



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por: Sónia Silvana Soares Gomes

Sob orientação de: Doutora Constança Festas

Porto, Abril de 2017

PENSAMENTO

*Comfort maybe a blanket or breeze,
some ointment here to soothe my knees;
A listening ear to hear my woes.
a pair of footies to warm my toes,
A PRN medication to ease my pain,
someone to reassure me once again,
A call from my doctor, or even a friend,
a rabbi or a priest as my life nears the end,
Comfort is whatever I perceive it to be,
a necessary thing defined only by me.*

S. D. Lawrence (estudante de enfermagem) in Kolcaba (1995)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à sempre disponível Doutora Constança Festas pela partilha do seu saber e pela sua presença e disponibilidade constantes neste caminho. Agradeço ao meu marido e à minha filha a compreensão por todo o tempo que não passamos juntos e apoio incondicional.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças.

RESUMO

O presente relatório surge como um requisito para avaliação da unidade curricular Relatório inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Plano de estudos do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica. Ele decorre da atividade desenvolvida no estágio realizado do dia 2 de Maio ao dia 5 de Novembro de 2016. O estágio contempla a realização de três módulos: o Módulo I de Saúde Infantil, o Módulo II de Serviços de Medicina/Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e o Módulo III de Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia. O Módulo I de Saúde Infantil foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, da área de Gaia, em articulação com a Unidade de Cuidados à Comunidade de referência, o Módulo III que contempla Serviços de Urgência e Neonatologia foi realizado, num Serviço de Urgência e de Neonatologia do grande Porto. Ao estágio do Módulo II obtive creditação, por possuir experiência profissional na área dos serviços de medicina e cirurgia, de acordo com o regulamento geral do curso supracitado. O objetivo principal deste relatório foca-se na análise do caminho percorrido, das aprendizagens e das competências adquiridas ao longo da sua realização. Durante este percurso foram realçados alguns focos de atenção como a transição para a parentalidade, parceria de cuidados, a família como sistema e o conforto da criança como resultado esperado da prática de enfermagem. A metodologia usada foi descritiva e reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica, assim como a articulação dos conhecimentos adquiridos na componente académica e experiência profissional, de modo a sustentar a aprendizagem desenvolvida no estágio. O presente documento descreve a evolução de um percurso profissional numa lógica crítico-reflexiva na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: criança, família, enfermagem, conforto, competências.

ABSTRACT

This report is a prerequisite for the evaluation of the curricular unit Report, included in the Master Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing Study Plan of the Institute of Health Sciences of Catholic University. It is the result of the activity carried out in the internship carried out from May 2 to November 5, 2016. This internship involves the realization of three modules: Module I of Child Health, Module II of Medical Services / Surgery in contexts of Acute and chronic illness, and Module III of Pediatric Emergency and Neonatology Services. Module I of Child Health was carried out in a Personalized Health Care Unit, in the Gaia area, in articulation with the Reference Community Care Unit, Module III that contemplates Emergency and Neonatal Services was carried out in an Emergency Department and in a Neonatology service in Oporto. At the stage of Module II, I obtained credit, for having professional experience in the area of medical and surgical services, in accordance with the general regulations of the aforementioned course. The main objective of this report is to analyze the path taken, the learning and the skills acquired during the course. During this course, attention was focused on the transition to parenthood, care partnership, family as a system and child comfort as an expected result of nursing practice. The methodology used was descriptive and reflective, supported by bibliographical research, as well as the articulation of the knowledge acquired in the academic component and professional experience, in order to sustain the learning developed in the internship. This paper describes the evolution of a professional course in critical-reflexive logic in the area of Child and Pediatric Health

Keywords: Child, family, nursing, comfort, skills.

ABREVIATURAS E SIGLAS

BIS – Boletim Individual de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CMEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTAS – Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

ECTS – Sistema de transferência de créditos europeu

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica

EPS – Educação Para a Saúde

ESIP – Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OBS – Sala de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pressões arteriais invasivas

RN – Recém-Nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SNG – Sonda Nasogástrica

SNIPPI – Sistema de Intervenção Precoce na Infância

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	- 17 -
2. O CONFORTO COMO RESULTADO DOS CUIDADOS EM PEDIATRIA .	- 21 -
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ÂMBITO PROFISSIONAL	- 25 -
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO	- 33 -
4.1. Domínio da prestação de cuidados	- 33 -
4.2. Domínio da formação.....	- 49 -
4.3. Domínio da investigação.....	- 53 -
4.4. Domínio da gestão.....	- 55 -
4.5. Um caso especial.....	- 56 -
5. CONCLUSÃO.....	- 61 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 63 -
APÊNDICES.....	- 67 -
APÊNDICE I – Planeamento de sessão de EPS sobre higiene oral	- 69 -
APÊNDICE II – Procedimento de Visita Domiciliária à puérpera e RN.....	- 81 -
APÊNDICE III – Plano de sessão da Formação a pares sobre Conforto	- 91 -

1. INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP) surge, no plano de estudos, após as unidades curriculares teóricas e de estágio, a unidade curricular Relatório. Esta unidade curricular propõe a elaboração de um relatório crítico-reflexivo sobre o percurso de aprendizagem, tendo em conta os seguintes objetivos gerais de estágio:

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);
- Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Destes objetivos gerais emergem objetivos específicos exigidos no plano de estudos, atingidos através da execução de atividades realizadas em estágio, assim como, com a articulação dos conhecimentos adquiridos na componente académica e experiência profissional, de modo a sustentar a aprendizagem desenvolvida no estágio.

Para obter competências de especialista, o plano de estudos contempla a realização de três módulos de estágios: o Módulo I de Saúde Infantil, o Módulo II de Serviços de Medicina/Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e o

Módulo III de Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia. Cada módulo tem a duração de 250h totais, sendo 180 h de contacto e 70h de trabalho individual. O Módulo I de Saúde Infantil foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), da área de Gaia, em articulação com a Unidade de Cuidados à Comunidade de referência, de 2 de Maio a 26 de Junho do ano transacto. O Módulo III que contempla os Serviços de Urgência e Neonatologia decorreu de 12 de Setembro a 5 de Novembro, num Serviço de Urgência e de Neonatologia de referência do grande Porto, sendo que as 180h preconizadas de contacto foram divididas equitativamente para cada estágio, resultando num total de 90h para cada um. As razões para a escolha dos locais de estágio prenderam-se com a possibilidade de adquirir conhecimentos atualizados e de referência na área da Saúde Infantil e Pediátrica. Relativamente ao estágio do módulo II, obtive creditação, por possuir experiência profissional de 17 anos, na área da assistência à criança em contexto de doença aguda e crónica, em serviço de Medicina e Cirurgia, de acordo com o regulamento geral do curso supracitado.

Nesta lógica, o presente relatório tem como objetivos: descrever e refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, para atingir os objetivos específicos delineados e assim adquirir as competências propostas; refletir sobre temáticas pertinentes na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) e servir de instrumento de avaliação da Unidade Curricular. O uso sistemático da reflexão, permite questionar a prática, aferindo possíveis resultados, de forma a melhorar os cuidados prestados e incorporando, com mais facilidade, o conhecimento adquirido.

A minha prática em estágio foi norteada tendo em conta a família como um sistema, segundo a perspetiva de Cardoso (2010) “...o comportamento de um membro da família afeta os outros e o da família enquanto sistema; de igual modo, qualquer mudança no sistema familiar afeta o comportamento individual de cada um dos seus membros” (1). Em pediatria o sujeito dos cuidados é o Recém-nascido(RN)/criança/adolescente e sua família, num binómio onde o EESIP reconhece a criança como um ser vulnerável e os seus pais como os primeiros

prestadores de cuidados, maximizando o seu potencial de desenvolvimento (2). Outro dos temas norteadores deste caminho foi o conforto como resultado esperado dos cuidados de enfermagem, baseado na teoria de médio alcance de Kolcaba. Sendo assim, as intervenções executadas por mim tiveram como objetivo o conforto do RN/criança/adolescente, nos diferentes contextos por onde passei.

Este relatório foi organizado em cinco capítulos: introdução; seguindo-se o enquadramento teórico do conforto como resultado dos cuidados em pediatria; a descrição das competências adquiridas durante a experiência profissional num serviço de Pediatria; as competências adquiridas em estágio, onde incluo a reflexão de um caso especial vivido na prática profissional; e por fim, uma breve síntese dos conteúdos.

2. O CONFORTO COMO RESULTADO DOS CUIDADOS EM PEDIATRIA

Ao longo do meu percurso profissional constatei que, o termo conforto é empregue em vários contextos da prática clínica, como por exemplo, referindo-se aos cuidados de higiene: “foram prestados cuidados de higiene e conforto”, como um resultado esperado dos cuidados de enfermagem: “o doente está confortável”; e, mais recentemente, com a chegada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como foco de atenção: “conforto comprometido/não comprometido”. Assim, durante um percurso formativo, surgiu a oportunidade de explorar a Teoria do Conforto de Kolcaba, onde aprofundi conhecimentos em relação ao conforto, incorporando a teoria nos cuidados em contexto pediátrico. Desta forma, o conforto tornou-se um tema de relevante interesse, direcionando os meus cuidados para a obtenção de conforto como resultado esperado da minha prática profissional, sendo um tema transversal que incluí no meu processo de desenvolvimento de competências durante o estágio.

Citando Apóstolo (2009), a origem etimológica da palavra Confortar deriva do latim *Confortare*, que significa “*restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar*” (3). Na CIPE, conforto define-se como: *um tipo de sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*”, conceito que, à luz da Teoria do Conforto e, na minha perspectiva, está incompleto, assunto que será debatido oportunamente neste capítulo. Oliveira (2013), que analisa os termos bem-estar e conforto, refere que o termo conforto apresenta maior interesse para a enfermagem, “*por ser considerado como um resultado (mais) sensível à intervenção do enfermeiro, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita*”. (4) Seguindo esta lógica, conforto é um resultado imediato da prática de enfermagem, com ação fortalecedora na pessoa alvo dos cuidados.

Efetivamente, o conforto tem sido referido em várias teorias de enfermagem, desde a época de Nightingale em 1859, onde a teórica refere a observação como um instrumento relevante para o aumento da saúde e conforto do doente,

remetendo-nos para uma visão geral do conforto, conforme refere Kolcaba (5). O conforto manteve uma conotação central nos cuidados de enfermagem durante as primeiras três décadas do século XX, surgindo como um imperativo da disciplina. Posteriormente, até aos anos 50 é reconhecido como uma estratégia para alcançar os resultados esperados dos cuidados de enfermagem e, por fim, nas décadas de 60 a 80, deixa de ter relevância em detrimento da evolução tecnológica existente na época, que direcionou o foco dos cuidados para uma dimensão física.

Segundo Apóstolo (2009), na segunda metade do século XX, foi devolvido o significado nobre e central do termo, através do estudo da disciplina por autoras como Hildegard Peplau, Madeleine Lenninger, Janice Morse e Katherine Kolcaba. Segundo Orlando, o papel do enfermeiro deve-se centrar na satisfação das necessidades do doente, tendo em vista o seu conforto físico e mental (3). Ainda baseado no mesmo autor, Peplau refere o conforto como uma necessidade básica, no entanto Roy, integrando na sua teoria da adaptação, estudou o conforto psicológico e as medidas a executar para o aumentar. Já para Lenninger e Watson o conforto assume uma importância central e é um componente do cuidar.

Para Morse, citada por Apóstolo (2009), a *“enfermagem tem um papel central no conforto dos doentes podendo ser considerado como um estado último de saúde e portanto uma meta ou objetivo do cuidar”* (3). Mas, na perspectiva de Kolcaba (1995) ficava incompleta esta noção uma vez que, defende que o conforto é um estado que resulta das intervenções de enfermagem, requerendo quer o processo de ações confortantes, quer o resultado dessas ações, forma pela qual se obtém o conforto aumentado. Para Kolcaba (1995), conforto define-se como uma experiência imediata, fortalecida por sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita; a tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação; a transcendência, anteriormente também designado por renovação, é o estado em que a pessoa supera os problemas e o sofrimento. (5)

Baseando-se no Holismo, Kolcaba (1995) descreveu quatro contextos em que o conforto ocorre: físico, psicoespiritual, ambiental e social. Para a teórica, o contexto do conforto é físico quando pertence às sensações do corpo e são exemplos os mecanismos homeostáticos, que têm que ser mantidos, ou restabelecidos para manter o conforto físico. O conforto psicoespiritual pertence à consciência interna de si próprio, incluindo conceitos como a autoestima, autoconceito, sexualidade e o significado da vida, relação com uma ordem ou um ser mais elevado. O conforto ambiental aparece associado aos trabalhos de Watson que advoga que o ambiente dos doentes é importante para o seu bem-estar físico e mental (5) Alguns dos exemplos estão relacionados com a cor, o ruído, a luz, a temperatura, vistas pelas janelas e acesso à natureza. Por último, o conforto sociocultural como pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais, onde Kolcaba inclui as finanças, a educação e suporte. Posteriormente, foi incluída a ideia da cultura para incorporar as tradições familiares, costumes e histórias familiares (6). Seguindo este raciocínio e, após refletir sobre o conceito de conforto proposto pela CIPE, conforme foi focado atrás neste capítulo, e à luz da Teoria do Conforto, penso que o conceito descrito na CIPE está longe de abranger todas estas possíveis dimensões tornando este foco de enfermagem incompleto e desprovido do seu verdadeiro valor, uma vez que se centra no que Kolcaba refere como conforto físico.

Com base na Teoria do Conforto os enfermeiros identificam as necessidades de conforto dos indivíduos e planeiam as intervenções adequadas com vista a satisfazer essas necessidades. A par desta teoria e, porque os cuidados em enfermagem pediátrica estão centrados nas respostas às necessidades da criança enquanto membro de um sistema familiar, a família terá de ser uma constante, incorporando – a nos cuidados de acordo com a parceria de cuidados de Anne Casey, valorizando os pais/pessoa significativa como principais cuidadores, maximizando o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, promovendo a segurança e o conforto da criança/família (2).

Na minha perspectiva, os termos conforto e família não se podem dissociar, pela condição de vulnerabilidade, dependência e vinculação da criança/adolescente à família, que assume um papel fundamental para o seu crescimento e

desenvolvimento, motivo pelo qual a sua presença deve ser uma constante, humanizando o cuidado. Manter a família como os principais atores, devolvendo à criança/adolescente a manutenção da continuidade do seu ambiente familiar, em conjunto com o enfermeiro, será um fator favorecedor de conforto, tanto para a criança/adolescente como para os pais, promovendo o conforto e ganhos em saúde do binómio criança/família, perspectivando o objetivo final que se traduz na obtenção de conforto.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ÂMBITO PROFISSIONAL

Durante 17 anos, a minha experiência profissional tem vindo a ser exercida num serviço de Pediatria, local onde foram adquiridas algumas competências que foram reconhecidas, tendo aprofundado e desenvolvido novas competências de forma a completar as 29 requeridas no plano de estudos. Neste capítulo, vou explicar as competências que reconheço possuir e que são resultado do processo de assistência à criança e família, em situação de doença aguda e crónica, que me permitiram obter creditação ao Módulo II - serviços e medicina e cirurgia, num total de 10 ECTS (Sistema de transferência de créditos europeu). Depois de uma breve contextualização passo a referir as competências adquiridas em consonância com as atividades realizadas nos quatro domínios: formação, investigação, gestão e prestação de cuidados.

