



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Eliana Cristina Freitas da Silva

Porto
Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

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

Elaboração

Eliana Cristina Freitas da Silva

Orientação

Mestre Isabel Quelhas

Porto
Maio de 2011

RESUMO

É na prática clínica, formação e investigação que o Enfermeiro Especialista consolida os conhecimentos e competências que lhe permitem, respeitando a individualidade de cada um, assistir a criança, adolescente e família em diferentes contextos, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença, fornecendo cuidados paliativos e de reabilitação.

O Relatório Final de Estágio foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria (MEESIP), tendo por objectivo descrever o meu percurso e servir como último momento de aprendizagem no percurso formativo.

A aprendizagem clínica iniciou-se com a realização de um projecto de estágio que incluía os objectivos gerais traçados para os estágios de Saúde Infantil, Serviço de Pediatria e Serviço de Urgência/ Emergência Pediátrica.

Os estágios decorreram na Extensão de Saúde Urbana – Famalicão, no Serviço de Pediatria Crianças e Adolescentes do Hospital Escala Braga e no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Entidade Pública Empresarial.

O meu percurso em cada módulo de estágio teve como objectivo final a aquisição de competências, através da concretização dos objectivos auto-propostos, nos domínios da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação, delineados no Guia de estágio do Curso de MEESIP.

ABSTRACT

It is through clinical practice, formation and research that the Specialist consolidates the knowledge and skills that allows her to assist the child and family in different situations, respecting the individuality, promoting health, preventing and treating disease, and providing palliative and rehabilitation care.

This Final Report of Clinical Practice was performed in the context of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child Health and Pediatrics Care. Its goal is to describe my path achievements, representing a last learning exercise.

The clinical practice began with the construction of a project that included the main global goals to achieve during each clerkship in Child Health and Child Care.

The clinical practice took place in Extensão de Saúde Urbana – Famalicão, in Serviço de Pediatria Crianças e Adolescentes do Hospital Escala Braga and in Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Entidade Pública Empresarial.

Throughout the learning path, I aimed to achieve the self-proposed goals and the acquisition of skills in the areas of care, training, management and research, which were outlined in the Guide of Clinical Practice of the Course MEESIP.

"Conhecimento real é saber a extensão da própria ignorância."

Confúcio

SIGLAS E ABREVIATURAS

AES – Acção de Educação para a Saúde;

AM – Aleitamento Materno;

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico;

CHAA, EPE – Centro Hospitalar do Alto Ave, Entidade Pública Empresarial;

CHTS, EPE – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Entidade Pública Empresarial;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem;

CSVNF – Centro de Saúde Vila Nova de Famalicão;

EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;

Ed. – Edição;

EMLA - Eutectic Mixture of Local Anesthetic

Enf.^a – Enfermeira;

ESU – F – Extensão de Saúde Urbana – Famalicão;

ICS – Instituto de Ciências da Saúde;

MEESIP – Mestrado Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;

N.º - Número;

NIPS – Neonatal Infant Pain Score

OE – Ordem dos Enfermeiros;

p. - página

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RN – Recém-nascido;

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem;

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde;

UCIN – Unidade de Cuidados Neonatais;

Vol. - Volume

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	9
1 – FORMAÇÃO CLÍNICA.....	12
2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE OS ESTÁGIOS	24
2.1 - Competências do Domínio da Prestação de Cuidados.....	24
2.2 - Competências do Domínio da Formação	47
2.3 - Competências do Domínio da Gestão.....	51
2.4 - Competências do Domínio da Investigação	56
3 – NOTA CONCLUSIVA.....	59
4 - BIBLIOGRAFIA.....	60

Anexos:

- I – Indicadores de Estágio
- II – Serviço de Neonatologia
- III – Extensão de Saúde Urbana - Famalicão
- IV – Serviço de Pediatria
- V – Serviço de Urgência Pediátrica
- VI – Plano de cuidados das Consultas de Saúde Infantil e Pediátrica
- VII – Plano de Cuidados da Visita Domiciliar
- VIII - Plano de Cuidados do “Cantinho da Amamentação”
- IX - Plano de Cuidados da Vacinação
- X - Plano de Cuidados de Enfermagem do Serviço de Pediatria
- XI- Plano de Cuidados do Serviço de Urgência Pediátrica
- XII – Escala da Dor adoptada pela Neonatologia
- XIII – Escala da Dor adoptada pelo Serviço de Pediatria
- XIV – Escala da Dor adoptada pelo Serviço de Urgência Pediátrica
- XV – Acção de Educação para a Saúde “A garrafa que fuma”
- XVI - Acção de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros”
- XVII - Acção de Educação para a Saúde “Saúde Oral”

- XVIII - Acção de Educação para a Saúde “Prevenção de Acidentes na Infância”
- XIX – Actividades do dia Mundial da Criança
- XX - Panfleto “Introdução novos alimentos – dos 0 aos 12 meses”
- XXI - Panfleto “As minhas receitas para bebés”
- XXII- Panfleto “Intoxicações Acidentais”
- XXIII – Apresentação Digital “Intoxicações Acidentais”
- XXIV – Acção de Formação a Enfermeiros “Educar Sobre a Importância e Formas de Estimulação”
- XXV – Acção de Formação a Enfermeiros “Atendimento do Bebé Prematuro em Cuidados de Saúde Primários”
- XXVI – Acção de Formação a Enfermeiros “Cuidados de Enfermagem com a Manipulação de Cateteres Vasculares em Pediatria”

0 – INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria (MEESIP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pretende que cada aluno consiga promover a excelência do exercício profissional, através da prestação de cuidados de Enfermagem especializados centrados na criança, adolescente e família, incrementando responsabilidade, qualidade e autonomia na sua execução.

O aprofundamento e aquisição de competências nos diferentes domínios, permite ao aluno especializar-se na sua área de intervenção, e actuar com um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde, demonstrando e mobilizando um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades.

A Ordem dos Enfermeiros (2007: 15) refere-se ao Enfermeiro Especialista como um

“...Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializados”.

O plano curricular do MEESIP prevê que no decorrer do curso os alunos atinjam os seguintes objectivos:

- ✓ Conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria;
- ✓ Saber aplicar 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 da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria;
- ✓ Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo

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

- ✓ Ser capaz de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, tanto a especialistas como a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- ✓ Adquirir competências que permitam uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O Plano de Estudos do Curso de MEESIP do ICS prevê ainda a realização de um relatório final que descreverá o percurso efectuado, as competências adquiridas e a reflexão realizada pelos alunos.

O presente relatório irá descrever o meu percurso profissional, enquanto Enfermeira a exercer funções há nove anos na Neonatologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, Entidade Pública Empresarial e o meu percurso na aquisição das competências da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, enquanto aluna.

No decorrer da especialização realizei os três módulos de estágio previstos pelo plano curricular, que decorreram nos seguintes locais.

- ✓ Módulo I – Saúde Infantil que decorreu entre 20/04/2009 e 19/06/2009 no Módulo 5 da Extensão Urbana do Centro de Saúde de Vila Nova de Famalicão;

- ✓ Módulo II – Serviço de Pediatria que decorreu entre 06/10/2009 e 27/11/2009 no serviço de Pediatria do Hospital Escala Braga;

- ✓ Módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica que decorreu entre 04/01/2010 e 29/01/2010 no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Entidade Pública Empresarial.

Na escolha dos locais de estágios tive em consideração a proximidade destes à minha residência de forma a poder conciliar horários de trabalho com os horários de estágio.

Sendo a clínica um espaço insubstituível para a potenciação de conhecimentos teóricos e a aquisição de saberes práticos e processuais, desenvolvi, ao longo de nove anos de exercício profissional competências que me permitiram integrar na equipa e adquirir conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados, em contexto de Internamento Neonatal, ao recém-nascido e família atendendo às suas especificidades.

Reconhecendo essa aprendizagem tive creditação do estágio em contexto de Internamento Neonatal.

Na elaboração deste relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, que fundamentei com pesquisa bibliográfica.

