiente de cuidados agudos.</p> |
| <p>Artigo 2</p> <p>Kamara, G.N.; et al. Public Health 2022, 19, 2978. Hand Hygiene Compliance at Two Tertiary Hospitals in Freetown, Sierra Leone, in 2021: A CrossSectional Study. Int. J. Environ. Res.</p> | <p>Avaliar e documentar a conformidade com a higiene das mãos (definida como utilizando lavagem das mãos com água e sabão ou produto alcoólico para higiene das mãos) entre os profissionais de saúde. Isso incluiu: (i) o nível geral de conformidade estratificado pelos dois hospitais e (ii) dentro de cada hospital, os níveis de conformidade em relação às cinco oportunidades para a ação de higiene das mãos conforme delineado na ferramenta da OMS, os diferentes serviços e tipo de profissional de saúde.</p> | <p>Estudo transversal</p> <p>Amostra:</p> <p>n=34 O Hospital Militar (MH) e o Connaugh. O Site 34 MH possui 200 leitos, que atendem militares e seus dependentes, bem como a população civil em geral. O 34 MH admite cerca de 2000 pacientes por ano. O Hospital Connaught tem 300 leitos distribuídos entre diferentes enfermarias, atendendo principalmente civis e admitindo cerca de 4900 pacientes por ano.</p> | <p>A conformidade com a higiene das mãos foi avaliada utilizando a ferramenta de observação de higiene das mãos da OMS em dois hospitais de cuidados terciários em Freetown, Serra Leoa, entre junho e agosto de 2021. De um total de 10.461 oportunidades para ações de higiene das mãos, a conformidade foi encontrada em cerca de metade, com ABHR sendo usado com mais frequência do que lavagem das mãos. A conformidade com a higiene das mãos foi significativamente maior após o contacto com um paciente ou realização de um procedimento do que antes. A conformidade foi significativamente maior nas enfermarias pediátricas e menor nas enfermarias de Obstetrícia e Ginecologia, e significativamente maior entre enfermeiros em comparação com médicos e técnicos de laboratório. Em geral, os padrões de conformidade com a higiene das mãos observados foram semelhantes em ambos os hospitais.</p> |
| <p>Artigo 3</p> <p>Mutaru A-M, Balegha AN, Kunsu R, Gbeti C (2022). PLoS ONE 17(7): e0270508. Knowledge and determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality, Ghana.</p> | <p>Determinar o nível de conhecimento e os fatores relacionados à conformidade com PCI entre enfermeiros no Município de Yendi, no norte de Gana. Os resultados deste estudo podem informar os formuladores de políticas na melhoria dos protocolos de PCI universal e institucionalizados, bem como estratégias para aumentar o</p> | <p>Estudo transversal quantitativo.</p> <p>Amostra:</p> <p>n: Tamanho da amostra, n: população estimada do estudo, e: margem de erro. O hospital tem uma população estimada de enfermeiros de 360. Com um nível</p> | <p>A maioria (60,8%) dos entrevistados não pôde confirmar que as luvas não oferecem proteção completa.</p> <p>- A maioria (87,1%) dos entrevistados relatou que sempre lava as mãos antes e depois do cuidado ao paciente. Cerca de 68,9% confirmaram lavar as mãos com sabão em água corrente por 40 a 60 segundos. Além disso, 67,9% relataram usar uma máscara facial ao atender clientes.</p> <p>- O estudo revelou que os enfermeiros possuíam alto conhecimento sobre IPC. Isso implica que a maioria desses enfermeiros provavelmente recebeu uma visão adequada sobre IPC por meio do currículo de educação e treinamento de sua instituição.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre PCI, assim como Infecção hospitalar. | de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho da amostra foi estimado em 190 participantes. Os pesquisadores previram uma taxa de não resposta de 10%. Portanto, o tamanho final da amostra foi estimado como 209. n = 209 enfermeiros do hospital municipal de Yendi. | - O estudo revelou alto conhecimento e conformidade em relação ao IPC entre os enfermeiros no Hospital Municipal de Yendi. No entanto, o conhecimento sobre IPC não estava estatisticamente relacionado à sua conformidade. |
|--|--|--|--|

Resultados e Discussão:

A análise dos quatro artigos selecionados permitiu identificar algumas conclusões comuns entre eles. Os estudos destacam a adesão dos enfermeiros às normas de Controle e Prevenção de Infecção, tanto em ambientes pediátricos quanto em outros contextos de cuidados de saúde.

No que diz respeito ao conhecimento, observamos que este foi um dos aspectos mais mencionados nos artigos analisados. Os enfermeiros demonstraram conhecimento das práticas de prevenção e controle de infecções por exemplo, o estudo conduzido por Mutaru A-M, Balegha AN, Kunsu R e Gbeti C (2022), revelou que os enfermeiros possuem um alto nível de conhecimento sobre controle e prevenção de infecções. Este conhecimento é frequentemente adquirido por meio de formações oferecidas pelos hospitais ou instituições, visto que é uma exigência que os enfermeiros estejam familiarizados com essas normas. Além disso, podemos corroborar esses achados com a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) de 2013, que enfatiza a importância de todas as unidades de saúde garantirem que seus funcionários recebam a formação necessária.

-Higiene das mãos : A análise dos estudos revelou que muitos enfermeiros reconhecem a lavagem das mãos como um método essencial e eficaz na prevenção de infecções hospitalares, que sabem os momentos a qual deve lavar as mãos como no estudo analisado pela Kamara, G.N (2022) que refere que a maioria dos enfermeiros tinham o conhecimento sobre as lavagem das mãos , alinhando-se com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2009, que enfatizam a importância da lavagem das mãos e identificam os 5 momentos para a sua realização. Essa percepção é corroborada pela norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) de 2013, que destaca a higiene das mãos como uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de infecções.

No entanto, os estudos também mostram que, apesar de os enfermeiros terem conhecimento sobre a importância da lavagem das mãos, muitos não realizam a higienização conforme os 5 momentos indicados na norma da DGS (2013).