O serviço de pediatria onde tenho exercido funções, está inserido numa UGI – Unidade de Gestão Integrada, da Mulher e da Criança onde fazem parte os serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia. O serviço de pediatria é composto pelas valências de internamento de pediatria médica e cirúrgica, cirurgia de ambulatório, hospital de dia e consulta externa, locais para onde sou destacada rotativamente, no exercício das minhas funções, mediante necessidade do serviço. Este está organizado por idades, respeitando as especificidades inerentes a cada faixa etária e respondendo a uma exigência da Carta da Criança Hospitalizada, no número 6, onde refere: *“devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas, adaptadas à idade com toda a segurança.”* (7). No entanto, é minha opinião que o serviço devia estar decorado tendo em conta o mundo imaginário da criança, de forma a favorecer um ambiente adequado às suas necessidades desenvolvimentais, sendo este um ponto com um potencial de melhoria no que se refere ao acolhimento, ou interligando com a Teoria de Conforto, para obter conforto ambiental.

O hospital de dia funciona contíguo ao serviço de internamento três dias por semana com tratamentos fixos mensais ou semanais e, nos restantes dias pontualmente para administração de medicação em regime de ambulatório de crianças provenientes da consulta externa ou com alta após o internamento. No internamento de pediatria recebemos crianças de um mês de idade até aos 18 anos, o que exige um conhecimento muito diversificado nas diferentes fases de desenvolvimento da criança/adolescente e também das variadas situações de doença agudas e crónicas, que ocorrem nestas faixas etárias, desde o RN até ao adulto jovem, sendo este um leque muito vasto o que requer um **aprofundamento de conhecimentos na área da ESIP em contextos de medicina e cirurgia**. Na consulta externa funcionam várias especialidades de medicina e cirurgia e um gabinete de enfermagem que está previsto aumentar para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde. O serviço de cirurgia de ambulatório funciona três vezes por semana e tem por objetivo resolver problemas cirúrgicos em regime de ambulatório, no entanto, muitas vezes, as crianças necessitam de passar para o internamento para vigilância podendo pernoitar durante 23 horas, o que implica mobilizar todos os conhecimentos relativamente aos cuidados pós-cirúrgicos.

O conhecimento na área da saúde não é estático estando em constante evolução, motivo pelo qual, segundo a OE (Ordem dos Enfermeiros), para manter um elevado nível de qualidade, deve existir *“uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional”* (8). Ao longo do meu percurso profissional percorri o lema de manter atualizados os meus conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Nesta lógica, de acordo com o plano formativo do serviço, fui identificando necessidades de formação e sugerindo temas, tendo como base a sua aplicabilidade, de forma a produzir melhores cuidados de enfermagem na área de assistência referida. Um dos temas abordados pelo grupo, do qual eu faço parte e dinamizo, foi a dor em pediatria, desde a fisiologia, escalas a adotar, história da dor, estratégias farmacológicas e não farmacológicas e registo na aplicação SClínico, com o objetivo de uniformizar os registos efetuados pelas enfermeiras, de uma forma sistematizada, todo o processo de enfermagem, assim como, os resultados

sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente (8), o que me permitiu **identificar necessidades formativas na área da Pediatria**. À medida que fui efetuando as formações tive a oportunidade de sensibilizar as colegas para a temática da avaliação e registo da dor, assim como incentivar a sua atualização constante, **promovendo a formação em serviço na área da SIP (Saúde Infantil e Pediátrica)**, assim como o **desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Para além destas formações também procurei, sempre que possível, assistir a congressos e encontros de enfermagem e manter-me atualizada à medida que me deparei com novas situações, através da pesquisa bibliográfica. A par das formações em serviço frequentei formações de Suporte Básico de Vida Pediátrico, Registos de Enfermagem no SClínico, Cursos da Comissão de Higiene e Controlo da Infecção Hospitalar, assim como variadas formações realizadas pelas minhas colegas no âmbito da formação em serviço. Em 2007, ingressei no Mestrado Académico na Universidade Católica, na mesma área como opção, tendo concluído a pós-graduação e, recentemente, ingressei no CMEESIP para completar a minha formação, **mantendo de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**. Nesta altura, o tema do conforto surgiu como área de interesse e manteve-se presente a partir daí, assunto que já foi referenciado no primeiro capítulo deste relatório.

No processo de tomada de decisão, assim como na implementação de intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da evidência científica com o objetivo da procura permanente da excelência no exercício profissional (8). Durante a minha prática profissional e com o objetivo de prestar cuidados de excelência, procurei incorporar os conhecimentos mais recentes e válidos nos cuidados desenvolvidos, aplicando saberes provenientes de estudos de investigação, refletindo criticamente na prática e discutindo com a equipa de enfermagem. Como já referi, um dos temas mais recentemente pesquisados foi a dor em pediatria, dando resposta a uma necessidade sentida durante os cuidados prestados, uma vez que, falar da dor tem como objetivo dar resposta a um imperativo ético e moral, que promove um desenvolvimento harmonioso da

criança, plasmado na carta da criança hospitalizada “*As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*” (7). Também no documento da DGS refere: “*O controlo da dor, para além de ser um direito da pessoa que sofre, é uma função obrigatória dos profissionais de saúde*” (9). Mais acrescento, segundo o GOBP, “*compete aos enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor*” (2). Então, pesquisar sobre um tema imprescindível para obter cuidados de enfermagem de qualidade, num serviço de pediatria, de forma a adquirir resultados válidos e relevantes, com o objetivo de prestar cuidados fundamentados numa prática baseada na evidência científica, tem sido uma preocupação e atividade desenvolvida nestes anos de exercício, nas diferentes áreas deste, desde o internamento até à consulta de pediatria. Assim, durante o meu percurso profissional, **incorporar os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**, tem produzido ganhos em saúde ao RN/criança/adolescente e sua família, nas várias áreas de atuação, quer esteja a falar de alívio da dor ou de outro tema. Desta forma, considero ter **demonstrado compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência**, uma vez que norteio a minha prática mediante os resultados da investigação, promovendo a excelência dos cuidados de enfermagem.

Como refere Benner (2005), na sua obra “*De iniciado a perito*” (10), o enfermeiro passa por cinco níveis de perícia para o desenvolvimento de competências, referindo a necessidade de ensino/ aprendizagens ao longo do percurso profissional. Ao longo de 17 anos de experiência profissional, desenvolvi competências que me permitiram atingir um nível de perita na área da pediatria, o que me possibilitou **a integração de novos profissionais** orientando-os através da consulta de procedimentos e normas do serviço, rotinas e articulação com as diferentes equipas de profissionais de saúde. Durante o meu percurso, para além de ter a oportunidade de integrar enfermeiros novos no serviço, também orientei estudantes a desenvolver Ensinos Clínicos de Licenciatura em Enfermagem, o que me permitiu **exercer supervisão do exercício profissional na área da**

ESIP. Procurei sempre desenvolver o espírito crítico e a reflexão, quer nos profissionais em integração, quer na supervisão nos Ensinos Clínicos, como base para fazer face à constante complexidade de situações novas, assim como um exercício que irá ser um instrumento de relevante importância para desenvolver as suas próprias competências no seu percurso profissional.

Durante a minha experiência profissional tive a oportunidade de efetuar algumas atividades que me permitiram desenvolver competências a nível da gestão dos cuidados e recursos humanos e materiais, no entanto, as funções de gestão, na sua maioria, são efetuadas pela enfermeira chefe. No serviço de Pediatria referido, os cuidados de enfermagem são prestados tendo em conta o método individual de trabalho que se baseia “...no conceito de cuidado global e implicam afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um e a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados (11). Na minha opinião, este método é o adequado uma vez que vai de encontro ao conceito de cuidados holísticos, em que o doente é visto como um todo e não como a soma das partes, o que se traduz em maior benefício para o doente e também porque mais eficazmente o enfermeiro pode desenvolver a parceria de cuidados. A gestão dos recursos humanos e materiais é da responsabilidade da enfermeira chefe, no entanto, quando esta está ausente, esta função é delegada ao enfermeiro responsável de turno, função que exerço frequentemente. Neste contexto, como responsável de turno, desempenho as seguintes funções: elaboro o plano de trabalho (tendo em conta o método individual, a experiência e competência de cada um dos enfermeiros, considerando o grau de dependência dos cuidados de forma a produzir um plano equitativo); coordeno a equipa de enfermagem, naquele turno, de forma a manter a qualidade dos cuidados, através da gestão adequada dos mesmos, tendo em conta os cuidados prioritários, para dar uma resposta atempada às necessidades em cuidados de enfermagem; fomento uma boa relação entre equipa e utentes; faço cumprir as normas e procedimentos instituídos; faço a gestão de recursos humanos em caso de absentismo, na ausência do enfermeiro chefe; contacto o médico de permanência quando existir necessidade; mantenho a otimização dos recursos materiais e equipamentos, o que me permitiu **realizar a gestão dos**

cuidados na área da assistência à criança/família em contexto de doença aguda/crónica. Na área da qualidade dos cuidados também tenho tido um papel ativo, na elaboração de procedimentos e instruções de trabalho, assim como, participando em auditorias para avaliação da qualidade principalmente na cirurgia de ambulatório, pelo que considero **zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP em contexto de serviços de medicina e cirurgia.**

Novamente, citando Benner (2005), *“a prática é, em si mesmo, um modo de se obter conhecimento”* (10), através do contacto com situações variadas e complexas, que levam a enfermeira a adquirir novas competências e habilidades na sua área de atuação. Assim, competências clínicas e especializadas emergem do aprofundamento das competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais, que se fundem nas competências a adquirir para obter o grau de Enfermeiro Especialista. Acerca do Cuidar, Collière (1999) afirma que *“quando a vida surge os cuidados existem, já que é necessário tomar conta da vida para que esta continue e permaneça”* (12). E, segundo os padrões de qualidade da OE (2001) *“bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (8). Assim, tendo em consideração a especificidade de cada criança/adolescente/família, seu meio cultural, crenças e desejos pessoais e etapa de desenvolvimento, a minha prática profissional foi direcionada mediante estas linhas de pensamento, com vista a acolher e promover o conforto a cada pessoa que atendi, numa lógica de respeito pela individualidade de cada ser, considerando ser este o primeiro passo para uma relação de confiança entre enfermeiro e criança/família. Em todas as situações de cuidados obtenho o consentimento da criança/adolescente/família, explico o procedimento e preparo-a para que esta o compreenda e aceite, respeitando a sua autonomia e atuando mediante os princípios do código deontológico da profissão, o que me permite **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas.**

A área da Enfermagem Pediátrica reúne um conjunto exclusivo de focos de Enfermagem que constituem áreas específicas de atenção e de intervenção dos enfermeiros. De todos, tenho dedicado especial atenção à dor e ao conforto,

como já referi anteriormente neste relatório, mas também à parentalidade. Ser pai e mãe em contexto de hospitalização implica mudanças complexas a vários níveis, em resposta às novas necessidades da criança, geradoras de um processo de transição na própria parentalidade. Desta forma, negociar junto dos pais uma parceria de cuidados, assente no auxílio mútuo, revelar-se-á numa melhor adaptação para este novo papel, transmitindo segurança e conforto à criança ao ser cuidada na sua unidade familiar. Para auxiliar os pais nesta transição é imprescindível que o enfermeiro valorize todo o conhecimento que os pais têm, uma vez que são eles que melhor conhecem a criança, capacitando-os para este papel, agora alterado, negociando com a mesma, de forma a permitir um verdadeiro cuidado centrado na família. No entanto, tenho a noção que este será sempre um cuidado a melhorar uma vez que, em relação à parceria de cuidados e promoção da parentalidade, o serviço onde trabalho tem neste tema uma oportunidade para melhorar.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao RN/criança/adolescente, tem sido uma competência trabalhada ao longo destes anos ao Identificar necessidades e focos de atenção/diagnósticos de enfermagem, planear intervenções direcionadas a dar resposta a esses focos, monitorizar e avaliar os resultados obtidos e ajustar os diagnósticos inicialmente levantados, executando os registos recorrendo à linguagem da CIPE, no sistema informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), documentando todos os cuidados executados o que me permitiu **gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada**. Os registos de enfermagem são o espelho dos resultados obtidos pelo trabalho exercido pelo enfermeiro e demonstram objetivamente o valor social da profissão, ao traduzirem os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que estive sempre atenta a possíveis formas de os completar e melhorar.

A ansiedade dos pais perante a hospitalização de um filho gera por vezes situações de grandes dúvidas decorrentes do estado de saúde do filho, ou até mesmo de falta de preparação para lidar com o filho doente, pelo que ensino e

instruo os pais para que prestem cuidados, tendo como base uma parceria de cuidados negociada, promovendo o conforto da criança e família. Para Casey (1993) “ *os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.*” (13). Ao fim de 17 anos de experiência profissional na área da pediatria não podia estar mais de acordo com Casey, uma vez que verifico que é com a família que a criança/adolescente se identifica e se sente segura para se adaptar à hospitalização. Desta forma, criar e manter uma relação terapêutica baseada na confiança mútua torna-se mais fácil, prestando cuidados diferenciados e contribuindo para uma atmosfera menos hostil.

A base de todo este trabalho assenta na comunicação com a criança/adolescente e família, outra das competências adquiridas ao longo da minha experiência profissional. A etapa de desenvolvimento da criança traça a forma mais adequada de comunicar com a criança/adolescente, tornando específica a forma como nos relacionamos com ela. Na comunicação conseguimos ver espelhada a abrangência da pediatria uma vez que, de recém-nascido até à adolescência a comunicação pauta-se por visíveis diferenças, que vão desde a comunicação não-verbal, até uma comunicação que inclui ambos os tipos, verbal e não-verbal, assente numa verdadeira relação de ajuda. Privilegiar o toque em RN e lactentes, saber ouvir os adolescentes, integrando todas as formas de comunicação não-verbal, explicar os procedimentos, muitas vezes dolorosos, falando honestamente, com calma, com confiança numa postura de igual para igual, assumindo a brincadeira como um importante fator nas crianças mais pequenas, que deve ser fomentada também fora destas situações para que a relação de confiança se fortaleça, foram conhecimentos aplicados para comunicar o que me permitiu **adquirir conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura em contexto de cuidados à criança com doença aguda e crónica**, no entanto, esta competência irá ser aprofundada durante o meu percurso formativo noutros contextos.

4. COMPETÊNCIAS APROFUNDADAS EM ESTÁGIO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, para integrar os conhecimentos adquiridos, articularam-se as atividades realizadas em estágio, na área da saúde infantil e pediátrica, com as competências adquiridas de uma forma reflexiva e fundamentada no decorrer deste capítulo. Para uma melhor análise foram divididas as competências em quatro domínios: prestação de cuidados, Investigação, formação e gestão tal como foi proposto na elaboração do projeto de estágio.

4.1. Domínio da prestação de cuidados

Tal como refere Collière a prática de cuidados desde sempre esteve ligada às atividades da mulher no que diz respeito aos cuidados que suportam a vida do dia-a-dia (12). Muito caminho foi feito e hoje a enfermagem surge como uma profissão regulamentada, com competências específicas, bem estruturadas nas diferentes áreas da profissão. No domínio da prestação de cuidados, o enfermeiro tem como objetivo promover a saúde, prevenir a doença, tratar, reabilitar e reinserir, nos vários ciclos de vida (14). Neste subcapítulo, serão descritas as competências aprofundadas nos diferentes contextos de estágio, no domínio da prestação de cuidados.

Competências

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

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

Objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais dos locais de estágio;
- Compreender a dinâmica e a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem nos locais de estágio;
- Conhecer mecanismos de articulação entre os serviços supracitados e as instituições da comunidade.