Estruturalmente dividi o Relatório no Percorso Profissional, onde fiz uma breve reflexão sobre as actividades que realizei no exercício da profissão em contexto Neonatal. Nas Competências Adquiridas durante os Estágios, onde menciono os objectivos que delineei e as actividades e reflexão crítica que realizei para atingir as competências da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, que dividi pelos diferentes domínios da acção em Enfermagem, a prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Numa Nota Conclusiva e Bibliografia.

A concretização deste trabalho teve por objectivos:

- ✓ Descrever a assistência de enfermagem que desenvolvi;
- ✓ Reflectir sobre a aprendizagem que efectuei, enquanto aluna do Curso de MEESIP;
- ✓ Apresentar-se para discussão para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

1 – FORMAÇÃO CLÍNICA

No dia 02 de Novembro de 2000 iniciei funções na Unidade de Neonatologia do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães (designado Centro Hospitalar do Alto Ave, Entidade Pública Empresarial desde 28 de Fevereiro de 2007), onde exerço funções até hoje.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) desenvolvi uma série de competências e habilidades na prestação de cuidados ao recém-nascido e família que passarei a expor no desenvolvimento deste capítulo.

Perante esta aprendizagem tive o estágio de Neonatologia creditado. Tornou-se, por isso, necessário descrever e reflectir sobre as actividades que desenvolvi no exercício da minha profissão, que conduziram à referida creditação.

Não sendo possível descrever e reflectir sobre todas as actividades realizadas, selecionei algumas, que considere mais pertinentes para justificar a aquisição de competências dos domínios da acção em Enfermagem, prestação de cuidados, formação, gestão e investigação.

A caracterização do serviço de Neonatologia encontra-se em anexo. (anexo II)

Domínio da Prestação de Cuidados

Uma das características do trabalho em enfermagem é que o mesmo tem por base uma relação profissional utente/ família muito forte.

Numa UCIN, os profissionais de saúde precisam de aliar a tecnologia à empatia, à experiência e à compreensão do relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético numa realidade vulnerável e frágil. Cuidar em Unidades Críticas é um acto de amor, ao qual está vinculada a motivação, responsabilidade, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais. (SILVA, 2000)

No serviço onde exerço funções a exigência em relação à qualidade da prestação de cuidados é muito elevada.

Esta exigência e a responsabilidade de tomar decisões fundamentadas levou-me a sentir a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos sobre Neonatologia e a actuação da Enfermagem na UCIN. Assim, realizo pesquisa bibliográfica, assisto a

formação em serviço e acções de formação permanente como congressos de forma a manter-me actualizada e fundamentar as minhas decisões na prestação de cuidados, converso com os meus pares sobre as diferentes situações encontradas e analiso criticamente as mesmas.

A utilização da metodologia científica na prestação de cuidados permitiu a organização metódica do meu trabalho e a avaliação crítica das necessidades de cuidados do bebé e dos resultados destes.

A actuação em Neonatologia exige dos profissionais capacidade e habilidades no uso de tecnologias e técnicas de enfermagem mais específicas. Desenvolvi habilidades na execução de diversas técnicas e procedimentos como a colocação e manipulação de cateteres centrais epicutâneo-cava e umbilicais, ventilação invasiva e não invasiva, drenagem de pneumotórax, avaliação de pressão arterial central, algaliação, exsanguíneo-transusão, permutas sanguíneas.

No entanto, prestar cuidados de excelência na UCIN não se restringe ao conhecimento de como utilizar os equipamentos e executar técnicas de enfermagem. O Enfermeiro de Neonatologia precisa de aprender a adequar os cuidados às necessidades efectivas do neonato e família.

A aprendizagem neste serviço permitiu-me desenvolver competências em diferentes campos da prestação de cuidados directos ao bebé e à família.

Consciente da responsabilidade de prestar cuidados em contexto neonatal, preocupei-me em aprender a avaliar o neonato. Os sinais de agravamento clínico, nos neonatos, são variáveis, muitas vezes, inespecíficos. Possuir a capacidade de perceber alterações no comportamento do neonato e nas respostas fisiológicas exige muitos conhecimentos e perspicácia por parte do enfermeiro.