Serviços: Em relação aos tipos de internamento, os estudos realizaram investigação em vários setores hospitalares, incluindo internamento pediátrico, obstetrícia e neonatal. A aplicação dessa norma, conforme os resultados obtidos nos estudos analisados, mostra que em alguns setores a aplicação dessa norma é mais evidente. M. Kilpatrick et al. (2021), em seu artigo, encontraram *“taxas mais altas de conformidade com a higiene das mãos em áreas de alto risco, como cuidados intensivos neonatais, em comparação com outras unidades pediátricas agudas. Essa conformidade aumentada pode refletir uma percepção de que os bebês são 'limpos', e, portanto, os profissionais de saúde têm um mandato mais forte para proteger os bebês de infecções hospitalares”*. Os enfermeiros devem adotar todas as medidas necessárias em populações em risco,

como as crianças e os prematuros, sendo necessário possuir um nível avançado de conhecimento sobre prevenção e controle de infecção.

-Adesão: Sabemos que os artigos mencionam que os enfermeiros têm conhecimento sobre as normas de controle hospitalar e cumprem com essas normas. Kamara, G.N. et al. (2022), em seu artigo, refere que uma das unidades com maior adesão às normas foi em contexto pediátrico, como à utilização da lavagem das mãos e que a “conformidade foi significativamente maior nas enfermarias pediátricas e menor nas enfermarias de Obstetrícia e Ginecologia, e significativamente maior entre enfermeiros em comparação com médicos e técnicos de laboratório”. Porém, outros artigos demonstram pouca adesão na prática dessas normas, devido à falta de recursos necessários, entre outros fatores, como a falta de tempo. Podemos concordar com essa percepção com o estudo realizado pela OMS (2022). Nos últimos cinco anos, foram realizadas pesquisas globais e avaliações conjuntas de países para avaliar o status de implementação dos programas nacionais de Controle de Infecção, comparando dados de pesquisas em 2017-18 e 2021-22. Essa pesquisa mostrou que países com um programa nacional de PCI não apresentaram melhorias. Em 2021-22, apenas quatro dos 106 países avaliados (3,8%) atenderam a todos os requisitos mínimos para o programa de controle de infecção (PCI) a nível nacional.

Conclusão:

A revisão de literatura elaborada permitiu-me refletir e perceber sobre as normas de controlo e prevenção de infecção, reconhecendo que essas normas garantem a segurança do paciente e reduzem o risco de transmissão de infecções. Os estudos demonstram que os enfermeiros tenham conhecimento e tenham consciência dos benefícios da prática dessas normas, pois isso protege não apenas o paciente, mas também o profissional de saúde. Com base na pesquisa realizada, constatou-se que uma das práticas mais eficazes para reduzir a transmissão de infecções é a higienização das mãos. A mãos para os pacientes e prestam cuidados utilizando suas mãos; portanto, todo enfermeiro deve garantir o uso adequado das mãos para fornecer os melhores cuidados e evitar a transmissão de infecções.

Observou-se também que, apesar de os enfermeiros adquirirem conhecimento em formação hospitalar sobre o controlo e prevenção de infecção, ainda existe uma falta de adesão à prática. Ficou claro que um dos setores em risco é a área pediátrica, o que indica a necessidade de mais estudos necessária em observação sobre a adesão as normas da parte dos enfermeiros.

Com base na pesquisa realizada, consideramos que a questão de investigação contribuiu para a nossa compreensão inicial. Como sugestão para futuros estudos, é importante realizar pesquisas em Portugal, especialmente em contextos pediátricos, sobre a adesão às normas de controlo e prevenção de infecção.

Referencias

DGS. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)

DGS (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário
Lisboa

M. Kilpatrick et al. / American Journal of Infection Control 49 (2021) 622–63. Paediatric nurses',
children's and parents' adherence to infection prevention and control and knowledge of
antimicrobial stewardship: A systematic review

Mutaru A-M, Balegha AN, Kunsu R, Gbeti C (2022). PLoS ONE 17(7): e0270508. Knowledge and
determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality,
Ghana. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270508>

S. J. Jansen et al. Pediatric Research (2023) 94:450–457; Developing a design-based concept to improve
hand hygiene in the neonatal intensive care unit.

W.H.O. May (2022). launches first ever global report on infection prevention and control. World Health
Organization. Retrieved from:

[https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-
prevention-and-control](https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control)

Literature review

Title: Adherence to Infection Control and Prevention Guidelines by Nurses in Pediatric Care for Safe Practice.

Vaneza Ester Bamóquina Zau¹, Constança Festas^{2,3}.

(1) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), / Master in Nursing Student, Porto, Portugal.

(2) Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Porto, Portugal

(3) Universidade Católica Portuguesa, Centre for Interdisciplinary Research in Health, Portugal

Abstract:

Basic Infection Control Precautions are a set of standardized best practices established according to clinical procedures and their inherent risks, aiming to prevent cross-transmission of healthcare-associated infections (DGS, 2018). According to WHO, *"out of every 100 patients in acute care hospitals, 7 patients in high-income countries and 15 patients in low- and middle-income countries will acquire at least one infection during hospitalization. On average, 1 in 10 affected patients will die due to a healthcare-associated infection"* (WHO, 2022). One of the most vulnerable groups to hospital-acquired infections are patients in intensive care and newborns, who are particularly at risk. We present this literature review with the aim of investigating nurses' adherence to infection control and prevention guidelines in pediatric settings.

Objective: To identify nurses' adherence to infection control and prevention guidelines in pediatric settings.

Methodology: An integrative literature review was conducted using PubMed database, with inclusion criteria covering the last 5 years, access to full-text articles in Portuguese and English, involving studies on pediatrics from newborns to 18 years old.

Results and Discussion: Analysis of three selected articles revealed common conclusions regarding nurses' adherence to these guidelines in various healthcare contexts. Notably, nurses demonstrate a strong understanding of infection prevention and control practices, often acquired through hospital training programs or previous knowledge during nursing course. However, while they recognize hand hygiene as essential for preventing hospital-acquired infections, adherence to hand hygiene protocols remains inconsistent. Moreover, the application of infection control standards varies across hospital sectors, with higher compliance observed in high-risk areas such as neonatal intensive care. Despite nurses' knowledge of these standards, factors such as resource constraints and time limitations hinder full adherence to infection control practices.