Atividades desenvolvidas:

- Conheci os serviços através de visita guiada pelas enfermeiras tutoras.
- Consultei normas e procedimentos em cada contexto.
- Consultei os horários da equipa de enfermagem e a sua organização.
- Percebi a dinâmica do serviço e função de cada elemento da equipa multidisciplinar;
- Questionei sobre a articulação dos serviços intra-hospitalar e extra-hospitalar.

O estágio, nos diferentes contextos, constituíram para mim um grande desafio, uma vez que me obrigaram a sair da minha zona de conforto e me levaram a procurar novos conhecimentos e competências na área da saúde infantil e pediátrica, o que concorreu para aumentar a minha motivação no dia-a-dia. Com o intuito de conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais dos diferentes contextos, fui acolhida pelas enfermeiras tutoras, que me mostraram os serviços através de uma visita guiada pelas instalações, apresentando-me aos profissionais, referindo as suas funções dentro da instituição e articulação com as outras instituições, o que me permitiu conhecer os serviços. A consulta dos procedimentos, protocolos, horários e a distribuição dos planos de trabalho, ajudaram-me a incorporar a dinâmica dos serviços relativamente à prestação de cuidados e gestão de recursos.

O estágio de Cuidados de Saúde Primários decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) na região de Gaia e foi orientado pela única EESIP a exercer funções na Unidade. A UCSP articula-se com a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), que funciona só com Enfermeiros Especialistas

nas áreas de Enfermagem Comunitária e Saúde Infantil e Pediatria e dinamiza diversos projetos de intervenção na comunidade nas duas áreas. Para além de acompanhar o trabalho desenvolvido na UCSP também participei nas sessões de educação para a saúde na área da saúde pré-escolar e escolar. Da consulta de protocolos e procedimentos na UCSP verifiquei que não existia nenhum procedimento para a visita domiciliária ao RN e puérpera, o que após, discussão com a minha tutora de estágio, achamos que a sua realização seria uma oportunidade de melhoria para o serviço. O trabalho foi desenvolvido com o objetivo de fazer uma formação a pares pelo que será mais aprofundado no domínio da formação.

O estágio de urgência foi realizado num serviço de urgência polivalente do grande Porto, onde de acordo com o despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2.ª série, N.º 153 e pela sua dimensão e complexidade de atendimentos, os profissionais devem estar dotados de formação especializada na área de emergência, suporte de vida imediato e avançado e formação avançada em trauma pediátrico (15), requisitos necessários para ir de encontro às necessidades da população pediátrica atendida. Os enfermeiros estão divididos por equipas e o plano de distribuição dos postos de trabalho é feito tendo em conta as competências de cada elemento, sendo que o Enfermeiro Especialista (EE) com mais anos de serviço é o coordenador da equipa. Neste serviço, onde existe grande procura por cuidados de saúde especializados, a organização é um ponto crucial pelo que a atuação mediante protocolos pré-estabelecidos é uma mais-valia para o êxito da equipa, ideia que esteve bem patente em sala de emergência onde a equipa aciona o protocolo de atuação onde todos os elementos têm funções bem diferenciadas, articulando-se com facilidade.

O serviço de Neonatologia articula-se com o Centro de Saúde através de carta de alta de enfermagem onde são referenciados os focos de atenção ativos para que se dê continuidade de cuidados em regime de cuidados de saúde primários, constituindo desta forma um cuidado imprescindível para garantir a continuidade dos cuidados na transição para o domicílio, traduzindo-se em ganhos para o RN/criança/adolescente e família, dependentes só dos cuidados de enfermagem

assim, segundo a OE (2011) *“Preparar o regresso a casa” consiste num processo dinâmico e contínuo desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio ou para um outro nível de cuidados, garantido a qualidade e continuidade deste*” (16). Durante o estágio tive a oportunidade de conhecer mecanismos de articulação entre as diferentes instituições em novos contextos da prática, de forma a facilitar a transição da criança para os cuidados de saúde primários.

Na UCSP onde estagiei, a maior parte dos enfermeiros que prestam cuidados aos RN/crianças/adolescentes são enfermeiros de família, ou seja, enfermeiros de cuidados gerais que prestam cuidados de enfermagem à família. Sendo assim, refletindo no papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, este tem, na minha opinião, nestes contextos, que promover a articulação entre os enfermeiros de família e os EESIP, quando são detetados parâmetros desviados do normal, no âmbito da SIP, sensibilizando-os para a sinalização destas alterações, permitindo, desta forma, que o olhar específico e ao mesmo tempo abrangente do EESIP, possa despistar problemas no RN/criança/adolescente, obtendo ganhos em saúde para a população pediátrica. Segundo a OE (2013) *sobre a problemática das consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica executadas por enfermeiros de cuidados gerais ou EESIP, ressalta que “...a intervenção dos Enfermeiros de Cuidados Gerais na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, em todos os contextos da prestação de cuidados, insere-se num trabalho de equipa que se prevê desenvolvido sob orientação e coordenação do Enfermeiro Especialista em ESIP.”* (17). Nesta lógica, o EESIP, como coordenador e orientador dos cuidados prestados, deve sensibilizar os colegas generalistas, para a articulação em caso de necessidade, possibilitando que todas as crianças possam beneficiar de cuidados especializados de enfermagem. Refletir nesta problemática, permitiu-me perceber qual a função do EESIP em contexto de cuidados de saúde primários, assim como demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional na área da ESIP.

Competências

1. Gerir interpretar, de forma, adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
19. Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Assistir o RN/criança/família nas diferentes etapas do ciclo de vida e nos diferentes contextos assistenciais;
- Promover a parentalidade nos diferentes contextos;
- Desenvolver competências no âmbito dos cuidados antecipatórios para otimizar o desenvolvimento da criança e do jovem;
- Aprofundar conhecimentos sobre a utilização de linguagem SAPE/SINUS nos cuidados de saúde primários de forma a documentar a assistência à criança e família;
- Aprofundar competências na área da saúde escolar.

Atividades realizadas:

- Prestei cuidados de enfermagem especializados, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem, a RN/criança/adolescente nos diferentes contextos;
- Negocie com a família os cuidados a prestar em parceria em todas as situações
- Observei e realizei consultas de enfermagem de Saúde Infantil;
- Avaliei e interpretei o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Registei dados no sistema SAPE e SINUS para documentarem os cuidados de enfermagem, assim como no BIS;
- Realizei ensinamentos mediante as necessidades encontradas;

- Elaborei uma ação de Educação para a Saúde sobre higiene oral.

Os cuidados prestados nos cuidados de saúde primários foram para mim uma novidade e uma surpresa agradável, uma vez que a minha experiência profissional ronda à volta dos cuidados às crianças em contexto hospitalar, tendo uma ideia completamente diferente de como se prestavam cuidados a este nível. O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012) foca a importância da deteção precoce de alterações do desenvolvimento, situações de risco ou vulnerabilidade, dando ênfase à redução das desigualdades aos serviços de saúde e à avaliação do processo parental (18). Durante o estágio observei consultas de saúde infantil, e posteriormente realizei catorze, nas diferentes faixas etárias. Nelas avaliei e interpretei os dados antropométricos, consultei o registo das vacinações e administrei três vacinas, a crianças em idade pré-escolar e a lactentes, avaliei o desenvolvimento através da escala de Mary Scheridan, que está integrada nos registos do SAPE, valorizando os cuidados antecipatórios como comportamentos de procura de saúde, no sentido de promover um desenvolvimento ótimo da criança. Nas consultas de saúde infantil, verifiquei que não era avaliada a tensão arterial a crianças acima dos três anos, conforme preconiza o PNSIJ, (18). Após discussão com a tutora de estágio foi referido que, por motivos de falta de recursos materiais, ainda não era possível cumprir com este requisito, no entanto, estavam a ser providenciados os materiais necessários para cumprir com esta avaliação. O EESIP tem como função fazer cumprir as normas na área dos cuidados de Saúde Infantil e Pediátrica, em todos os contextos, com um olhar crítico, com vista à melhoria dos cuidados.

Durante a administração das vacinas usei estratégias não farmacológicas para alívio da dor, através da colocação da criança/lactente comodamente no colo da mãe, assim como o uso de técnicas de distração, diminuindo a dor/desconforto da criança, assim como prevenindo o medo e ansiedade, que esta situação pode causar, quando a criança recorre novamente aos cuidados de saúde. Prevenir a dor através do uso de estratégias não farmacológicas é uma intervenção de enfermagem, com ganhos para a criança, refletindo a qualidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio na UCC tive a oportunidade de acompanhar crianças abrangidas pelo Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), em que crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo, risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, podem ter atraso no seu desenvolvimento (18). Esta assistência era efetuada através de visitas domiciliárias no âmbito da Equipa Local de Intervenção (ELI), onde acompanhei o caso de uma criança pré-escolar com atraso no desenvolvimento por condições psicoafectivas e ambientais desfavoráveis e um outro caso de um lactente com diminuição da acuidade visual congénita. Em ambos os casos, para além de intervir na criança potenciando o seu desenvolvimento, capacitei os pais para continuarem com o processo, dando reforços positivos e dotando-os de competências para exercerem o papel parental. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tem um papel relevante, ao acompanhar estas crianças, promovendo o seu desenvolvimento, assim como dotando os pais de competências para continuar este trabalho no domicílio, resultando na qualidade dos cuidados prestados na área da ESIP.

No âmbito da Saúde Escolar acompanhei e colaborei em ações de educação para a saúde sobre: “Trabalhar os afetos” onde foram abordados temas como prevenção do abuso sexual e sexualidade saudável de acordo com a faixa etária das crianças em jardim-de-infância e “Os cuidados ao sol” com uma grande receptividade e participação das crianças. Durante a minha experiência profissional detectei muitas crianças com problemas relacionados com a higiene oral e, após pesquisa bibliográfica, achei oportuno elaborar uma ação de Educação Para a Saúde (EPS) no âmbito da Higiene oral, num jardim-de-infância, para o qual elaborei um plano de sessão que coloco em apêndice (Apêndice I). Percebi, após análise de questionários elaborados com o objetivo de caracterizar as turmas, que alguns pontos sobre as boas práticas da higiene oral não estavam consolidados, como por exemplo, a frequência da escovagem, a supervisão por um adulto e frequentar dentista com regularidade. Usei uma história como método de ensino já que ao contarmos histórias estamos a retratar pessoas, lugares, acontecimentos, favorecendo o processo da aprendizagem na criança (19), o kit

da Direção Geral da Saúde, com material para a higiene oral e uma música para ajudar a reunir os dados chave da formação. Foi uma experiência positiva, uma vez que, na minha prática profissional não faço este tipo de ensino direcionado a grupos e porque me permitiu ser criativa na interpretação e resolução de problemas numa das áreas da Saúde Infantil e Pediátrica. Para as crianças penso que foi divertido, uma vez que participaram ativamente no que lhes foi pedido e conseguiram reter a informação mais importante em matéria de higiene oral.

Durante o estágio no Serviço de Urgência (SU) tive a oportunidade de efetuar triagem a doentes urgentes, sendo este um processo de avaliação clínica que classifica os utentes em função da sua urgência/gravidade. Na minha prática profissional em urgência já tinha tido contacto com a Triagem de Manchester, no entanto este tipo de triagem é alvo de críticas por não ser um modelo adequado, mostrando algumas limitações na aplicabilidade à população pediátrica (20). No local onde estagiei é utilizada a *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) e para poder desempenhar esta função, o enfermeiro de triagem tem de ser EESIP, ou ter formação na CTAS e estar a trabalhar no SU à mais de três anos. A perceção dos utilizadores dos serviços de urgência na minha opinião, pode influenciar a forma como avaliam os cuidados prestados pela instituição, ideia partilhada por Fernandes (2012), que refere em relação à triagem: “é o primeiro passo para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa multidisciplinar.” (21). Desta forma, o enfermeiro que faz triagem precisa de ser detentor de características específicas para o êxito da mesma. Essas características são: capacidade de trabalhar sobre pressão, ser organizado, ter capacidade de comunicar eficazmente, ser assertivo, possuir pensamento crítico e saber reconhecer uma criança doente, rapidamente, através da observação, o que implica conhecimentos diversificados na área da pediatria e experiência profissional na área, de forma a se aperceber de um conjunto de variáveis que são imprescindíveis para que todo o processo tenha êxito. Durante o estágio triei vinte e uma crianças, pelo que tive a oportunidade de treinar a capacidade de escuta ativa, observação e aplicar os conhecimentos teóricos incorporados no curso de base e pós graduado, tendo sempre atenção a identificação de possíveis situações de criança em risco. Estas capacidades foram sendo desenvolvidas no

contacto com as várias experiências de triagem o que me permitiu demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESIP.

A experiência na área de OBS (Sala de Observação) ocorreu durante dois turnos, sendo que prestei cuidados a quatro crianças segundo o método científico para o trabalho em enfermagem, geri medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, adotando as escalas adequadas à idade, sempre negociando intervenções de enfermagem com a criança/família em todo o processo de cuidar. Detetei também situações de necessidade de ensino efetuando-os, sempre que necessário nas várias áreas do SU, o que me permitiu mobilizar e aprofundar conhecimentos na área da ESIP.

No serviço de Neonatologia tive a oportunidade de assistir quatro prematuros em cuidados intensivos e cinco RN em cuidados intermédios. O serviço de Neonatologia é um mundo à parte, onde a tecnologia e a fragilidade extrema evocam no enfermeiro toda a sua sensibilidade a par do seu conhecimento e habilidade específica para esta fase do ciclo de vida do ser humano. Assim, no decorrer do estágio, centrar os cuidados na família, assim como promover uma parceira de cuidados eficaz, foram uma preocupação constante, uma vez que, *“os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança na saúde e em situação de doença”* (13). Para dar resposta a esta premissa nos cuidados de enfermagem ao RN, negocieei com os pais os cuidados de forma a obter uma participação ativa, em comum acordo, uma vez que, pela complexidade subjacente, as situações por vezes eram delicadas. No entanto, segundo Casey e Mobbs (1998) a parceria de cuidados não tem limites fixos, devendo praticar-se um cuidado flexível, desde que se promova a capacitação dos pais para a prestação de cuidados de esfera mais específica, possibilitando uma melhor readaptação à parentalidade, promovendo desta forma um desenvolvimento ótimo da criança (22). Seguindo esta lógica, a complexidade de cuidados existente num serviço de neonatologia não pode ser castradora em relação à negociação dos cuidados, pelo que, em todas as situações deve ser estimulada, numa base de cooperação mútua. Em matéria de parceria de cuidados o serviço onde estagiei está no bom caminho, no entanto, considero ser um ponto a melhorar na prestação dos cuidados de

enfermagem. Tendo em conta o ambiente hostil das unidades de cuidados intensivos para o RN prematuro, aliada à imaturidade do seu cérebro em desenvolvimento, o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) assume-se como uma forma de minimizar este impacto, através da aplicação de medidas que visam promover o desenvolvimento cerebral a curto e a longo prazo (23). Os cuidados centrados no desenvolvimento reúnem intervenções com efeito no ambiente (luzes, ruídos,...), no microambiente em que se desenvolve o RN (postura, manipulações, dor...), assim como potenciar o cuidado pela família de forma a promover a parentalidade (24). Desta forma, é imprescindível que as portas das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) estejam abertas 24h por dia, o que não acontecia já que o horário era limitado até às 24h, facto que me levou a questionar a tutora do estágio, que me referiu que o serviço não possuía condições físicas para permitir o descanso dos pais durante a noite. No entanto, está a ser construído um novo serviço de neonatologia que terá em conta essa necessidade. Este é um ponto de melhoria que produzirá melhores resultados, no que diz respeito ao papel da família nos cuidados, quer a nível da parceria de cuidados, quer a nível da promoção da parentalidade, com vantagens para o binómio RN/família.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001): “Os registos de enfermagem incorporam sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (8), motivo pelo qual os registos foram efetuados nos diversos campos de estágio tendo em conta a linguagem CIPE e o sistema informático SAPE.