Assim, aprendi a “olhar” para o RN e perceber alterações no tom de pele (estava rosado e ficou marmoreado, pálido, ictérico), na reactividade e tonicidade (estava reactivo e calmo e ficou sonolento, menos reactivo a estímulos, ou mais irritado e choroso, hipertónico ou hipotónico), na alimentação (teve dificuldade em mamar a totalidade do leite), hemodinâmicas, no crescimento e desenvolvimento.

Por vezes estas alterações surgem sem outro sinal ou sintoma associado, no entanto, devem ser sempre valorizadas para detectar um possível agravamento da situação.

Os prematuros podem ter internamentos muito longos e os pais rapidamente aprendem a conhecer os comportamentos do seu filho. Este conhecimento dá-lhes a

capacidade de perceber pequenas alterações no seu comportamento que poderão passar despercebidas ao enfermeiro mais experiente. Os pais são um forte aliado nesta observação pelo que aprendi a valorizar a sua opinião.

A actuação perante a dor é outra das minhas preocupações.

Adquiri competências na avaliação da dor, utilizando a escala da dor “Neonatal Infant Pain Score” adaptada (anexo XII), adoptada pelo serviço, e na aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.

As medidas não farmacológicas a que mais recorro são o posicionamento do recém-nascido, o toque/ massagem, manipulação mínima, sucção não nutritiva, interacção com os pais/ método “mãe canguru”, administração oral de sacarose a 24%.

Preocupei-me ainda em adquirir competências na promoção da parentalidade, realizando ensinamentos e incentivando os pais a estarem presentes, a tocarem no bebé, fomentando a realização do método de canguru e da amamentação, à colaboração na prestação de cuidados, à colocação de dúvidas e manifestação de receios e medos.

Os pais são incentivados a estar presentes junto ao bebé desde o nascimento, promovendo o alojamento conjunto mãe-filho. Para isso o serviço disponibiliza um quarto com 6 camas, caso não haja camas livres é colocado um cadeirão no quarto para as mães descansarem e poderem assim acompanhar o bebé nas 24h.

Aos pais que optam por não ficar em regime “pensionista”, é permitida e incentivada a sua presença desde as 8h às 24h.

Perante complicações maternas decorrentes do parto, a impossibilidade de a mãe visitar e acompanhar o seu filho na UCIN aumenta. Sendo vital o estabelecimento de uma relação mãe-filho precoce, sempre que possível, levo o RN na incubadora de transporte a visitar a mãe. Caso não seja possível, incentivo o pai a fotografar, ou filmar a criança para mostrar à mãe.

Hockenberry (2006) refere que talvez o mais importante seja dar aos pais algum contacto com o neonato. Ser capaz de ver, tocar e segurar o filho pode ajudar a reduzir a ansiedade dos pais. Frequentemente, uma fotografia, ou até mesmo um vídeo, do filho, pode servir como prova palpável da existência deste até que os pais sejam capazes de se encontrar com ele.

Querendo estabelecer uma relação terapêutica eficaz com os pais senti a necessidade de aprofundar competências e habilidades comunicacionais, de forma a poder informar os pais com clareza e desmistificar as suas crenças e medos.

Recorri a uma série de estratégias que aproximem pais e filho e facilitem a vinculação.

Uma das estratégias que adoptei, foi adequar os cuidados que presto à família ao processo de luto ao bebé imaginário, à sensação de culpa que as mães têm quando o seu filho precisa de cuidados médicos, e aos sentimentos de ansiedade gerados pelo nascimento de uma criança prematura ou a precisar de internamento clínico.

Realizei ensinamentos sobre o cuidado à criança, após averiguar com os pais quais os cuidados que eles gostariam de prestar.

Muitas vezes, só o facto de tocar no filho, principalmente se é prematuro cria nos pais uma série de receios. É minha prioridade que os pais desenvolvam, sem pressões, a confiança em si mesmos e nas suas capacidades enquanto prestadores de cuidados, pelo que não os forço a prestar cuidados que não se sintam capazes de realizar.

Hockenberry (2006) diz que os profissionais de saúde capacitam as famílias, criando oportunidades para todos os membros da família revelarem as suas aptidões e competências e adquirirem novas, necessárias para atender às necessidades da criança e família. Acrescentando que os pais têm o direito de decidir o que é importante para eles mesmos e para a sua família.