Conclusions: Infection control and prevention guidelines represent a set of standards for which nurses receive training to implement in their hospital environment. However, although many nurses have

theoretical knowledge of these standards, effective adherence to them still needs to be improved in all hospital services.

Keywords:"Adherence", "Prevention and infection control", "Nursing", Pediatric.

Introduction:

Within the scope of the Curricular Unit "Final Internship and Report," integrated into the 16th Master's Degree Program in Nursing with a Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University in Porto, students were proposed to conduct a literature review. This review arises as a result of the work developed during the internship and incorporates the clinical decisions made in this context, combined with valid and relevant research findings within the specialization. This endeavor aims to contribute to the 7th Forum of Nursing Specialties, whose central theme is "Vulnerability(ies) in the Eyes of Specialist Nurses," under the guidance of the Nurse Supervisor, Professor Dr. Constança Festas. The choice of the theme emerged after careful analysis during the internship, based on observations and discussions that highlighted the transversal relevance of this subject in all areas of specialization, with a special focus on Child and Pediatric Health Nursing. The selected theme for this review is "Adherence to Infection Control and Prevention Guidelines by Nurses in Pediatric Care for Safe Practice."

When we think about the definition of that is to be a nurse, most define it as someone responsible for caring for patients. The word "caring" in nursing encompasses many areas, such as attending to physical and mental needs. Due to the impact of Florence Nightingale, credited with the significant advancement of modern nursing and known as the "Lady with the Lamp," nurses are considered as guardian angels at the patient's bedside. We understand that nurses have the responsibility to provide well-being to patients, to avoid causing as much harm as possible, and to practice safely. When we talk about infection control and prevention standards, we see that these aim at the patient's safety.

In recent years, the increase in different types of diagnoses has been tremendous compared to five years ago. For example, we have the emergence of COVID-19, which over two years ago was characterized as a public health emergency by the World Health Organization (WHO), due to its spread, which brought a significant global impact on health with several deaths. The long-term impact of the infection on people's health is still not fully understood (WHO, 2022).

The Basic Infection Control Precautions are a set of best practices created and standardized according to clinical procedures and their inherent risks, aimed at preventing the cross-transmission of healthcare-associated infections (DGS, 2018). In practical observation contexts such as emergency services and pediatric wards during internships, we observed that there is not a complete adherence to these basic standards. According to Inês (2022), in her scope review, one of the reasons for nurses' lack of adherence is a shortage of time. As nurses specialized in the quality domain, we develop quality practices, managing and collaborating in continuous improvement programs, such as the practice of hospital infection control and prevention standards (D.R., 2019).

According to the WHO, "out of every 100 patients in acute care hospitals, seven patients in high-income countries and 15 patients in low- and middle-income countries will acquire at least one infection during hospitalization. On average, 1 out of every 10 affected patients will die due to a

healthcare-associated infection" (WHO, 2022). One of the most vulnerable groups to acquiring hospital infections is patients in intensive care and newborns, who are particularly at risk.

Hospital infection control and prevention standards ensure the patient's safety during their stay in the hospital. According to the DGS (2013), all professionals must receive training and education on all components of basic infection control and prevention guidelines.

The different criteria supporting the application of the standard according to the DGS (2013) are as follows:

- Patient Placement
- Hand Hygiene
- Respiratory Etiquette
- Use of Personal Protective Equipment (PPE)
- Decontamination of Clinical Equipment
- Environmental Control
- Safe Waste Collection
- Safe Practices in the Preparation and Administration of Injections
- Exposure to Microbial Agents in the Workplace

Objective:

This work aims to identify adherence to infection control and prevention standards in pediatric settings.

Methodology:

The method used to develop the theme in question and to achieve an answer to the research question was an integrative literature review. This method brought together various types of research and knowledge, synthesizing research on a topic from qualitative and quantitative investigations, which is widely used in nursing (Soares et al., 2014).

Research Question:

After reflection and following the PICO methodology, the following question arises: What is the adherence by nurses to hospital infection control and prevention standards in a pediatric context? The acronym PICO represents: Population, Intervention, Comparison, and Outcome/Result (Santos et al.,

2007). In this theme, the P (population) component corresponds to nurses, the I (intervention) corresponds to infection control and prevention standards, C (comparison) was not used, and the O (outcome/results) corresponds to child safety.

Databases:

To answer the formulated question, an online search was conducted in the PubMed, database using the MeSH descriptors: "Adherence", "Infection control", "Infection Prevention", "Nursing", "Pediatric", "Hand hygiene".

Inclusion and Exclusion Criteria:

For better organization of the research, the following inclusion criteria were applied: in the last 5 years, access to full text, free full text, in Portuguese and English, including children from newborn to 18 years old. For article selection, the process is represented in Figure 1 using the Prism diagram.

PRISMA Diagram:

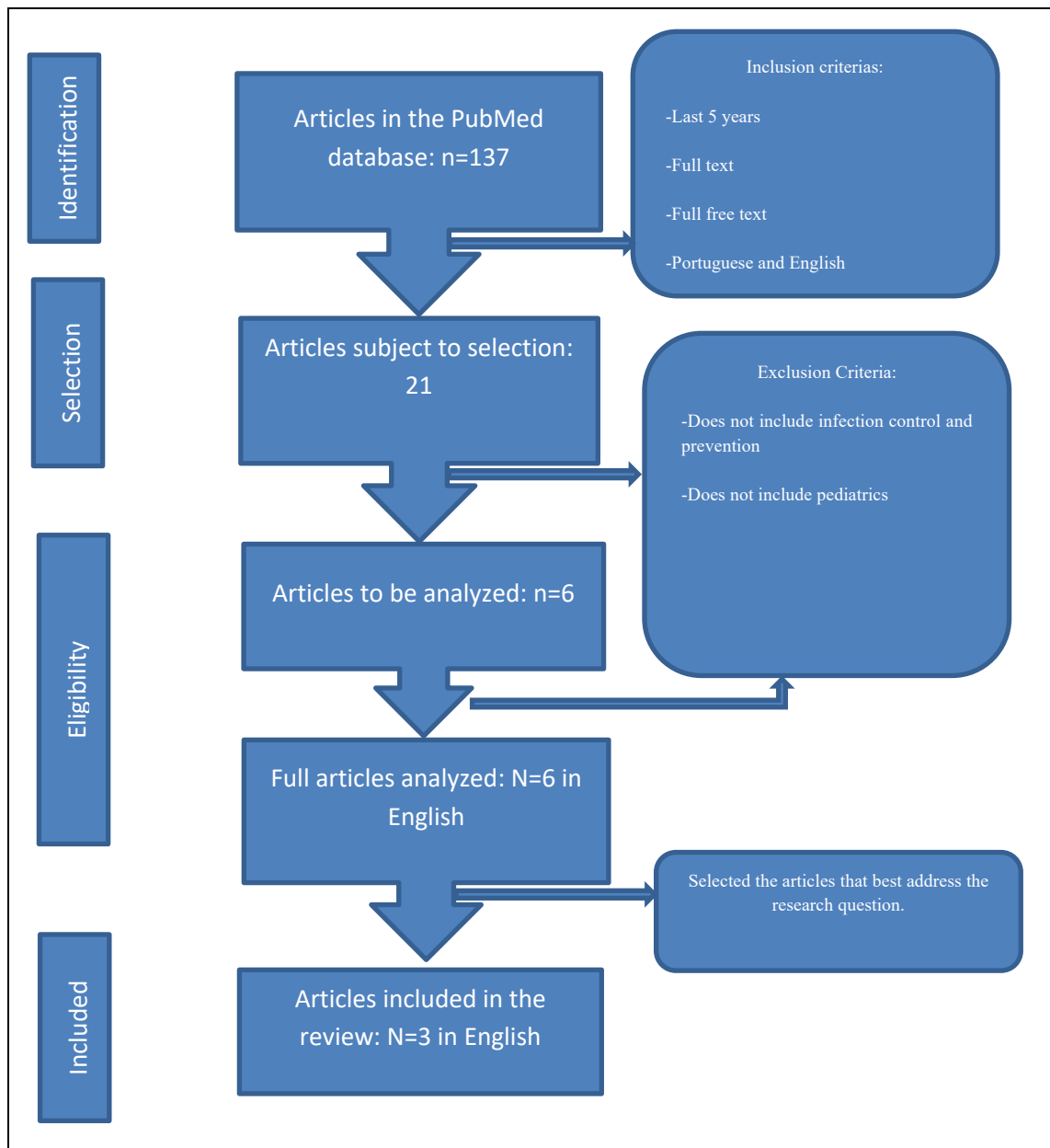


Table of evidence:

| Reference of the article | Objective (s) | Type of study and sample | Conclusion |
|--|--|--|---|
| <p>Article 1</p> <p>M. Kilpatrick et al. / American Journal of Infection Control 49 (2021) 622–63. Paediatric nurses', children's and parents' adherence to infection prevention and control and knowledge of antimicrobial stewardship: A systematic review</p> | <p>To explore and synthesise the existing research evaluating nurses' and consumers' knowledge and understanding of AMS, and adherence to IPC best practice guidelines in acute paediatric care settings</p> | <p>Systematic review of literature was conducted using electronic library databases: MEDLINE (Ovid), EMBASE, CINAHL, and PsycINFO from inception to end June 2020. Reference lists of eligible articles were reviewed for possible additional articles that could be included.</p> <p>Sample: n=50 studies were reviewed</p> | <p>Inconsistent implementation of hand hygiene, transmission-based precautions and use of PPE highlights that both clinicians and consumers played down the potential risks of infection transmission. This finding highlights the substantial practice gap that needs to be addressed in the context of a pandemic to prevent both HCW and patient exposure and infection.</p> <p>Although the current evidence suggests that education provided to consumers and HCWs improves hand hygiene and IPC precautions adherence, there is a lack of studies evaluating their knowledge of appropriate antibiotic use in acute care settings.</p> |
| <p>Article 2</p> <p>Kamara, G.N.; et al. Public Health 2022, 19, 2978. Hand Hygiene Compliance at Two Tertiary Hospitals in Freetown, Sierra Leone, in 2021: A CrossSectional Study. Int. J. Environ. Res.</p> | <p>Assess and document hand hygiene compliance (defined as using either handwash with soap and water or ABHR) amongst health care workers. This included: (i) the overall level of compliance stratified by the two hospitals, and (ii) within each hospital, levels of compliance in relation to the five opportunities for hand hygiene action as outlined in the WHO tool, the different wards and type of health care worker</p> | <p>Cross-sectional study.</p> <p>Sample</p> <p>n=34 Military MH and Connaugh. Site 34 MH has 200 beds, which cater for military personnel and their dependents, as well as the general civilian population. The 34 MH admits about 2000 patients per year [16]. Connaught Hospital has 300 beds spread between different wards, caters largely for civilians and admits about 4900 patients per year</p> | <p>Hand hygiene compliance was assessed using the WHO hand hygiene observation tool in two tertiary care hospitals in Freetown, Sierra Leone, between June and August 2021. Out of a total of 10,461 opportunities for hand hygiene actions, compliance was found in about half, with ABHR used more frequently than hand wash. Hand hygiene compliance was significantly higher after being with a patient or doing a procedure than before. Compliance was significantly higher in the Paediatric wards and lower in the Obstetrics and Gynaecology wards, and significantly higher amongst nurses compared with doctors and laboratory technicians. In general, the patterns of hand hygiene compliance that were observed were similar in both hospitals.</p> |
| <p>Article 3</p> <p>Mutaru A-M, Balegha AN, Kunsu R, Gbeti C (2022). PLoS ONE</p> | <p>To determine the level of knowledge and related factors on IPC compliance among nurses in the Yendi</p> | <p>Quantitative cross-sectional.</p> <p>Sample:</p> | <p>-The majority (60.8%) of respondents could not confirm that gloves do not provide complete protection</p> <p>-the majority (87.1%) of respondents reported that they always wash hands before and after patient care. About 68.9% confirmed washing</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>17(7): e0270508. Knowledge and determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality, Ghana</p> | <p>Municipality, northern Ghana. The results of this study may inform policy makers in the improvement of universal and institutionalized IPC protocols as well as strategies to enhance the knowledge of healthcare workers on IPC as well as HAIs</p> | <p>Sample size, n: estimated study population, and e: margin of error. The hospital has an estimated nurse population of 360. At a confidence level of 95% and margin of error of 5%, the sample size was estimated to be 190 participants. The researchers anticipated 10% nonresponse rate. The final sample size was therefore estimated as 209.</p> <p>n= 209 nurses of the Yendi Municipal hospital.</p> | <p>hands with soap under running water for 40 to 60 seconds. Also, 67.9% reported wearing a face mask when attending to clients.</p> <p>-The study revealed that the nurses possessed high knowledge about IPC.-This implies that majority of these nurses probably received adequate insight regarding IPC, through the education and training curricular of their institution.</p> <p>-The study revealed high knowledge and compliance regarding IPC among nurses in the Yendi Municipal Hospital.</p> <p>However, knowledge on IPC was not statistically linked to its compliance.</p> |
|---|---|---|--|