Competências

11. Refletir na e sobre a sua prática de forma crítica.

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

Objetivo específico:

- Analisar de forma crítica os focos de atenção de enfermagem mais frequentes nos contextos de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Identifiquei focos de enfermagem, formulando diagnósticos, tendo como base a linguagem CIPE, identificados ao RN/criança/adolescente e família;
- Proporcionei momentos de discussão e reflexão sobre os focos mais relevantes com a tutora de estágio;

Os focos de enfermagem são áreas de atenção da prática profissional do enfermeiro que direcionam a adequação de intervenções autónomas adequadas, com o objetivo de obter resultados mensuráveis sensíveis aos cuidados de enfermagem (25). Durante o estágio no SU identifiquei variados focos, como dispneia, vômitos, febre, dor, amamentar e ferida. Os acidentes na escola foram uma das causas de admissão mais frequentes, cerca de 40% dos atendimentos efetuados. Em relação ao primeiro ano de vida triei um RN com febre e um lactente com uma situação não urgente, com história de ida à UCSP no dia anterior, sem melhoria significativa. Efetivamente, segundo Rodrigues (2002), *“...o número de episódios de urgência no SUP é influenciado pelas crenças dos acompanhantes sobre este serviço, que estão principalmente relacionadas com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos. ...a proteção da fragilidade da criança parece ser também um fator que influencia a procura inapropriada...”* (26). Neste âmbito, vejo uma oportunidade para o EESIP promover a educação para a saúde assim como mobilizar recursos de suporte à família (27), no sentido de dotar os pais de conhecimentos de forma a fortalecer a segurança nos cuidados que prestam aos filhos e a recorrerem aos serviços do CSP para minimizar a afluência indevida aos SU.

Os focos de enfermagem mais presentes na UCIN foram: dor, vinculação, ligação mãe-filho; papel parental; desenvolvimento infantil; infeção, ventilação, ferida, amamentar, ansiedade materna e conforto. O foco de atenção conforto aparece

em todas as crianças com o diagnóstico de enfermagem: “*conforto comprometido*”, o que me levou a discutir com a minha tutora de estágio, sobre quais as intervenções direcionadas para esse foco. Desta discussão e após pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a temática do conforto, desenvolvi um trabalho de formação a pares que será mais pormenorizado no domínio da formação. Desta pesquisa e reflexão foram sugeridas intervenções adequadas para dar resposta a este foco de atenção de enfermagens que foram apresentadas à equipa, o que me permitiu refletir na prática de uma forma crítica e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas e sociais.

Competências

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

Objetivos específicos:

- Aprofundar competências relativamente ao processo de comunicação com a criança/família em diferentes contextos.

Atividades desenvolvidas:

- Utilizei estratégias comunicacionais adequadas ao nível de desenvolvimento do RN/criança/adolescente e família;
- Demonstrei competências no âmbito da comunicação com crianças fora do meio hospitalar;
- Pesquisei sobre formas de comunicação não-verbal.

Durante o estágio tive várias oportunidades de desenvolver esta competência. Na pediatria saber comunicar com a criança e sua família é uma habilidade imprescindível, contribuindo para um bom relacionamento terapêutico e de confiança. A experiência profissional permitiu-me adquirir uma segurança tranquilizadora na relação com a criança e sua família, que se revelou uma mais-

valia nestes contextos. Para comunicar com crianças temos que ter em atenção o seu nível de desenvolvimento. O uso de brincadeiras, jogos e faz de conta podem ser muito úteis em idades pré-escolares (28), no entanto, quando lidamos com adolescentes essas estratégias têm de ser adaptadas à sua idade dando relevância à disponibilidade, escuta ativa e desenvolver uma atmosfera de aceitação do adolescente a sua família através da garantia de privacidade e confidencialidade.

Na UCIN, a comunicação com os pais revelou-se um desafio uma vez que estes se encontram perante situações geradoras de stress e ansiedade, pelo que o enfermeiro assume um papel imprescindível possibilitando que estes pais expressem as suas emoções, esclarecendo as suas dúvidas e receios. Durante a prestação de cuidados em parceria, demonstrei-me disponível para praticar escuta ativa, estabelecendo uma relação de confiança, onde expliquei aos pais o que se pretendia e qual a reação esperada do RN, promovendo também, desta forma, o papel parental. Também a comunicação com o RN prematuro revelou-se específica, favorecendo o toque, com contacto físico delicado como principal forma de comunicação, associando uma comunicação verbal suave e calma.

Em OBS e perante situações urgentes que requereram hospitalizações não programadas, a comunicação com a criança e família foi um dos aspetos mais aprofundados. A hospitalização da criança pode ser uma experiência traumática, uma vez que esta é separada do seu ambiente familiar, da sua rotina e, na maioria das vezes é exposta a situação de dor. Segundo Hockenberry (2011), os principais fatores causadores de stress para a criança são: a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (29). O fator lesão corporal surge num atendimento a uma criança com introdução de corpo estranho da região lombar à dorsal, sujeita a tempo de espera para ir para o bloco, aumentando a cada instante a ansiedade, o medo e a dor tendo sido uma oportunidade para treinar estas competências. Para diminuir a ansiedade da criança e família mostrei-me disponível para ouvir as suas dúvidas e medos, promovi técnicas de distração através da leitura de histórias e uso de meios audiovisuais e telecomunicações, assim como mantive uma relação de confiança com a criança. Nos diferentes

contextos tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, assim como relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, o que contribuiu para ampliar as minhas competências na área da comunicação.

Competências

7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Assistir a criança em situações complexas no âmbito da UCIN e Serviço de urgência;
- Refletir sobre as competências do EESIP em situações complexas nos diferentes contextos de estágio;
- Otimizar oportunidades de aprendizagem;
- Refletir sobre o papel do EESIP na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Atividades desenvolvidas:

- Assistir crianças/adolescentes em situação de emergência;
- Observar o papel do EESIP na assistência a crianças em cuidados intensivos Neonatais;
- Assistir RN de extremo baixo peso;
- Lidar com a morte eminente de um RN e apoiar a família;

No estágio no SU deparei-me com uma situação de atropelamento de uma criança de 22 meses, na via pública que nos chegou transportada por viatura do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Tive a oportunidade de observar a atuação da equipa da urgência que acionou o protocolo de atuação em sala de emergência. O papel do EESIP como coordenador da equipa volta a evidenciar-se uma vez que assume o papel de líder da equipa dentro da sala de emergência. A estabilização hemodinâmica da criança, a transferência em plano duro para a maca, monitorização, avaliação do estado de consciência, entre outros são cuidados prestados numa situação de stress extremo para todos. A informação do estado da criança é fornecida aos pais pelo médico responsável, no entanto, cabe ao enfermeiro responsável, EESIP, possibilitar o acompanhamento da criança pela família cumprindo desta forma com o direito de acompanhamento.

Na UCIN tive a oportunidade de prestar cuidados a um prematuro de 26 semanas, ventilado, com catéter umbilical para perfusões e monitorização de pressões arteriais invasivas, o qual manipulei com técnica asséptica e identifiquei as vias, em incubadora com humidade. Este RN era gémeo de outro que nasceu com 280g e que tinha falecido na noite anterior pouco depois de ter nascido. A situação de prematuridade deveu-se a causas maternas. Neste momento, questionei o porquê de investir num RN com mais de 23 semanas de vida mas sem os 500 gr propostos para o limite de viabilidade, segundo os Consensos de Neonatologia. Segundo é referido nos Consensos de Neonatologia (2014): *“Não é a tecnologia por si que inspira medo...é a mentalidade das pessoas que a usam. Gente falível perde a noção da sua falibilidade no esforço de avançar as fronteiras do conhecimento, de redesenhar a Natureza e de ultrapassar a morte.”* (30). No entanto, depois de questionar a minha tutora, esta explicou que são prestados cuidados paliativos até cessar a vida, dando alento aos pais, restando a ideia de que algo foi feito por aquele bebé, assim como, respeita um dos princípios éticos e deontológicos da profissão, no respeito ao doente terminal, em relação ao RN e à sua família.

Também a UCIN foi palco de outra situação complexa, a de uma mãe que recorre a este serviço vinda do exterior com um RN de vinte e dois dias, que já tinha estado internado no serviço, em paragem cardiorrespiratória. O motivo da procura

deveu-se ao facto de a senhora habitar a 5 minutos do hospital onde se localiza a UCIN. A situação de morte eminente de um filho é uma situação avassaladora para um pai/mãe. Nesta situação é necessário ter capacidade para dar suporte emocional aos pais, numa situação em que também várias emoções surgem no enfermeiro que cuida do RN, tais como medo, impotência e angústia. Depois do RN estabilizado tive a oportunidade de conversar com a mãe, visivelmente transtornada, mostrando-me sempre disponível para qualquer esclarecimento em relação aos cuidados prestados, assim como, permitindo a expressão de emoções. Tive a oportunidade de desenvolver a relação de ajuda, assim como prestar cuidados humanizados perante uma situação complexa nos cuidados em Neonatologia.

Objetivos específicos:

- Promover a vinculação e a consecução do papel parental em RN prematuros;
- Promover a amamentação.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliar, as competências dos pais, efetuando ensinamentos individualmente.
- Negociar com os pais a parceria de cuidados;
- Incentivar os pais a executarem o método Canguru.
- Promover o aleitamento materno;

Durante a gravidez os pais fantasiam sobre um RN perfeito e saudável, não estando preparados para o nascimento de um bebé prematuro. Segundo Fernandes (et al): *“A notícia de que o filho idealizado nasceu prematuro é um choque devastador para a família. Por esse motivo, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, é fulcral no processo de desenvolvimento do RN prematuro e é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade”* (31). Durante o estágio na UCIN tive a oportunidade de observar estes fenómenos e para os minimizar fui explicando aos pais todos os procedimentos e possíveis reações do RN, formas como poderiam minimizar o desconforto do mesmo e até mesmo aliviar a dor, de forma a potenciar a consecução do papel parental e promover a

vinculação. Para tal, incentivei o toque por parte dos pais, incentivando a massagem e possibilitando o método Canguru. Este método tem muitos benefícios para o RN pois estimula as competências do RN, assim como permite devolver ao RN os seus pais que deviam ser os verdadeiros protagonistas do cuidado dos seus filhos (24). De facto, verifica-se que, este nem sempre é um cuidado tido em conta pela fragilidade dos prematuros, no entanto, com acompanhamento da enfermeira e através da capacitação dos pais, conseguia-se efetuar com êxito, com ganhos para os pais, devolvendo a importância do seu papel e, para o RN que se mostrava confortável perante o contacto corpo a corpo, possibilitando um momento de cumplicidade entre ambos e de satisfação pessoal.

A propósito da parceria de cuidados Mano, citado por Fernandes (2014), refere que: *“os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, desta forma deve-se agir respeitando e valorizando as suas experiências e vivências no ato de cuidar dos seus filhos e o contributo que estes podem oferecer na prestação de cuidados”* (31), pelo que no serviço de urgência fui promovendo a parceria de cuidados, negociando com os pais as intervenções que desejariam realizar com o objetivo de diminuir o stress e a ansiedade da criança, algo que por vezes só é conseguido em OBS, por ser um serviço de internamento curto, onde existe uma maior envolvência do enfermeiro nos cuidados, no entanto, na minha opinião, o trabalho em parceria deve ser incentivado em qualquer situação de atendimento à criança tendo como base que os melhores cuidados são praticados pela família. Esta temática serviu de reflexão durante conversas com os profissionais do serviço para sensibilizar para a parceria de cuidados em todos os níveis do SU.

4.2. Domínio da formação

Com o compromisso de aumentar o corpo de conhecimentos da disciplina de enfermagem e o desenvolvimento pessoal, assim como garantir a qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro deve manter-se em constante atualização, aumentando os seus conhecimentos, sustentados com o recurso da investigação. Nesta lógica, são elencadas as competências aprofundadas na área da formação durante o estágio.

Competências

- 3.** Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação de enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;
- 5.** Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- 25.** Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- 27.** Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- 28.** Promover a formação em serviço na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Aprofundar capacidades no auto desenvolvimento pessoal e profissional
- Desenvolver competências na área da formação a pares.
- Aprofundar conhecimentos nos processos de assistência ao RN/ criança / família nos diferentes contextos de estágio
- Identificar necessidades nas diferentes áreas de formação;
- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Atividades desenvolvidas:

- Aprofundei conhecimentos na assistência ao RN / criança / adolescente e família;
- Realizei um turno de observação na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do HSJ para compreender e refletir o papel do EE em SIP;
- Identifiquei necessidades formativas no contexto de neonatologia e cuidados de saúde primários;
- Efetuei pesquisa bibliográfica sobre visita domiciliária ao recém-nascido;
- Elaborei um procedimento sobre "Visita domiciliária ao Recém-nascido";
- Pesquisei sobre o foco de enfermagem Conforto;
- Elaborei um plano de formação sobre "Conforto como foco de enfermagem no cuidado ao prematuro";
- Apresentei o tema Conforto como foco de atenção no cuidado ao prematuro no serviço de neonatologia.

Nos diferentes contextos existe um plano de formação em serviço, dinamizado por um EESIP, que planifica as formações durante o ano mediante sugestão da equipa, o que permite que todos se sintam motivados para a formação em serviço.

Na área da Saúde Infantil pesquisei sobre visita domiciliária ao RN e puérpera, especificando quais os parâmetros a avaliar nessa primeira consulta. Tive a oportunidade de elaborar um procedimento para partilhar com a equipa, tendo sido proposta formação aos pares, sem êxito, devido a dificuldades de agendamento. No entanto, o procedimento fica disponível, assim como a folha de registo anexa, para que sirva de suporte para executar os registos dos cuidados prestados e principais focos levantados durante a visita (Apêndice II). Para elaborar este procedimento tive que recorrer a diferentes locais onde se executa a visita domiciliária no sentido de perceber qual a melhor forma de o fazer, aproveitando o que de bom há elaborado sobre o assunto, para perceber de que forma se poderá articular o serviço de neonatologia com os cuidados de saúde primários após a alta do RN. Visitei um serviço de neonatologia onde existe um protocolo de visita em articulação com a Unidade de Saúde Familiar (USF), em que o enfermeiro de família visita o RN/família antes da alta, o que permite perceber qual o nível de complexidade dos cuidados que o binómio RN/família irá necessitar na continuidade dos cuidados pelos Cuidados de Saúde Primários. Também tive a oportunidade de visitar uma USF onde era agendada uma visita ao domicílio, após a notícia de nascimento. Nesta altura, era efetuado o diagnóstico precoce, observadas as condições físicas onde eram prestados os cuidados ao RN e feitos ensinamentos mediante as necessidades levantadas. Desta forma, consegui ter a noção dos vários tipos de articulação existente entre o hospital e os cuidados de saúde primários, sendo que ainda há muito caminho a percorrer no sentido de obter os melhores cuidados para as jovens famílias. O procedimento foi elaborado tendo em conta os recursos disponíveis na UCSP.