O método de “mãe canguru” ajuda a estabelecer esta relação entre os pais e o filho e a desfazer os medos que possam sentir. É uma técnica que uso com o objectivo de envolver tanto a mãe como o pai no cuidado ao bebé.

O estabelecimento precoce da amamentação, os ensinamentos sobre as competências e estimulação do desenvolvimento do neonato, ajudam os pais a “apaixonarem-se” pelo filho, isto é a vincularem-se a este e ao mesmo tempo confiarem nos enfermeiros.

Para além de estimular a amamentação, incentivo as mães que já não produzem leite a fazer a re-lactação.

A re-lactação consiste em estimular novamente a produção de leite quando a mãe já não o produz. O procedimento passa pela adopção de medidas farmacológicas prescritas pela equipa médica e pela estimulação física realizada pelo bebé, que mesmo sem a mãe ter leite, vai ao seio.

“A vantagem deste método é oferecer leite à criança enquanto esta está a mamar produzindo o estímulo de sucção importante à relactação e para a lactação induzida com o objectivo de aumentar a produção de leite.” (Bordalo, 2008: 71)

A minha actuação passa por ajudar a mãe a colocar o bebé a mamar no seio e pelo reforço de ensinamentos e fornecimento de bibliografia sobre casos de êxito na re-lactação.

No seio da mãe é colocada uma sonda fina pela qual o bebé suga o leite de um biberão ao mesmo tempo que mama ao seio. O bebé não é alimentado por biberão, para que adquira mais facilmente as competências necessárias para mamar ao seio.

A técnica foi implementada há menos de 1 ano no serviço e embora ainda não haja muitos casos de sucesso, acreditamos no procedimento e estamos a re-organizar a actuação em torno da amamentação dos prematuros de forma a que esta tenha mais sucesso.

É recompensador para a mãe, bebé, para mim e restante equipa sempre que se consegue que uma mãe volte a produzir leite.

Os neonatos com idade gestacional corrigida inferior a 32 semanas não possuem as competências orais necessárias para mamar. De forma a evitar que as mães deixem de produzir leite, incentivo cada vez mais a realização do método de canguru. Durante este momento, aproximo o RN do seio materno de forma a que algumas gotas de leite escorram junto à boca do bebé, para que a produção de leite seja mantida.

Tenho observado uma maior envolvência, tanto da mãe como do pai, quando promovo estes momentos. Os pais mostram-se mais confiantes em relação ao bebé e às suas competências como cuidadores. Sempre que o bebé tenta agarrar o mamilo ou lambe o leite que escorre pelo seio, chamam-me para ver, o que constitui um momento de grande satisfação para todos os envolvidos.

Estabeleço ainda uma relação de afectividade com o neonato, chamando-o pelo nome, falando e brincando com ele. Desta forma, além de me relacionar com o bebé e de o estimular, mostro aos pais de que forma podem estimular o seu filho e aumento a confiança destes em relação ao acompanhamento do filho.

Assim, a minha aprendizagem no estabelecimento de uma comunicação e relação terapêutica eficaz com os pais, passou pela compreensão desta fase do ciclo vital, e da angústia de ser pai de uma criança internada numa unidade de cuidados intensivos.

Segundo Gaíva e Scochi (2004) a humanização leva a um contacto mais próximo, a uma relação mais humana entre o bebé, a família e os próprios profissionais.

Ao longo do meu percurso profissional surgiram algumas situações complexas que exigiram de minha parte uma maior capacidade para agir diante do inesperado.

A gravidez na adolescência continua a ser um problema actual.

É frequente haver internamentos na UCIN de filhos de adolescentes.

É uma situação complexa, pelas características da adolescência, e pela responsabilidade que representa ter um filho.

É comum vermos estas jovens muito “enamoradas” pelo filho e preocupadas com vestir e embelezar o bebé. No entanto, a responsabilidade de ter de mudar frequentemente a fralda, ou dar de mamar a horas é demasiada, pelo que precisam de muita ajuda na adaptação à nova fase.

Carlos e Outros (2007) dizem que quando comparadas com as mães adultas, as mães adolescentes revelam comportamentos parentais menos adequados.