Results and Discussion:

The analysis of the four selected articles allowed for the identification of some common conclusions among them. The studies highlight nurses' adherence to Infection Control and Prevention guidelines, in both pediatric settings and in other healthcare contexts.

-Regarding knowledge: We observed that this was one of the most mentioned aspects in the analyzed articles. Nurses demonstrated an understanding of infection prevention and control practices. For example, the study conducted by Mutaru (2022) revealed that nurses have a high level of knowledge about infection prevention and control. This knowledge is often acquired through training offered by hospitals or institutions, as it is a requirement for nurses to be familiar with these guidelines. Additionally, these findings are corroborated by the DGS. (2013), which emphasizes the importance of all healthcare units ensuring that their staff receive necessary training.

-Hand Hygiene: The analysis of the studies revealed that many nurses recognize hand hygiene as an essential and effective method in preventing hospital-acquired infections, aligning with the guidelines of the World Health Organization (WHO) of 2009, which emphasize the importance of hand hygiene and identify the 5 moments for its performance. DGS. (2013) norm of which highlights hand hygiene as one of the most important measures for reducing infection transmission. However, the studies also show that despite nurses' knowledge of the importance of hand hygiene, many do not perform hand hygiene according to the 5 moments indicated in the DGS (2013) norm.

-Services: Regarding the types of hospitalization, the studies conducted research in various hospital sectors, including pediatric, obstetric, and neonatal hospitalization. The application of this norm, according to the results obtained in the analyzed studies, shows that in some sectors, the application of this norm is more evident. M. Kilpatrick et al. (2021), in their article, found "higher rates of hand hygiene compliance in high-risk areas such as neonatal intensive care, compared to other acute pediatric units. This increased compliance may reflect a perception that babies are 'clean,' and therefore, healthcare professionals have a stronger mandate to protect babies from hospital-acquired

infections." Nurses must take all necessary measures in at-risk populations, such as children and premature babies, requiring an advanced level of knowledge about infection prevention and control.

-Adherence: We know from the articles that nurses have knowledge of hospital control norms and comply with these norms. Kamara, G.N. et al. (2022), in their article, mention that one of the units with the highest adherence to norms was in a pediatric context, such as hand hygiene, and that "compliance was significantly higher in the Pediatric wards and lower in the Obstetrics and Gynecology wards, and significantly higher among nurses compared with doctors and laboratory technicians." However, other articles demonstrate little adherence to the practice of these norms, due to lack of necessary resources, among other factors such as lack of time. We can agree with this perception from the study conducted by WHO (2022). In the last five years, global research and joint country assessments have been conducted to assess the status of implementation of national Infection Control programs, comparing research data from 2017-18 and 2021-22. This showed that countries with a national IPC program did not show improvements. In 2021-2022, only four out of 106 evaluated countries (3.8%) met all the minimum requirements for the national infection control program (IPC).

Conclusion:

The literature review conducted allowed me to reflect and understand the infection control and prevention standards, recognizing that these norms ensure patient safety and reduce the risk of infection transmission. The studies demonstrate that nurses have knowledge and awareness of the benefits of practicing these norms, as they protect not only the patient but also the healthcare professional. Based on the research conducted, it was found that one of the most effective practices to reduce infection transmission is hand hygiene. Nurses interact closely with patients and provide care using their hands; therefore, every nurse must ensure proper hand hygiene to deliver the best care and prevent infection transmission. It was also observed that, despite nurses acquiring knowledge in hospital training about infection control and prevention, there is still a lack of adherence to practice. It became clear that one of the at-risk sectors is the pediatric area, indicating the need for further observation studies on nurses' adherence to standards.

Based on the research conducted, we believe that the research question contributed to our initial understanding. As a suggestion for future studies, it is important to conduct research in Portugal, especially in pediatric contexts, on adherence to infection control and prevention standards by nurses.

References:

DGS. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)

DGS (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário
Lisboa

N. Kilpatrick et al. / American Journal of Infection Control 49 (2021) 622–63. Paediatric nurses',
children's and parents' adherence to infection prevention and control and knowledge of
antimicrobial stewardship: A systematic review

Mutaru A-M, Balegha AN, Kunsu R, Gbeti C (2022). PLoS ONE 17(7): e0270508. Knowledge and
determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality,
Ghana. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270508>

T. J. Jansen et al. Pediatric Research (2023) 94:450–457; Developing a design-based concept to improve
hand hygiene in the neonatal intensive care unit.