Também no serviço de Neonatologia, encontrei uma oportunidade para disseminar novos conhecimentos para aplicar na prática dos cuidados de enfermagem. Assim, ao realizar os registos, constatei a falta de intervenções

associadas ao conforto e, após discutir com a minha tutora de estágio e realizar pesquisa, concordamos que seria um tema pertinente para formação em serviço. Assim, refletindo sobre o resultado esperado do diagnóstico conforto comprometido, elaborei um plano de formação (Apêndice III) para apresentar às enfermeiras do serviço de Neonatologia com o objetivo de sensibilizar a equipa para as necessidades de conforto do RN e das intervenções que se podem direcionar a esse foco, que são, efetivamente na sua maioria, executadas pelas enfermeiras e não são registadas. A sessão decorreu com 5 participantes em estilo de reunião, o que acabou por ser vantajoso uma vez que foi possível refletir e discutir pormenorizadamente cada intervenção com os intervenientes, dinamizando-se a ação. A formação foi disponibilizada para o serviço para consulta de quem estiver interessado, uma vez que existem colegas em processo de integração que não conseguiram estar presentes na formação. Durante a pesquisa sobre o foco do conforto deparei-me com um tema que me despertou a curiosidade: o tema da emocionalidade. Este tema tem vindo a ser estudado por Diogo (2015), que desenvolveu a sua pesquisa, no sentido de perceber como os enfermeiros, as crianças e os pais gerem as suas emoções no ato de cuidar em Pediatria (32). Após a análise dos documentos, percebi de que forma as emoções podem contribuir para aumentar o conforto da criança. Efetivamente, promover um ambiente seguro e afetuoso e nutrir os cuidados com afeto, são duas das cinco categorias a que a autora chegou, após a análise de entrevistas realizadas a enfermeiros num serviço de pediatria. Segundo a autora: “...os enfermeiros referem também que a recuperação das crianças/jovens é mais rápida quando estes se encontram familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital” e acrescenta que, “os clientes sentem-se amados e considerados e isto conduz ao alívio do seu sofrimento, constituindo uma forma de ajuda e apoio” (32).

Para rentabilizar as oportunidades de aprendizagem foi-me possível passar um turno na UCIP, cumprindo assim com um dos objetivos que me tinha proposto ao iniciar este curso. No turno da manhã tive a oportunidade de observar a dinâmica do serviço de cuidados intensivos pediátricos, onde a maioria dos enfermeiros é Especialista em SIP, sendo o responsável de turno o EESIP com mais anos de

serviço. Da análise, surge a importância do EESIP na prestação de cuidados diferenciados numa área onde se prestam cuidados com necessidades em saúde de grande complexidade, sendo sem dúvida uma área de competência do EESIP.

4.3. Domínio da investigação

A investigação é o motor do trabalho de excelência. Os cuidados prestados devem ser assentes em ações fundamentadas, validadas e “... *com base na investigação os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhores resultados para os clientes, quer pelas práticas de promoção de saúde quer pela proteção de grupos mais vulneráveis*” (33). Assim, para obter melhores resultados, suporrei a minha prática baseada na evidência, com o objetivo de melhorar e otimizar os cuidados de enfermagem, com ganhos que se refletem na qualidade dos resultados em saúde.

Competências

- 2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- 6. Comunicar o resultado da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- 20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- 21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- 22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Aprofundar competências na área da investigação;
- Utilizar o método científico para procurar respostas a problemas de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Participar na produção de investigação na área da EESIP;

- Comunicar resultados da produção de investigação.

Atividades desenvolvidas:

- Realizei pesquisa bibliográfica na área da EESIP;
- Refleti sobre os resultados da investigação e a sua aplicabilidade;
- Incorporei na prática resultados de investigação válidos;
- Apresentei uma comunicação livre no âmbito do Fórum das Especialidades da Universidade Católica do Porto no dia 3 de Junho;
- Elaborei este relatório crítico-reflexivo.

Ainda no decorrer do Curso de Mestrado Profissional, após um desafio lançado numa das disciplinas da parte curricular, elaborei uma revisão da literatura sobre o tema: *Hospitalização como crise acidental na família – Impacto nos irmãos saudáveis*. Esta proposta foi aceite e, logo de seguida, propus o tema ao Fórum das Especialidades de Enfermagem da Universidade Católica, que decorreu em Junho de 2016, contribuindo para a aquisição da competência a nível da comunicação de resultados de investigação para audiências especializadas, assim como, a elaboração do procedimento, sessão de formação e educação para a saúde e este relatório. A elaboração desta revisão integrativa permitiu-me integrar conhecimentos sobre métodos de pesquisa, uma vez que tive que elaborar a pergunta norteadora, efetuar pesquisa, analisar a literatura, colher dados, efetuar a análise crítica dos estudos incluídos, discutir os resultados e apresentá-los. Este método permite sintetizar o conhecimento existente sobre um determinado tema e incorporar os resultados na prática, permitindo desta forma, executar cuidados baseados na evidência.

Para desenvolver um enquadramento teórico para a formação sobre o conforto, pesquisei sobre o tema, analisando artigos de investigação que fundamentassem o meu parecer. Depois dos conceitos definidos, baseada nos cuidados centrados no desenvolvimento, identifiquei intervenções direcionadas para a obtenção de conforto para o RN prematuro, possibilitando-lhe otimização das suas competências e promovendo o seu desenvolvimento de uma forma harmoniosa.

4.4. Domínio da gestão

As competências de gestão do EE estão espelhadas no Regulamento de Competências Comuns aos EE, onde refere: “...gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (34) , sendo ele escolhido para desempenhar estas funções nos serviços, motivo pelo qual desenvolvi competências neste domínio nos diferentes contextos.

Competências

- 18.** Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
- 23.** Exercer supervisão do exercício profissional da área de EESIP;
- 24.** Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP;
- 26.** Realizar gestão dos cuidados na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre os modelos e estratégias de gestão dos cuidados, assim como dos projetos implementados para uma melhor prestação de cuidados.

Atividades desenvolvidas:

- Observei a EESIP no processo de gestão dos recursos materiais, humanos e dos cuidados nos contextos de estágio.
- Identifiquei e refleti, de forma crítica, sobre o papel do EESIP no domínio da gestão de cuidados, recursos materiais e recursos humanos.

Nos dois contextos de estágio tive a oportunidade de observar qual o papel do EESIP na área da gestão. Em relação à gestão de recursos humanos e materiais, constatei que esta função era desempenhada pelo enfermeiro chefe do serviço e, só era assumida pelo EESIP, quando o enfermeiro chefe não estava presente, delegando-lhe essa tarefa. Na gestão de recursos humanos é pedido ao EESIP,

como responsável de turno, gerir o número de enfermeiros, tendo em conta o rácio preconizado no serviço, substituir ausências, assim como adequar os postos de trabalho mediante as competências de cada um, de forma a otimizar a qualidade dos cuidados prestados. Em relação à gestão de material, observei o EESIP prover os materiais necessários para a realização dos cuidados, na falta dos mesmos, articulando com outros serviços, otimizando os materiais e sensibilizando a equipa para evitar o desperdício dos mesmos, assim como repor os materiais usados nas situações de urgência.

Em relação à gestão dos cuidados constatei que, era sempre da responsabilidade de um ESIP, independentemente da presença do chefe, assumindo uma posição de referência perante a equipa multidisciplinar. Como gestor de cuidados, liderava a equipa, orientava e supervisionava as tarefas delegadas, assim como fazia cumprir os procedimentos e normas instituídas, garantindo a segurança dos cuidados prestados e com o objetivo de zelar pelos cuidados prestados em cada contexto. Também a supervisão de alunos em ensino clínico e integração de novos profissionais, era função designada ao Enfermeiro com Especialidade na área da SIP. Em conclusão, o EESIP na sua área de atuação *“realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”* (34).

Desta forma, tive a oportunidade de aprofundar as competências propostas na área da gestão nos diferentes contextos, o que contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional na área da EESIP.

4.5. Um caso especial

No primeiro semestre do Curso de Mestrado, durante a parte curricular, tive a oportunidade de relembrar e aprofundar conhecimentos teóricos sobre os diversos temas das diferentes unidades curriculares, aprofundando desta forma a competência: *gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada*. Um dos temas que me chamou particular atenção foi a adaptação

para a parentalidade em crianças com necessidades especiais. Este interesse deveu-se ao fato de acompanhar o internamento de um lactente, de nome fictício S., durante cerca de 5 meses no internamento de pediatria, com necessidades especiais, resultantes de prematuridade grave, com restrição do crescimento intrauterino e síndrome polimalformativo, do qual resultaram anomalias da acuidade auditiva, displasia broncopulmonar, refluxo gastro-esofágico grave com fistula traqueo-esofágica e descoordenação da sucção-deglutição, assim como microcefalia/atrofia progressiva. Desde logo, vários desafios se colocaram desde o auxílio na tomada de consciência pelos pais da problemática da criança, até aos cuidados específicos a ter, de forma a otimizar o seu desenvolvimento, independentemente das suas limitações, promovendo uma parentalidade positiva, para que, percecionassem as qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstrando sensibilidade, carinho e respeito (35).

Perante esta realidade, com a chegada de um filho a alegria natural de ser pai/mãe, é confrontada com o medo de encarar as necessidades especiais que advém da complexidade do estado de saúde da criança. Inicialmente, a negação das suas limitações impediu, de certa forma, a apropriação dos cuidados desde o início, uma vez que os pais minimizavam as limitações do filho justificando-as com a prematuridade e as complicações no período neonatal. No entanto, depois de aceitarem as limitações da criança, foram-se ajustando ao novo papel, durante o internamento, incorporando as competências necessárias para promover um desenvolvimento mais harmonioso possível.

Abordando a parentalidade como conceito ela encontra-se definida na CIPE 2 como: *“ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (25). Esta noção de parentalidade envolve as noções de vinculação e adaptação à parentalidade como um processo de transição. Em relação à vinculação como *“ligação entre a*

criança e o(s) pai(s)” (25) esta esteve sempre eficaz uma vez que nunca se verificou nenhuma fragilidade a nível desta ligação.

Crianças com necessidades especiais exigem um cuidado de enfermagem que tenha em conta todas as especificidades da criança acrescidas das especificidades que a caracterizam as limitações. Sousa (2012), denomina de necessidades complexas as que ultrapassam as necessidades normais de uma criança em determinada fase de desenvolvimento e que requerem a gestão de cuidados de natureza complexa. (36) Para obter uma verdadeira parceria de cuidados baseada na negociação dos cuidados executados pelo enfermeiro e pelos pais, é fundamental capacitá-los para a execução dos cuidados que envolvem técnicas específicas, avaliando os seus conhecimentos e habilidades e ensinando, instruindo e treinando-os para que consigam executá-los, com a finalidade de preparar o regresso a casa. Segundo o GOBP (2011), preparar o regresso a casa *“consiste num processo dinâmico e contínuo, desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento, de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio ..., garantindo a qualidade e continuidade deste”* (2). Seguindo esta lógica, foram avaliados os conhecimentos dos pais sobre necessidades especiais do filho em relação: alimentação, conforto, desenvolvimento infantil, higiene, processo corporal de grande complexidade, processo corporal de fraca complexidade e processo de hospitalização. Na alimentação, pelo facto de o S. ser alimentado por Sonda Nasogástrica (SNG) em perfusão de 1 hora, foi diagnosticado conhecimento não demonstrado pelos pais para alimentar, uma vez que não dominavam a técnica de alimentação entérica, assim como o funcionamento da máquina e materiais, e aprendizagem de habilidades não demonstrada em relação à alimentação. Assim, foram ensinados sobre o tipo de alimentação do filho e instruídos sobre a alimentação entérica, assim como sobre a máquina e seu funcionamento. Posteriormente, foram treinados na alimentação e supervisionados, tendo-se conseguido alterar o diagnóstico de enfermagem para conhecimento e aprendizagem de habilidades sobre alimentação demonstrado. Em relação ao desenvolvimento infantil e porque o lactente era portador de diminuição da acuidade visual, foi pertinente dotar os pais de habilidades para o seu desenvolvimento para estimular outros órgãos dos

sentidos como a visão e o tato. Assim, foram incentivados a estimular com materiais coloridos, pendentes, assim como com a mimica do rosto, com o objetivo de estimular a visão conforme indica o PNSIJ. Também para estimular o tato, os pais foram incentivados a proporcionar diferentes sensações com materiais de diferentes texturas, promovendo a abertura das mãos e estimulando a capacidade de preensão, não adquirida até essa altura, devido ao fraco desenvolvimento da postura e motricidade, motivo pelo qual era acompanhado por fisioterapeuta. As aprendizagens destas habilidades foram demonstradas e eram executadas pelos pais frequentemente ao longo do dia quando o S. estava mais reativo.

Outros conhecimentos transmitidos aos pais foram relativamente à função respiratória, uma vez que, a limpeza das vias aéreas era ineficaz, o que implicava um conhecimento dos sinais e sintomas de agravamento, assim como desenvolver habilidades para efetuar aspiração de secreções. Esta última habilidade foi de mais difícil aceitação por parte dos pais, devido à natureza invasiva do procedimento, no entanto, perceberam rapidamente que seria algo em que teriam que estar à vontade para conseguirem ir para casa. Então, foram ensinados sobre os sinais e sintomas de agravamento, as formas de limpeza da via aérea e foram instruídos para a aspiração e secreções com aspirador nasal e aspirador com vácuo.

Tendo a noção que muito mais poderia ter sido feito, penso que foi o início do cuidado específico que o EESIP pode prestar, para que efetivamente, as nossas crianças com necessidades especiais e suas famílias tenham ganhos em saúde, que se manifestam através dos cuidados que executamos diariamente e para os quais o EESIP é o profissional com mais competências para o desenvolver.

Naturalmente, através da carta de alta de enfermagem, estes cuidados foram continuados através dos cuidados de saúde primários, assim como de programas de apoio à infância como o SNIPI e as equipas da ELI, que fazem um trabalho excecional de promoção do desenvolvimento e potencialidades destas crianças, numa perspectiva centrada na família, através da adequação do papel parental

nas diferentes etapas do desenvolvimento até aos 6 anos de idade, o que permitiu à família adaptar-se à situação.

5. CONCLUSÃO

Elaborar este relatório serviu para sintetizar e organizar todas as atividades desenvolvidas no estágio, através de um método de descrição e reflexão, tendo em conta as competências nos domínios da prestação e cuidados, investigação, formação e gestão e assim responder às exigências da unidade curricular relatório do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A minha prática de cuidados durante o estágio, regeu-se sempre pelos princípios éticos e morais da profissão, tendo em conta os meus limites, e atuando mediante o código deontológico e demais legislação em vigor. Foram mobilizados conhecimentos provenientes dos vários níveis de formação graduada e pós graduada, assim como da minha experiência profissional, no sentido de cumprir com os objetivos delineados para a realização deste relatório, dando resposta a exigências de cuidados em áreas que considerei como um desafio pela sua especificidade.

Segundo Schon, citado por Reis, existem três tipos de reflexão: a reflexão sobre a ação, que consiste em refletir sobre o que fizemos; a reflexão na ação que consiste em refletirmos durante a ação, possibilitando interferir na mesma; e, por último, a reflexão sobre a reflexão-na-ação que consiste em pensar sobre a reflexão passada, possibilitando a adoção de uma nova forma de agir (37). Desta reflexão na ação e reflexão sobre a reflexão-na-ação, surge a análise de temas relevantes para a construção da identidade do EESIP, ao possibilitar uma nova forma de agir perante a profissão e deixando novos contributos nos locais de estágio onde todo este processo foi possível.

Assim, o êxito de mais uma etapa deve-se às oportunidades de aprendizagem que surgiram nos locais de aprendizagem e à partilha de saberes das respetivas tutoras, que proporcionaram verdadeiros momentos de reflexão sobre as

problemáticas no âmbito da SIP, que se tornaram imprescindíveis, na medida em que me permitiram refletir em todo o caminho efetuado até ao momento, revelando-se uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Desta forma, considero que atingi os objetivos delineados para cada estágio e, embora tendo consciência de que muito ficou por dizer, espero ter conseguido, de uma forma sucinta e clara, transmitir todo o percurso realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Cardoso, A.** *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. ICBAS. Porto : s.n., 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
2. **Ordem dos enfermeiros.** Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica. *Guias Orientadores*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Vol. 1.
3. **Apóstolo, João.** O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. Março de 2009, Vol. 9, pp. 61-67.
4. **Oliveira, Célia.** Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. 2013, Vol. 17.
5. **Kolcaba, Katherine.** *Comfort theory and practice: A vision for Holistic Care and Research*. New York : Sptinger Publishing Company, 2003. ISBN - 0-8261-1663-7.
6. **Alligood, M. e Tomey, A.** *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. [trad.] Ana Rita Albuquerque. 5ª edição. s.l. : Lusociência, 2004. p. 484.
7. **Instituto de Apoio à Criança.** Carta das Crianças Hospitalizadas: Humanização dos serviços de Atendimento à Criança. Leiden : European Association for Children in Hospital, 1988.
8. **Ordem dos Enfermeiros.** Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
9. **Direção Geral da Saúde.** A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa n.º9/DGCG/2003*. Lisboa : s.n., 2003.
10. **Benner, Patricia.** *De iniciado a perito*. [trad.] Ana Albuquerque Queirós. 2ª edição. s.l. : Quarteto, 2005. ISBN - 989-558-052-5.
11. **Costa, José.** Métodos de prestação de cuidados. [ed.] Escola Superior de Enfermagem de Viseu. *Millenium - Revista do ISPV*. Outubro de 2004.
12. **Coilliére, Marie.** *Promover a Vida*. [trad.] Maria Leonor Braga Abecasis. Paris : Lidel, 1999.
13. **Casey, A.** Development and use of the partnership model of nursing care. *Advances in childhealth nursing*. 1993.
14. **Ministério da Saúde.** Decreto-Lei nº 161/96. *Diário da República*. Lisboa : s.n., 4 de Setembro de 1996.
15. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*. Lisboa : s.n., 2014. 153.
16. **Ordem dos Enfermeiros.** Preparação do regresso a casa. *Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011. Vol. 3, p. 68.
17. **Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio de Especialidade em SIP.** Parecer número 13/2013. *Competências do Enfermeiro Especialista em SIP vs Enfermeiro Generalista na vigilância de Saúde Infantil*. 2013.

18. **Ministério da Saúde - DGS.** I Saúde Infantil e Juvenil. *Programa Nacional*. Lisboa : s.n., 2012.
19. **Félix, M.** *A importância das histórias na Educação Pré-Escolar*. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa : s.n., 2015. Relatório da Prática Profissional Supervisionada - Mestrado em Educação Pré-escolar.
20. **Andrade, Teresa, Fernandes, Ana e Casanova, Conceição.** Triagem de Manchester na idade pediátrica - estudo inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*. 2008, Vol. XXVII.
21. **Fernandes, Dino.** O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, Setembro de 2012.
22. **Casey, Ann e Mobbs, Sarah.** Partnership in practice. *Nursing Times*. Novembro de 1988, Vol. 84.
23. **Guimarães, H.** Newborn Individualized Developmental Care and Assessment. *Nascer e Crescer*. 2015, Vol. XXIV.
24. **López, Aida, et al.** Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. *SPAO*. Granada : s.n., 2013. Vol. 7, pp. 39-59.
25. **ICN.** Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem. 2011.
26. **Rodrigues, Susana.** Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*. Julho de 2002, Vol. III, pp. 73-82.
27. **Ministério da Saúde.** Decreto-Lei 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem. *Diário da República*. Lisboa : s.n., 18 de Fevereiro de 2011.
28. **Lambert, Veronica, Long, Tony e Kelleher, Deidre.** *Communication Skills for Children's Nurses*. London : McGraw - Hill Companies, 2012.
29. **Hockenberry, M. e Wilson, D.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª edição. São Paulo : Mosby Elsevier, 2011.
30. **Grupo de Consensos em Neonatologia - Secção de Neonatologia da SPP.** Limite da Viabilidade. *Consensos de Neonatologia*. 2014. 1.
31. **Fernandes, Ana, et al.** A Emocionalidade no ATO de Cuidar de Recém-nascidos Prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 2º semestre de 2014, Vol. 18, pp. 45-60.
32. **Diogo, Paula.** *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. 2ª edição. s.l. : Lusodidacta, 2015.
33. **Vieira, Margarida.** *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2007.
34. **Ministério da Saúde.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. Lisboa : s.n., 2011.
35. **Lopes, M., Catarino, H. e Dixe, M.** Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. Julho de 2010, pp. 109-118.

36. **Sousa, Paula.** O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. Porto : s.n., Setembro de 2012. Tese apresentada para obtenção de grau de doutor em Enfermagem.

37. **Reis, Germano, Silva, Leilinane e Eboli, Marisa.** A prática reflexiva e as suas contribuições para a educação corporativa. *REGE*. Outubro de 2010, Vol. 17, pp. 403-419.

38. **Pereira, Mónica.** A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce. Coimbra : s.n., 2012. Tese de mestrado.

39. **Organização Mundial da Saúde - UNICEF.** Visitas Domiciliárias al recién nacido una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009. Declaração conjunta OMS/UNICEF.

40. **Saúde, Alto Comissariado da, Saúde, Ministério da e Adolesc, Comissão Nacional de Saúde da Criança e do.** *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente.* Alto Comissariado da Saúde. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2009.

41. **Ferreira, Manuela e Costa, Maria.** CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu.* Viseu : s.n.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Planeamento de sessão de Educação para a Saúde sobre Higiene Oral



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sessão de Educação para a Saúde

Planificação da Sessão

Tema da sessão: Promoção de cuidados orais em crianças em idade pré-escolar.

Data: 17/06/2016

Hora: 09.30h

Local: Jardim de Infância

Público-alvo: crianças das duas turmas do jardim-de-infância.

Duração prevista: 90 minutos

Formadora: Sónia Gomes

Objetivos gerais:

- Promover os cuidados orais em crianças em idade pré-escolar.

Objetivos específicos:

- Ensinar, através de uma história, sobre a necessidade de ter uma boa higiene oral.
- Distinguir alimentos cariogénicos dos que não o são.
- Relembrar a técnica da escovagem dos dentes.
- Reforçar a necessidade de ir ao dentista.

Fundamentação e Pertinência da sessão.

Os programas de promoção da saúde oral instituídos pelo Ministério da Saúde em 2005 (1) foram o motor para que as atenções se voltassem para este tema. A emissão do cheque dentista nos casos problema e uma maior vigilância e sensibilização para a higiene oral, contribuíram para o decréscimo da prevalência da cárie. No entanto, recorrem ainda aos serviços de saúde

crianças com complicações derivadas de má higiene oral. Num estudo elaborado em 2015, em crianças em idade pré-escolar, em Lisboa, os autores chegaram à conclusão que a prevalência e gravidade de cáries são preocupantes considerando que o estudo foi efetuado em crianças entre os 3 e os 5 anos de idade. Segundo o autor uma intervenção precoce é necessária (2). Também a meta para 80% de crianças livres de cáries no ano de 2020, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (3), ainda nos leva a desenvolver um grande esforço para que, através da sensibilização das crianças e sua família, se atinja esse objetivo.

Métodos e atividades

A metodologia usada para abordar o tema tem a ver com a forma como as crianças em idade pré-escolar percebem o mundo através do conto de histórias. Desta forma, foi contada uma história sobre o “Kiko, o dentinho de leite” sensibilizando as crianças para a necessidade dos cuidados orais, terminando com uma música também sobre o mesmo personagem, ajudando a criar um ambiente mais agradável e descontraído. Também foi usado o método demonstrativo para a forma como se deve escovar os dentes, assim como o tipo de escova e pasta dentífrica a usar (ver planeamento da sessão no quadro seguinte).

Avaliação

A atividade de educação para a saúde é avaliada com recurso a desenhos para colorir e a atividade de correspondência, uma vez que são mais adequadas para a faixa etária e desenvolvimento cognitivo. São anexas a esta planificação as atividades usadas na avaliação.

Planificação da sessão de educação para a saúde “Higiene oral”

Fases	Duração (min)	Conteúdo	Método	Recursos
Introdução	5	- Apresentação dos formadores - Apresentação do tema	- Expositivo	
Desenvolvimento	30	- Apresentação da história do “Kiko e o dentinho de leite”: <ul style="list-style-type: none"> • Abordagem à importância da higiene oral de manhã e sempre à noite; • Descrição dos alimentos cariogénicos; • Importância da consulta ao dentista; • Sinais de cárie dentária; - Técnica de escovagem dos dentes - Material usado para a higiene oral	- Expositivo - Interativo - Questões - Demonstrativo - Demonstrativo - Interativo	- Videoprojector - Computador Portátil - Documento Power Point - Modelo de uma boca - Escova dos dentes - Kit higiene oral escolar
Conclusão	10	- Música do “Kiko e o dentinho de leite” - Sínteses dos conteúdos abordados na sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador com colunas - Internet
Avaliação	15	- Realização de atividades relacionadas com a higiene oral	- Individual	- Desenho para pintar -Atividade para selecionar os alimentos cariogénicos

Reflexão Crítica

Foram recolhidos alguns dados sobre o género, a idade, a existência de supervisão de um adulto durante a escovagem, a frequência da escovagem e o momento do dia em que o executam, se têm escova dos dentes individual, hábitos de ingestão de alimentos doces, consulta no dentista anterior e vontade para saber mais sobre a higiene oral. A amostra era constituída por 13 meninas e 16 meninos, com limites de idade entre os 2 e os 6 anos, com idade média de 4,5 anos. Em relação à ingestão de doces 86% referiram que estes fazem mal aos dentes. Na questão supervisão por um adulto, ainda se verifica que 51% não são supervisionados durante a escovagem. Dos que não são supervisionados verifica-se que 66% são crianças com 5 e 6 anos (mais com 5 do que com 6) de idade, o que leva a refletir que os pais começam a incentivar a autonomia na higiene oral provavelmente muito precocemente.

Em relação à frequência da escovagem dos dentes 62% referem escovar os dentes de manhã e à noite, 24% refere escovar só à noite e 14% refere escovar só de manhã. Tendo em conta as indicações de pelo menos lavar os dentes antes de deitar a amostra cumpre na sua maioria este critério. Quanto à ida ao dentista, metade já tinha ido ao dentista e a outra metade ainda não tinha tido consulta nesta especialidade. Das crianças que nunca tinham ido ao dentista 64% tinham 5 anos, o que vai de encontro à conclusão a que chegaram os investigadores do Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais em 2008, que já referia a importância de reforçar o acesso de crianças até aos 6 anos de idade a consultas de higiene oral. Nesta altura, o cheque dentista é fornecido a crianças dos 3 aos 6 anos de idade quando já se verifica presença de cárie ou inflamação/infeção associada (4). Ou seja, cabe aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros especialistas de saúde infantil e pediátrica, vigiar a saúde oral das crianças nas consultas de saúde infantil, rastreando as situações desde o seu início e encaminhar os casos em que a intervenção do dentista é necessária. Quanto à questão “Gostavas de aprender mais para manteres os dentes saudáveis” responderam maioritariamente que sim.

O método escolhido foi adequado uma vez que a história captou a atenção das crianças levando-as a assimilar os conhecimentos sobre o tema. O momento musical permitiu dinamizar o grupo de uma forma mais divertida, preparando-o para as atividades. No entanto, chego à conclusão que para melhorar esta formação deveriam ter sido incluídos os pais com entrega de um folheto para a sensibilização para o tema, uma vez que em algumas crianças verifica-se, através da interpretação dos questionários, a necessidade de promover a participação dos pais na higiene oral.

Nesta faixa etária do pré-escolar, a avaliação da sessão quanto aos conhecimentos adquiridos torna-se mais desafiante, uma vez que o facto de não terem adquirido habilidades literárias limita a escolha das atividades. No entanto, através da pintura, da correspondência e, durante a síntese interativa dos conteúdos, consegui verificar que os conhecimentos foram assimilados, muito embora tivessem que ser ajudados na elaboração da atividades, não porque não sabiam o conteúdo, mas por dificuldade de interpretação do que era pedido.

Esta ação de educação para a saúde foi uma mais-valia pelo contacto com o grupo de crianças nesta faixa etária e porque se revelou uma experiência positiva no âmbito da formação.

Referências Bibliográficas

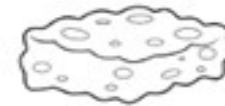
1. **Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde.** Programa Nacional de Saúde Oral. Lisboa : s.n., 2005;
2. **Mendes, Sónia e Bernardo, Mário.** Cárie precoce da infância nas crianças em idade pré-escolar. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 5, 2015, Vol. 3, Higiene Oral;
3. **Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde.** Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís. Lisboa : s.n., 2008;
4. **Ministério da Saúde.** Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa : s.n., 2012.



**Questionário para levantamento de necessidades de formação em
higiene oral em crianças em idade pré-escolar**

1. Menino Menina
2. Idade
3. Lavas os dentes? S N
4. Quando? _____
5. Tens escova dos dentes só tua? S N
6. Lavas os dentes sozinho ou com ajuda? Sozinho Ajuda
7. Comer doces faz bem aos dentes? S N
8. Comes doces todos os dias? S N
9. Já foste ao dentista? S N
10. Gostavas de aprender mais coisas para manteres os dentes saudáveis?
S N

*Pinta as objetos necessários à higiene
das teus dentes*





CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Corresponde os bons e os maus alimentos ao dente feliz e ao dente doente



APÊNDICE II

Procedimento de Visita Domiciliária

PROCEDIMENTO DE VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO

I. Objetivos

- Uniformizar procedimento de visita domiciliária ao recém-nascido na primeira semana de vida.
- Promover a aquisição de conhecimentos e capacidades dos pais para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

II. Âmbito

Todas as famílias com recém-nascido entre o 3º e o 6º dia após alta hospitalar.

III. Referências

1. **Ordem dos enfermeiros.** Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica. *Guias Orientadores.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Vol. 1.
2. **Organização Mundial da Saúde - UNICEF.** Visitas Domiciliárias al recién nacido una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009. Declaração conjunta OMS/UNICEF.
3. **Pereira, Mónica.** A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce. Coimbra : s.n., 2012. Tese de mestrado.
4. **Ministério da Saúde - DGS.** I Saúde Infantil e Juvenil. *Programa Nacional.* Lisboa : s.n., 2012.

IV. Fundamentação teórica

Segundo Carvalho e Tavares, citado por Pereira (3) a implementação da visita domiciliária à puérpera e recém-nascido é importante para garantir uma transição segura entre o hospital e o domicílio e ajudar nos ajustamentos

psicológicos e fisiológicos que ocorrem nesse período, tanto para a puérpera como para o RN.