W.H.O. May (2022). launches first ever global report on infection prevention and control. World Health
Organization. Retrieved from:

[https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-
prevention-and-control](https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control)

Apêndice III: Certificado de Participação no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem

| |
|--|
|  <p>CATOLICA ESCOLA DE ENFERMAGEM PORTO</p> |
| <p>Declara-se que</p> <p>Vaneza Zau</p> <p>participou no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem subordinado ao tema "Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas", que decorreu 18 de abril de 2024, no campus da Foz da Universidade Católica Portuguesa, no Porto, com duração total de 7 horas.</p> <p> Prof.ª Doutora Constança Festas (Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem)</p> <p>Porto, 18 de abril de 2024</p> <p>DocFees VIIFEE 118/2024</p> |

Apêndice IV: Formação de Pares sobre “A técnica ISBAR para segurança da criança”



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A técnica ISBAR para
segurança da criança

Planeamento de Formação de Pares

Serviço de Internamento Pediátrico

Vaneza Ester Bamóquina Zau

Porto, 10 Abril de 2024

Lista de Abreviaturas e Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

ISBAR- Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação

OMS – Organização Mundial de Saúde

Lista de Tabelas

| | |
|---|-----------|
| <u>Tabela de Programação da formação.....</u> | <u>10</u> |
|---|-----------|

Índice:

| | | |
|---|-------|-----|
| A-Introdução: | _____ | 127 |
| B. Análise da situação / escolha do tema: | _____ | 129 |
| C. Objetivos: | _____ | 129 |
| D. Seleção e Organização de Conteúdos: | _____ | 130 |
| E. Programação da atividade: | _____ | 130 |
| F. Avaliação: | _____ | 132 |
| G.Conclusão: | _____ | 133 |
| Bibliografia: | _____ | 134 |

A-Introdução:

A comunicação é um instrumento essencial, que permite ao enfermeiro perceber as necessidades dos doentes, planificar os cuidados e desta forma garantir a qualidade dos seus cuidados.

De acordo Direção Geral da Saúde (DGS) (2017) As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

A realização da formação sobre a temática “A técnica ISBAR na segurança do doente” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio final e Relatório, no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, no serviço de Internamento pediátrico na escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob a orientação da Doutora Constança Festas e tutora de Estágio . Essa formação será dirigido aos Enfermeiros generalista, Enfermeiro especialistas (Saúde Infantil e Pediátrica, Reabilitação).

Neste documento será descrito a intervenção sobre a formação que decorrerá durante o estágio de Internamento Medico-cirúrgico em Pediatria no ano letivo 2023/2024 no serviço de internamento Pediátrico. Desta forma, iremos ao longo deste trabalho descrever as diferentes fases da intervenção.

Primeiramente, realizaremos uma análise de situação em que abordaremos assuntos sobre a escolha do tema para a realização desta atividade. Procedemos assim para a identificação dos objetivos que pretendemos atingir, os gerais e os específicos. Após isto, passaremos à fase da seleção e organização de conteúdos descrevemos os recursos humanos e materiais utilizados para a realização desta atividade. Seguidamente, explicaremos a programação da atividade da apresentação da temática: A técnica ISBAR para segurança da criança. Depois expomos a avaliação, isto é, os resultados que obtivemos com a formação.

Numa fase final, procedemos a demonstração de exemplos práticos de caso clínico em Pediatria após isto apresentamos uma conclusão acerca do tema.

B. Análise da situação / escolha do tema:

A comunicação é a instrumento essencial, que permite ao enfermeiro perceber as necessidades dos doentes, planificar os cuidados e desta forma garantir a qualidade dos seus cuidados.

A escolha do tema surge após uma observação inicial durante o estágio no serviço de internamento Pediátrico no qual foi identificada a problemática e possíveis sugestões para melhorar na comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde para segurança da criança.

C. Objetivos:

A formação é um conjunto de conhecimentos adquiridos durante um período de tempo. Ela pode ser definida como “um processo complexo de aprendizagens, que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito, designadamente aos níveis cognitivo, afetivo, motor, relacional e transformativo” (Abreu, 2001, as cited by Ribeiro, 2012, p27).

Para realização dessa formação de pares vários objetivos foram traçadas sendo gerais, específicos e educacionais.

- **Objetivo gerais:**

Esta formação tem como objetivos gerais

Promover a utilização da técnica ISBAR como um método de comunicação clara e estruturada, na transmissão de informação entre os enfermeiros e profissionais de saúde para segurança do doente no serviço de Internamento Pediátrico.

- **Objetivo Especifico:**

Como estudante de mestrado em Enfermagem pretende-se atingir o seguinte objetivo:

-Desenvolver competência em conhecimento de forma continua e autónoma (Adquirir mais conhecimento, habilidades de formação, autogerenciamento, habilidade

comunicacionais, resolução de conflitos, habilidade em identificar problema e desenvolver um pensamento crítico etc...)

- Ensinar sobre o que é a técnica ISBAR
- Demonstrar como utilizar o método da utilização da técnica ISBAR em Pediatria.
- Demonstrar os benefícios da utilização da técnica ISBAR durante a passagem de turno.

- **Objetivo operacionais / metas**

- Reduzir as falhas de comunicação durante a passagem de turno
- Reduzir as longas passagem de turnos sem transmissão de informação relevantes
- Promover o desenvolvimento profissional

D. Seleção e Organização de Conteúdos:

Os seguintes conteúdos a serão abordados durante a apresentação:

- O que é a técnica ISBAR?
- A técnica ISBAR em Pediatria:
- Critérios para transmissão de informação
- Mnemónica ISBAR:
- Exemplos de aplicação da técnica ISBAR
- Demonstração (Exemplo pratico em Pediatria)

E. Programação da atividade:

Será realizada uma apresentação em PowerPoint de acordo com o plano da sessão que se apresenta de seguida.