A OMS e a UNICEF recomendam as visitas domiciliárias durante a primeira semana de vida, para aumentar a sobrevivência do RN (2). Ainda, segundo a Ordem dos Enfermeiros, “a visitação domiciliária é, em saúde infantil, uma estratégia a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança” (2). E, para reforçar ainda mais a ideia no Plano Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica de 2012 é realçada a importância da visita domiciliária para vigilância e promoção da saúde, particularmente nos dias seguintes à alta da maternidade (1). Desta forma, é de realçar a importância da visita domiciliária em tempo útil, entre o terceiro e o sexto dia de vida, para que se consigam rastrear situações de risco para a saúde da família no geral, assim como realizar procedimentos como o diagnóstico precoce, no conforto do lar, numa altura em que a puérpera ainda se sente debilitada para se deslocar ao centro de saúde (3).

V. Abreviaturas

RN: Recém-Nascido

OMS: Organização Mundial da Saúde

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund

V. Responsabilidades

a) Elaboração: Sónia Gomes

b) Aprovação:

c) Implementação: Enfermeiras

d) Monitorização:

VI. Intervenções pré-visita

- a) Estabelecer clima de confiança com a família.
- b) Fornecer à grávida panfleto da Visita Domiciliária na Consulta de Saúde Materna com o objetivo de a sensibilizar para a sua necessidade.
- c) Esclarecer dúvidas sobre a pertinência da Visita Domiciliária.
- d) Após receção da notícia de nascimento, por parte da Maternidade, contactar a grávida o mais rápido possível, de forma a possibilitar uma data ajustada para todos.
- e) A visita deve ser efetuada entre o 3º e o 6º dia de vida do RN.
- f) Conhecer a disponibilidade de viatura para transporte.
- g) Preparar o material necessário para a visita domiciliária.
- h) Confirmar o endereço e o trajeto da casa da família.

VII. Intervenções durante a visita

- i) Relembrar os objetivos da visita e dar oportunidade aos pais para exporem as suas expectativas e receios.
- j) Avaliação sistémica do RN e do grau de adaptação psicológica e fisiológica da puerpera de forma a detetar alguma complicação.
- k) Avaliação da adaptação ao papel parental.
- l) Avaliação do sistema de suporte familiar e/ou comunitário.
- m) Observar as condições do ambiente doméstico quanto à adequação dos recursos existência de riscos para a segurança.
- n) Prestação de cuidados ao RN e fornecimento de orientações de acordo com as necessidades identificadas.
- o) Encaminhar a família para recursos da comunidade existentes, se necessário.

VIII. Intervenções pós-visita

- p) Preencher a Folha de Registo de Visita Domiciliária ao RN.
- q) Articular com equipa multidisciplinar ou com outras instituições da comunidade.

IX. Documentos associados

- r) Folheto para sensibilização da Visita Domiciliária.
- s) Folha de Registo de Visita Domiciliária ao RN.

FOLHA DE REGISTO DE VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA PUÉRPERA

Estado Psicológico Tranquila <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Labilidade emocional <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Cansada <input type="checkbox"/> Observações:	Apoio da Psicologia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Observações:
--	--

AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO COM O RN

Mãe: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Observações:	Pai: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Observações:
--	--

IDENTIFICAÇÃO /AVALIAÇÃO DO RN

Nome: _____

Feminino Masculino Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

I Apgar: 1º min ____ 5º min ____ 10º min ____ Prematuridade: S P Peso ao Nascer: _____ gr

Estatura: _____ cm PC: _____ cm Peso atual: _____ gr

Problemas: _____

Exames/Consultas: _____

Data da alta hospitalar: ____ / ____ / ____ Data do diagnóstico precoce: ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÃO DO RN

Fontanelas Normotensa <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Hipertensa <input type="checkbox"/>	Pele e mucosas Rosado <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Pletórico <input type="checkbox"/>	Ictérico <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/>	Tónus Hipotónico <input type="checkbox"/> Hipertónico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>
Choro Vigoroso <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/>	Reflexos Moro <input type="checkbox"/> Preensão <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/>	Marcha <input type="checkbox"/> Babinsky <input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/>	Vitalidade Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/>
Observações: _____			
Alimentação Leite Materno <input type="checkbox"/> Intervalo das Mamadas _____ Leite Artificial <input type="checkbox"/> Duração das Mamadas _____			
Padrão de Sono Tranquilo <input type="checkbox"/> Número de horas de sono durante a noite _____ Agitado <input type="checkbox"/>		Chupeta Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	

CORDÃO UMBILICAL

Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sem sinais inflamatórios <input type="checkbox"/> Com sinais inflamatórios <input type="checkbox"/>
Observações: _____	

AUTONOMIA DA MÃE FACE AO RN		
Autonomia nos Cuidados		
Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dificuldades/ Manifestações Manifestadas:		
APOIO DA FAMILIA		
Companheiro		
Ausente	<input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/>
Relação conjugal:		
Apoio nas tarefas domésticas		
Sim	<input type="checkbox"/>	Quem:
Não	<input type="checkbox"/>	Observações:
Apoio no Cuidado aos Outros Filhos		
Sim	<input type="checkbox"/>	Quem:
Não	<input type="checkbox"/>	Observações:
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE		
Ensinos relativos ao RN		
Alimentação/Amamentação	<input type="checkbox"/>	Vacinação <input type="checkbox"/>
Banho RN	<input type="checkbox"/>	Sono e repouso <input type="checkbox"/>
Conforto/Massagem	<input type="checkbox"/>	Prevenção de Acidentes <input type="checkbox"/>
		Cólicas <input type="checkbox"/>
		Consultas <input type="checkbox"/>
		Outros: <input type="checkbox"/>
Cuidados Antecipatórios		
<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (promover aleitamento materno até pelo menos aos 6 meses – orientações DGS e UNICEF) - Higiene - Hábitos de sono - Hábitos intestinais e cólicas - Posição de deitar (dorsal) - Desenvolvimento (Posição acordado ventral ou ao colo e ler com os pais as orientações do BSIJ) - Acidentes e segurança (BSIJ) - Sintomas /sinais de alerta (que justificam recorrer aos serviços de saúde como recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada “, entre outros) - Relação emocional (referir a importância do afeto e da vinculação) 		
Observações:		
ENCAMINHAMENTO APÓS VISITA DOMICILIÁRIA		
Visita Domiciliária	<input type="checkbox"/>	Serviço Social <input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Psicologia <input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	Outro _____
Recurso da Comunidade	_____	
Motivo do Encaminhamento:		

Enfermeira (o) _____

Data ____/____/____

Objetivos principais da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido:

- Identificar dúvidas e necessidades dos pais e reconhecer a dinâmica familiar no seu ambiente
- Realizar ensinamentos mediante as necessidades encontradas;
- Identificar fatores de risco que podem por em causa a segurança do Recém-nascido;
- Detetar precocemente possíveis complicações.
- Realizar procedimentos como teste do “pezinho”, remoção de pontos, etc...”



Elaborado por:

Sónia Gomes



**VISITA DOMICILIÁRIA
À PUÉRPERA E AO
RECÉM-NASCIDO**



**A PENSAR EM SI E NA SUA
FAMÍLIA!...**



Visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido

Nasceu um bebé e a família tem que se reorganizar para se adaptar a uma nova etapa da vida.

Com este acontecimento surgem novas necessidades de aprendizagem, momentos de ansiedade e novas preocupações...

Estamos presentes para ajudar nesta nova fase, motivo pelo qual, achamos que uma visita domiciliária efetuada pela sua enfermeira de família, no seu lar, será o momento ideal para tirar as suas dúvidas, de forma a que este momento de transição seja gratificante para toda a família.



PARABÉNS!!

O vosso bebé nasceu!!....

Solicite o apoio da sua enfermeira de família no conforto do seu lar depois da alta hospitalar.

Se não for contactada contacte-a por telefone ou por mail para agendar a visita domiciliária.

Cuidados ao Bebé:

- Realização do Teste do “pezinho”
- Educação para a Saúde sobre:
 - Alimentação/Amamentação
 - Banho e conforto do Bebé
 - Vacinação
 - Vigilância da Saúde do Bebé
 - Planeamento e Encaminhamento de Consultas

Cuidados à Mãe/Casal/Família:

- Realização do penso e/ou extração de pontos
- Educação para a Saúde:
 - Cuidados na Alimentação
 - Planeamento Familiar
 - Vacinação
 - Planeamento de Consultas
 -

APÊNDICE III

Plano de sessão da formação a pares sobre:
Conforto como Foco de atenção no cuidado ao Prematuro



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sessão de Formação a Pares

Planificação da Sessão

Tema da sessão: Conforto como Foco de Atenção em Enfermagem no Cuidado ao Prematuro

Data: 09/11/2016

Hora: 14 horas

Local: Serviço de Neonatologia

Público-alvo: Equipa de enfermagem do serviço de Neonatologia.

Duração prevista: 40 minutos

Formadora: Sónia Gomes

Objetivos gerais:

- Sensibilizar a equipa para o foco de enfermagem conforto.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o conforto como foco em enfermagem;
- Identificar necessidades de conforto do prematuro;
- Definir conforto em linguagem CIPE e como conceito central da teoria do conforto de Kolcaba.
- Adequar intervenções de enfermagem para o foco de atenção conforto comprometido no prematuro.

Fundamentação e Pertinência da sessão.

Ao longo da minha prática clínica ouvi e tá mesmo apliquei várias vezes o termo Conforto, principalmente na frase “foram prestados cuidados de higiene e conforto” e atualmente, no serviço onde exerço funções, assim como no serviço de Neonatologia, o diagnóstico “conforto comprometido” é várias vezes levantado. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o termo como “... *uma*

sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”. No entanto, existem dúvidas na aplicação deste foco às situações, assim como, a adequação das medidas de conforto a adotar que, por não estarem bem definidas, suscitam dúvidas na equipa de enfermagem, não sendo adequada a forma como se efetuam os registos. Refletindo na prática, parece que todas as intervenções que as enfermeiras praticam no dia-a-dia, servem para cumprir um objetivo muito relevante: possibilitar o máximo conforto à pessoa que usufrui dos cuidados de enfermagem. É nesta linha de pensamento que defendo que a teoria de Katherine Kolcaba, denominada Teoria do Conforto, nos permite compreender o conforto como um “resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem”¹, validando a noção que o objetivo das intervenções de enfermagem estão direcionadas à obtenção do maior conforto possível.

O conceito de é o núcleo central de uma teoria e “...é crucial reconhecer que os conceitos não devem ser considerados separadamente do sistema teórico no qual estão inseridos e a partir do qual obtêm o seu significado”¹. O conceito de conforto foi definido por Kolcaba após uma análise exaustiva, tendo identificado uso do conceito em várias disciplinas do conhecimento como a medicina, a psicologia, a teologia e a psiquiatria. Resumindo, depois de estudar os diferentes significados de conforto e, adequando à disciplina de enfermagem, Kolcaba agrupou o conforto em três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio define-se como: “*a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica*”; tranquilidade: “*o estado de calma ou contentamento*”; transcendência: “*a condição no qual o indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento*”¹.

Baseando-se no Holismo a autora descreveu quatro contextos em que o conforto ocorre: físico, psicoespiritual, ambiental e social. Para Kolcaba, o contexto do conforto é físico quando pertence às sensações do corpo e são exemplos os mecanismos homeostáticos, que têm que ser mantidos, ou restabelecidos para manter o conforto físico. O conforto psicoespiritual pertence à consciência interna de si próprio, incluindo conceitos como a autoestima, autoconceito, sexualidade e o significado da vida, relação com uma ordem ou um ser mais elevado. O conforto ambiental aparece associado aos trabalhos de Watson que advoga que o ambiente dos doentes é importante para o seu

bem-estar físico e mental. Alguns dos exemplo estão relacionados com a cor, o ruído, a luz, a temperatura, vistas pelas janelas e aceso à natureza. Por último, o conforto sociocultural como pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais, onde Kolcaba inclui as finanças, a educação e suporte. Posteriormente, foi incluída a ideia da cultura para incorporar as tradições familiares, costumes e histórias familiares.¹

O termo “medidas de conforto” é usado frequentemente e, para a teórica, significa: intervenções de enfermagem concebidas para abordarem necessidades de conforto específico dos clientes. O componente fortalecedor do conforto surge como algo fundamental para a prática de enfermagem na medida em que torna o doente mais capaz para exercer a sua máxima função².

Tendo em conta os cuidados centrados no desenvolvimento do prematuro e numa tentativa de adequar esses cuidados a intervenções de enfermagem passíveis de registo, assim como interligando com a teoria supracitada, surgiram as seguintes intervenções: 1) gerir ambiente físico; 2) Promover o conforto; 3) Avaliar a dor; 4) Promover a vinculação e o papel parental; 5) Promover o envolvimento da família alargada.

Dentro das intervenções para gerir o ambiente físico refiro os cuidados com o nível do ruído que são descritas na apresentação que vai ser anexa no final deste documento, assim como com a luz e a temperatura ambiente. Para a intervenção promover o conforto, que é uma das poucas intervenções que aparecem pré definidas, ao levantarmos o diagnóstico de conforto comprometido, selecionei os cuidados posturais e de contenção, a concentração de atividades e manipulação mínima e proporcionar ciclos de sono-vigília. Para a intervenção avaliar a dor: monitorizar a dor mediante escala adequada e executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor, podendo esta intervenção ser direcionada para o foco de atenção dor. Para promover a vinculação sugiro incluir o que tão frequentemente as enfermeiras nos erviço de neonatologia fazem mas que não fica registado que é promover a parceria de cuidados e o contacto pele com pele com o método canguru, negociando a parceria de cuidados com os pais. Por último, a inclusão dos irmãos como fazendo parte de uma família que se quer organizada e estável, devemos promover o envolvimento da família alargada, facilitando

o vínculo fraterno e humanizando os cuidados de enfermagem prestados à criança e família.

Ainda, na minha opinião, o cuidado e carinho com que estes pequeninos são cuidados, tanto pelos pais, como pelos profissionais de enfermagem, minimizam o sofrimento da família e reportam à criança a sensação de pertença roubada no momento e que abruptamente tiveram que sair do lugar mais confortável do mundo: o ventre materno.

Métodos e atividades

Foi usado o método descritivo e interativo para dinamizar a formação, com projeção da apresentação em videoprojector.

Avaliação

A avaliação foi informal obtendo-se pelo parecer dos participantes, interesse e motivação durante a apresentação do tema.

Plano de Sessão


Fases	Duração (min)	Conteúdo	Método	Recursos
Introdução	5	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos formadores - Apresentação do tema 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo 	
Desenvolvimento	30	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da história do “Kiko e o dentinho de leite”: • Definição do conceito Conforto • Identificar as necessidades de conforto do RN prematuro • Descrever as intervenções de enfermagem direcionadas ao conforto: <ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico; - Promover conforto; - Avaliar a dor; - Promover a vinculação e o papel parental; - Promover o envolvimento da família alargada 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo - Questões - Demonstrativo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Videoprojector - Computador Portátil - Documento Power Point
Conclusão	10	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos abordados na sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	
Avaliação	15	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a adaptabilidade das intervenções para o SAPE 	<ul style="list-style-type: none"> - Coletiva - Informal 	

Apresentação da sessão de formação a pares



Objetivos:

1. Sensibilizar a equipa de enfermagem para o conforto como foco em enfermagem;
2. Identificar necessidades de conforto do prematuro;
3. Definir conforto em linguagem OPE e como conceito central da teoria do conforto de Kolcaba.
4. Adequar intervenções de enfermagem para o foco de atenção conforto comprometido no prematuro.

 CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



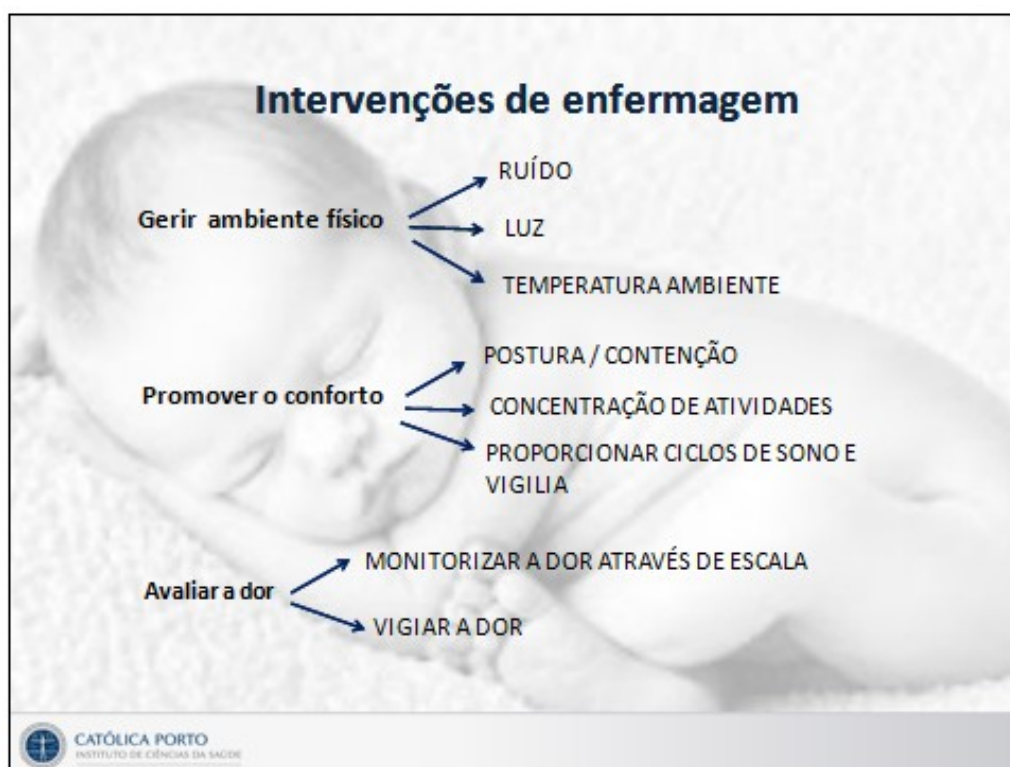
CONFORTO:

"é uma sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar corporal" CITE

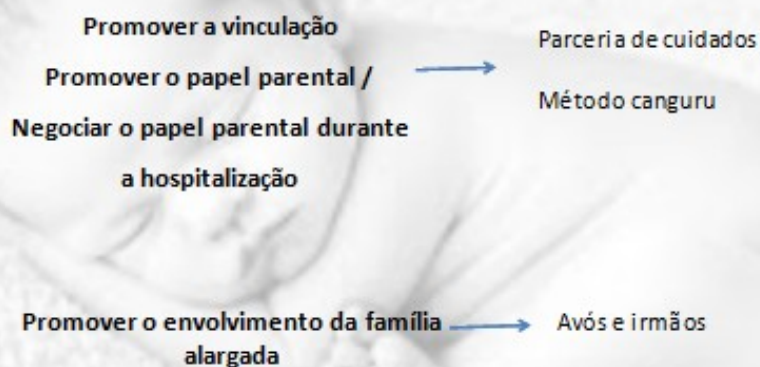
"...bem-estar, comodidade, aconchego..." DICIONÁRIO PRISMAN

"... é contemplado como uma experiência imediata, fortalecida por sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental." SILVA E PONTE

... "Trata-se da satisfação das necessidades humanas básicas, resultante do cuidado de enfermagem, proporcionada por meio de intervenções denominadas medidas de conforto." SILVA E PONTE



Intervenções de enfermagem



LUZ

MEDIDAS DE CONFORTO

- ✓ Regular a intensidade da luz natural;
- ✓ Usar focos individualizados (evitar direcionar para a cara);
- ✓ Cobrir incubadoras com mantas grossas e opacas;
- ✓ Informar os pais sobre os cuidados a ter com a luz;

- Desenvolvimento neurossensorial ocorre no final do 2º trimestre
- Último sentido a desenvolver-se cerca das 32 semanas de gestação

Lopez, 2013; Sánchez, 2014;

RUÍDO

Fonte do ruído	Nível db
Ambiente geral	45-85
Alarmes	60-80
Abrir e fechar portas incubadora	90-110
Água das trequeias	60-80
Conversa normal	60-70
Objetos em cima de incubadora	70-90

MEDIDAS DE CONFORTO

- Não apoiar objetos sobre a incubadora;
- Abrir e fechar cuidadosamente as portas da incubadora;
- Moderar o tom de voz durante as conversas na UCIN;
- Apagar alarmes o mais rapidamente possível;
- Diminuir o som do telefone fixo e atender rapidamente;
- Manter telemóveis em silêncio.

Lopez, 2013; Sánchez, 2014

Efeitos adversos a médio prazo:

- Diminuição de calorias para o crescimento;
- Aumento do risco de perda auditiva;
- Aumento do risco de hiperatividade e déficit de atenção.



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

POSTURA



FLEXÃO / CONTENÇÃO / NIDIFICAÇÃO

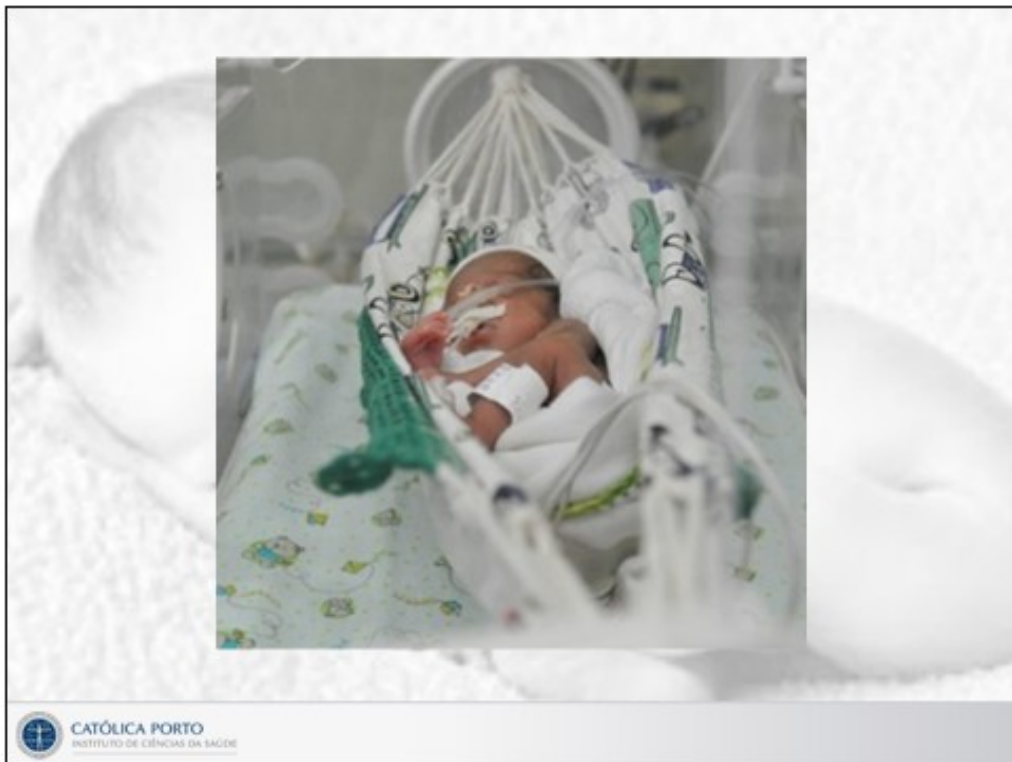
Posição de eleição:

- . Manter os membros alinhados na linha média,
- . Mãos perto da boca para facilitar os movimentos de autoconsolo,



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Lopez, 2013; Sánchez, 2014



CONCENTRAÇÃO DE ATIVIDADES



MEDIDAS DE CONFORTO

- ✓ Otimizar a preparação das atividades;
- ✓ Agrupar os procedimentos não urgentes e coordená-las entre a equipa;
- ✓ Não interromper as fases de sono;
- ✓ Permitir a recuperação retomando ao estado de conforto.

Lopez, 2013; Sánchez, 2014

GESTÃO DE MEDIDAS PARA ALIVIO DA DOR

Estratégias não farmacológicas

- Monitorizar a dor através de escala – PIPP / Edin;
- Vigiar a dor.
- Executar contenção efetuando manipulação com duas pessoas: para que uma trate só da analgesia;
- Administrar sacarose oral, de preferência com sucção não nutritiva e aleitamento ao seio materno. (3)
- Promover método mãe canguru;
- Proporcionar ambiente adequado e organizado na Unidade.

Lopez, 2013; Sánchez, 2014

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS

Parceiros no cuidar...



“... o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, é fulcral no processo de desenvolvimento do recém-nascido prematuro e é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade.”

Fernandes et al, 2014

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS

Parceiros no cuidar...



- Proporcionar a participação dos pais no cuidado ao RN prematuro nas tarefas básicas como alimentação, higiene, eliminação, contacto pele com pele.

Lopez, 2013; Sánchez, 2014

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS

Vantagens do método mãe canguru:

- Promove o aleitamento materno;
- Melhora os sinais vitais;
- Promove o ganho de peso;
- Promove a vinculação;
- Acalma a dor;
- Diminui a mortalidade e morbilidade;
- Diminui as infeções e a permanência na incubadora.

Lopez, 2013; Sánchez, 2014



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS

- Oferecer sucção não nutritiva;
- Acariciar, falar em tom suave;
- "Conforto de contacto" / massagem (Harlow)
- Dar amor...

Freitas et al, em 2010, conduem que a massagem tem um efeito positivo no ganho ponderal do RNPT

Negociar com os pais quais os cuidados a prestar ao RNTP.



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Promover a reunião de toda a família

Hora da família

Criança sente-se importante e valorizada.

Melhora a dinâmica familiar.

Desmitifica ideias erradas sobre o bebé ou o seu prognóstico.

Facilitador do vínculo fraterno.

Humaniza os cuidados de enfermagem.

Botas, 2011

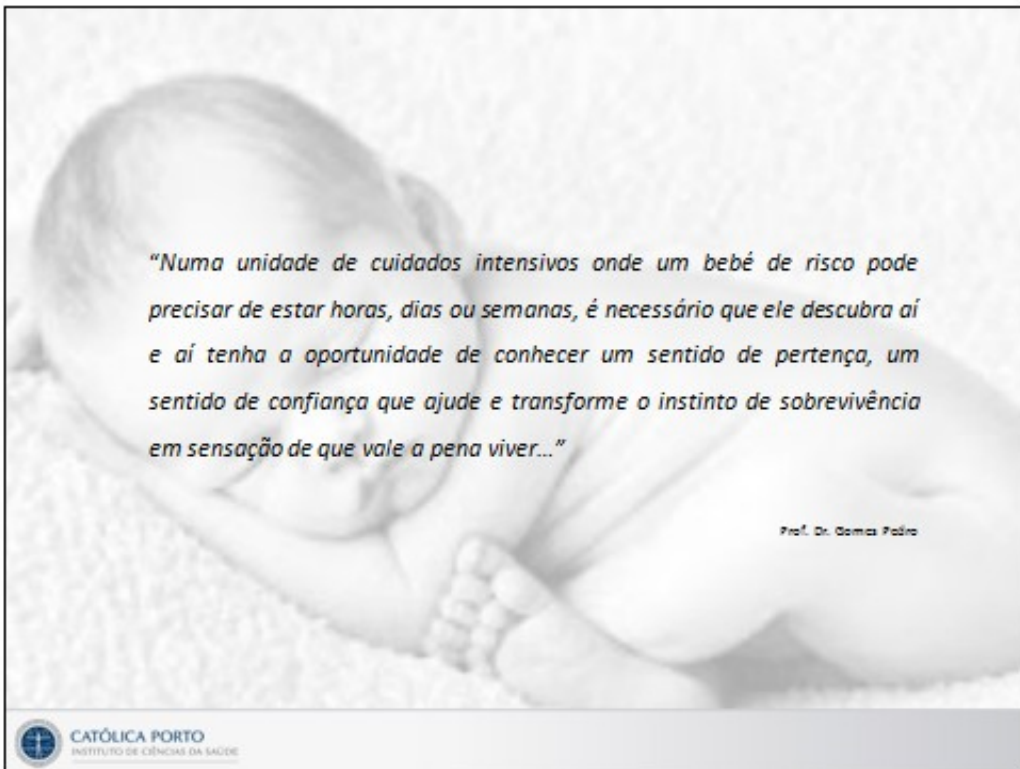


A emocionalidade de trabalhar numa UCIN / conforto espiritual




“O carinho dos profissionais proporciona sensações de bem-estar, minimiza o sofrimento vivenciado pela família neste momento, dotando-os de sentimentos de confiança e segurança facilitando a vinculação precoce.”

Wernet M. citado por Fernandes et al, 2014.



“Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de conhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver...”

Prof. Dr. Gema Paiva

 CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



**OBRIGADA PELA
ATENÇÃO!**

 CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Referências bibliográficas

1. Fernandes, Ana, et al. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-nascidos Prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 2º semestre de 2014, Vol. 18, pp. 45-60.
2. Ponte, Keila e Silva, Lúcia. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online*. 2, Abril-junho de 2015, Vol. 7, pp. 2603-2614.
3. CIPE, 2011
4. *Dicionário Priberam*.
5. López, Aida, et al. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. *SPAQ*. Granada : s.n., 2013. Vol. 7, pp. 39-59.
6. *Cuidados del neonato prematuro dentro de en el desarrollo y la familia*. Guisado, Sánchez, Arbelo, Guedes e López, Martos. 2014. Jornadas internacionales de investigación en educación y salud. Enfermería y salud.
7. Freitas, Otilia, et al. Efeitos da Massagem no ganho ponderal do recém-nascido pré-termo. *Referência*. Julho de 2010, Vol. III.
8. Botas, Ana Cristina. *PROMOVER A RESILIÊNCIA NA CRIANÇA/FAMÍLIA*: Universidade Católica Portuguesa. Lisboa : s.n., 2011.



Reflexão Crítica

O tema foi motivante para os presentes uma vez que abordou um conceito comum aplicado na prática, muitas vezes sem o devido rigor. Este fato deve-se à dificuldade de alterar a parametrização selecionada para o serviço, tornando-se mais difícil a interligação da teoria com a prática.

O número de participantes foi menor do que era esperado, no entanto, isto revelou-se uma mais-valia uma vez que foi possível ir refletindo nos assuntos, tendo os participantes incluído as suas experiências pessoais o que enriqueceu a formação. Para colmatar este número de participantes foi oferecido à enfermeira chefe a possibilidade de repetir a formação quando e, se a equipa achasse oportuno.

A metodologia foi a adequada uma vez que a motivação e participação foi uma constante o que me leva a concluir que atingi os objetivos propostos para esta formação, tendo esta constituído um momento de aprendizagem para os intervenientes.

Referências bibliográficas

¹ ALLIGOOD, M.; TOMEY, A. M. – *Tóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Tradução de Ana Rita Albuquerque. Lusociência, 2004.

² GOMES, S. – *O Conforto em Pediatria*. Trabalho elaborado na 3ª edição do Mestrado em Enfermagem no Instituto Superior de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2007