Tema:A técnica ISBAR para segurança da criança

Formadora:Vaneza Ester Bamóquina Zau

Orientador: Orientadora Constança Festa e Tutora de Estágio

Grupo alvo: Enfermeiro generalista, especialistas

Apresentação: Via powerpoint, vídeo e exemplo prático

Local: Serviço de Internamento (Sala de enfermagem)

Duração: 15-20min (1 dia durante turno Diurno)

Data: 10 de Abril 2024

| Fases/Tempo | Conteúdo | Metodologia |
|--|---|--|
| Introdução 5min | -Apresentação pessoal da formadora e do tema. -Os conteúdos da apresentação -A comunicação | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (Computador Power Point®) |
| Desenvolvimento 10min | -Apresentação sobre a técnica ISBAR, os critérios, o modelo Mnemónica, e exemplos de aplicação da técnica ISBAR. | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (Computador Power Point®) |
| Conclusão 5min | -Resumo sobre a ideia principal da utilização da técnica ISBAR e seus benefícios. -Abertura à participação e perguntas de dúvidas. | Utilização do método afirmativo expositivo com o auxílio da técnica da exposição e demonstração (Computador Power Point®) |

Tabela de Programação da formação

F. Avaliação:

A avaliação do tema será realizada após a apresentação e discutida com os pares sobre os benefícios e a pertinência do tema, bem como a aplicabilidade da técnica no serviço. Devido ao término do estágio, não será possível realizar uma avaliação imediata baseada em observações. Com isso, pretendo deixar as normas da DGS para que os pares tenham conhecimento sobre essa técnica e possam futuramente implementá-la no serviço.

G.Conclusão:

Com a realização desta formação pretendemos melhorar a transmissão de informações entre enfermeiros no serviço de pediatria através de apresentação educativas, exemplo pratico e utilizando os recursos disponíveis. Através do planeamento em saúde descrito no presente documento pretendemos aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica ISBAR como método eficaz de comunicação de forma a contribuir para segurança da criança e reduzir falha de comunicação no serviço de internamento Pediátrico.

Bibliografia:

Ana, A., Ana, T., Sara, N., & Vaneza, Z. (2022). Revisão de Literatura sobre A utilização da técnica ISBAR e a segurança do doente. Universidade Católica do Porto.

American Society of Quality . (2024). SBAR (SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION). Retrieved from: <https://asq.org/quality-resources/sbar#:~:text=SBAR%20was%20introduced%20by%20the,improve%20safety%20is%20well%20documented>.

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017. Lisboa.

Livia, M., Juliana, M., & all (2022) Validation of communication instrument for the transfer of nursing care in Pediatrics. Cuidado e fundamental revista de pesquisa Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Ribeiro, S. (2012). Gestão De Cuidados De Enfermagem: A Implementação Da Formação Em Serviço Na Unidade De Saúde Familiar Quinta Da Prata [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Unidade Curricular Estágio final e Relatório
Formação de Pares
Serviço de Internamento Pediátrico

Vaneza Ester Bamóquina Zau
nº396422021



A técnica ISBAR para segurança da criança

396422021. Vaneza Zau UCP



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Objetivo da formação:

- Promover a utilização da técnica ISBAR como um método de comunicação clara e estruturada, na transmissão de informação entre os enfermeiros e profissionais de saúde para segurança da criança.
- Reduzir as falhas de comunicação durante a passagem de turno
- Reduzir as longas passagens de turnos sem transmissão de informação relevantes
- Promover o desenvolvimento profissional

396422021. Vaneza Zau UCP

A tecnica ISBAR e a segurança da criança



- ❖ Introdução
- ❖ O que é a técnica ISBAR?
- ❖ Critérios para transmissão de informação
- ❖ Mnemónica ISBAR
- ❖ Conclusão
- ❖ Referência
- ❖ Demonstração (Exemplo pratico em Pediatria)
- ❖ Perguntas

396422021. Vaneza Zau UCP



Introdução:

A comunicação é a instrumento essencial, que permite ao enfermeiro perceber as necessidades dos doentes, planificar os cuidados e desta forma garantir a qualidade dos seus cuidados.

De acordo DGS (2017) As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. (DGS, 2017)



396422021. Vaneza Zau UCP



1

O que é a técnica ISBAR?

- Em 1940 o SBAR foi introduzido pela base militare dos Estados Unidos e mais tarde foi direcionado especificamente para submarinos nucleares onde as informação era essencial para segurança .Desde entao, a feramenta de comunicação tem sido usada em diferentes sectores incluido na saude.
- A técnica ISBAR é uma mnemónica que permite de uma forma simples,memorizar toda a informação essencial a ser transmitida entre os prestadoras de cuidados.
- A tecnica ISBAR é uma ferramenta de comunicação em saude que é reconhecida por promover a segurança do doente em situação de transição de cuidados.
- De acordo com o Serviço Nacional de Saúde A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados. (DGS, 2017).

396422021. Vaneza Zau UCP



A tecnica ISBAR em Pediatria:



Em Portugal,há poucos estudos sobre a utilização da técnica ISBAR no serviço de pediatria,mas observamos a iniciativa de sua utilização em alguns serviços de saúde ,como no INEM e nos serviço de urgência.Em alguns estudos realizados no Brazil ,especificamente em serviços de pediatria,foram observados resultados positivos com a utilização dessa técnica.De acordo com Livia, M., Juliana, M., & all (2022) em seu estudo sobre a *Validação de um instrumento de comunicação para a transferência de cuidados de enfermagem em Pediatria* , apos a sua pesquisa com a participação de 37 enfermeiros, concluíram que “o instrumento foi validado em termos de aparência,clareza,abragência,relevancia e aplicabilidade à pratica dos enfermeiros no contexto hospitalar pediátrico estudado,sem demandar muito tempo para sua aplicação pelos enfermeiros”

396422021. Vaneza Zau UCP



CRITERIOS PARA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO:

As informações transmitidas devem ser escritas de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro. Devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação:

- A informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes na Mnemónica ISBAR;
- No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo da Mnemónica ISBAR.



396422021. Vaneza Zau UCP



Mnemónica ISBAR:

É um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que:

- I: corresponde à Identificação,
- S: Situação atual,
- B: aos Antecedentes,
- A: Avaliação,
- R: Recomendações.

396422021. Vaneza Zau UCP



| | |
|---|--|
| I Identificação | Identificação e localização dos intervenientes na comunicação, bem como do doente a quem diz respeito a comunicação |
| S Situação Atual/causa | Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde |
| B Antecedentes <i>background</i> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Descrição de dados clínicos, de enfermagem e outros relevantes ❖ Diretivas antecipadas de vontade |
| A Avaliação | Informações sobre estado do doente, terapêutica, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação das medidas implementadas |
| R Recomendações | Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica. |

396422021. Vaneza Zau UCP

Tabela adaptado do modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017)

1

Conclusão:

A técnica ISBAR oferece uma abordagem estruturada simples, clara, flexível e eficaz para a comunicação em saúde. Ela é recomendada por ser um instrumento que permite de uma maneira fácil memorizar informações entre os profissionais de saúde. Ao implementar esta técnica, os enfermeiros podem melhorar a segurança do paciente, mover uma comunicação clara e colaborativa, reduzir as longas passagens de turnos sem informações relevantes, assegurar informações necessárias não são esquecidas e fortalecer o trabalho em equipe.

396422021. Vaneza Zau UCP

Referencia:

Ana, A., Ana, T., Sara, N., & Vaneza, Z. (2022). Revisão de Literatura sobre A utilização da técnica ISBAR e a segurança do doente. Universidade Catolica do Porto.

American Society of Quality . (2024). SBAR (SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION). Retrieved from: <https://asq.org/quality-resources/sbar#:~:text=SBAR%20was%20introduced%20by%20the,improve%20safety%20is%20well%20documented>.

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017. Lisboa.

Livia, M., Juliana, M., & all (2022) *Validation of communication instrument for the transfer of nursing care in Pediatrics.*

Cuidado e fundamental revista de pesquisa Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO



Exemplos praticos em Pediátria



Obrigada!

Apêndice V: Poster: Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado a criança para uma pratica segura.

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

VII Fórum das Especialidades de Enfermagem
“Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”

18.04.2024

Adesão às normas de Controle e Prevenção de Infecção pelo enfermeiro no cuidado a criança para uma pratica segura.

Introdução:
As Precauções Básicas de Controle de Infecção são um conjunto de boas práticas criadas e padronizadas de acordo com os procedimentos clínicos e seus riscos inerentes, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2018). Segundo a OMS, “em cada 100 pacientes em hospitais de cuidados agudos, 7 pacientes em países de alta renda e 13 pacientes em países de baixa e média renda adquirirão pelo menos uma infeção durante o internamento hospitalar. Em média, 1 em cada 10 pacientes afetados morrerá devido a uma infeção relacionada à assistência à saúde” (OMS, 2022). Uma das pessoas mais vulneráveis a adquirir infeção hospitalar são os doentes em cuidados intensivos e recém-nascidos, que estão particularmente em risco. Apresentamos esta revisão de literatura com o intuito de investigar a adesão dos enfermeiros com as normas de controle e prevenção de infeções em ambientes pediátricos.

Questão de Investigação:
Como é a adesão pelos os enfermeiros às normas de controle e prevenção de infeção hospitalar em contexto pediátrico?

Objetivo: Identificar a adesão dos enfermeiros às normas de controle e prevenção de infeções em ambientes pediátricos

Metodologia:
Foi realizada uma revisão integrativa da literatura na pesquisa da base de dados PubMed, com critérios de inclusão dos últimos 5 anos, acesso a texto completo, na língua português e inglesa, de estudos envolvendo a idade pediátrica, desde o recém nascido aos 18 anos de idade.

Vaneza Zau¹, Constança Festas^{2,3}

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal
 (2) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Porto, Portugal
 (3) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Resultados e Discussão:
A análise de três artigos selecionados revelou conclusões comuns sobre a adesão dos enfermeiros a essas normas em diversos contextos de saúde. Constatou-se que os enfermeiros demonstram um forte conhecimento das práticas de prevenção e controle de infeções, frequentemente adquirido por meio de programas de treinamento hospitalar. No entanto, embora reconheçam a higiene das mãos como essencial para prevenir infeções hospitalares, a adesão aos protocolos de higiene das mãos permanece inconsistente. Além disso, a aplicação das normas de controle de infeções varia entre os setores hospitalares, com maior conformidade observada em áreas de alto risco, como cuidados intensivos neonatais. Apesar do conhecimento dessas normas pelos enfermeiros, fatores como restrições de recursos e limitações de tempo dificultam a plena adesão às práticas de controle de infeções.

Conclusões:
As diretrizes de controle e prevenção de infeções representam um conjunto de normas para as quais os enfermeiros recebem formação para implementar em seu ambiente hospitalar. No entanto, é evidente que, embora muitos enfermeiros possuam conhecimento teórico sobre essas normas, a adesão efetiva a elas ainda precisa ser aprimorada em todos os serviços hospitalares.

Conhecimento

Higiene das mãos

Serviço

Adesão

P Enfermeiros

I normas de controle e prevenção de infeção

O Não aplicavel

C Seguranca da criança

-Adesão

-Prevenção e Controle de Infeção

-Enfermeiros

-Pediatria

-Artigos identificados na base de dados n=173

-Artigos excluidos apos aplicacão dos criterios n=152

-Artigos a analisar n=6

Processo seletivo

3 Artigos selecionados

Referencias:

- 1-M. Kilpatrick et al. / American Journal of Infection Control 49 (2021) 622–63 Paediatric nurses', children's and parents' adherence to infection prevention and control and knowledge of antimicrobial stewardship: A systematic review
- 2-Kamara, G.N.; et al. Public Health 2022, 19, 2978. Hand Hygiene Compliance at Two Tertiary Hospitals in Freetown, Sierra Leone, in 2021: A CrossSectional Study. Int. J. Environ. Res.
- 3 Mustaru A.M, Babagha AN, Kunuu R, Gbete C (2022). PLoS ONE 17 (7): e0270508. Knowledge and determinants of infection prevention and control compliance among nurses in Yendi municipality, Ghana. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270508>
- 4 S.J. Janssen et al. Pediatric Research (2023) 94:450–457: Developing a design-based concept to improve hand hygiene in the neonatal intensive care unit.