Avalio as capacidades dos pais na prestação de cuidados, de forma a determinar a necessidade ou não de envolver uma terceira pessoa na prestação de cuidados.

Caso seja necessário envolver uma terceira pessoa, o que normalmente acontece, converso com a adolescente e contacto a assistente social para determinar quem será o principal apoio dos pais quando o bebé tiver alta. Essa pessoa é convidada a acompanhar e ajudar a adolescente a prestar cuidados ao filho durante o internamento.

Por vezes a família tem dificuldade em aceitar que a adolescente teve um filho e está relutante em apoiá-la.

Nestes casos é realizado um trabalho entre toda a equipa e os pais do bebé para assegurar que estes são devidamente encaminhados e que irão ter o devido apoio após a alta. Por vezes recorre-se a instituições de apoio à criança.

“O apoio social facilita a adaptação da adolescente à maternidade, diminui a ansiedade associada às tarefas parentais e associa-se uma maior responsividade, sensibilidade e expressão do afecto da adolescente ao seu filho.” (Carlos e Outros, 2007: 184)

No contexto de internamento em Neonatologia ajudar os pais a realizarem o luto do bebé imaginário e a aceitarem o bebé real pode ser muito complexo.

Lidei várias vezes com situações nas quais os pais tiveram dificuldade em aceitar o problema de saúde do filho (prematuridade, lábio leporino, trissomia 21, miopatas congénitas,...).

Um exemplo foi um casal jovem que, após um tratamento de fertilidade, engravidou de gémeos que nasceram com 29 semanas de gestação.

Após o nascimento foi detectada uma hemorragia intracraniana no 2º gémeo.

A notícia teve um efeito devastador. A mãe era incapaz de exprimir a dor que sentia. O pai, pelo contrário, sentia a necessidade de manifestar os seus sentimentos, transparecendo a fase de negação do luto ao bebé imaginado.

Após rejeição por parte dos pais em obter o apoio da psicóloga mantive-me disponível para os ouvir, deixei o pai exprimir-se, e expliquei as complicações e sequelas possíveis, e as formas como podia ajudar o filho, estimulando-o.

Envolvei a mãe na ajuda ao marido, e com isso consegui que também ela exprimisse a sua dor, receios e sentimentos de culpa.

Assim, estas experiências e muitas outras, que não cabem nesta reflexão, levam-me a acreditar que ao realizar as actividades:

- ✓ Pesquisei bibliográfica frequente de temas pertinentes à prestação de cuidados ao recém-nascido e família;

- ✓ Planifiquei e prestei cuidados de Enfermagem ao recém-nascido e família;

- ✓ Desenvolvi técnicas comunicacionais;

Adquiri as seguintes competências do Domínio de prestação de cuidados:

- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados 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;

- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;

- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Domínio da Formação

A formação dos profissionais de saúde tem por objectivo conseguir mudanças no perfil do profissional e a aquisição de competências que lhe permitam actuar com um elevado grau de adequação às necessidades do utente, articulando a prática com a teoria.

Backes e Outros (2003) referem-se à formação como um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e colectivo, procurando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, consciencialização, reafirmação ou reformulação de valores,

construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora.

Consciente das exigências e desafios da enfermagem, procurei manter-me actualizada e informada relativamente às perspectivas teóricas mais recentes, para poder fundamentar e melhorar a prestação de cuidados.

Assim, realizei várias pesquisas bibliográficas que me ajudaram a melhorar a avaliação, planeamento e prestação de cuidados e análise dos resultados de cada situação clínica.

A participação em jornadas e congressos foi outra das formas que adoptei para manter a formação pessoal, adquirindo e actualizando conhecimentos.

As jornadas a que assisti nos últimos dois anos foram:

- ✓ III Jornadas de Enfermagem em Neonatologia “Evolução no cuidar em Neonatologia”;

- ✓ Workshop “Competências precoces na alimentação oral do RN prematuro”;

- ✓ X Seminário de Ética – Segurança da Informação.

A elaboração de posters e comunicações livres para apresentar em jornadas também contribuíram para a minha formação.

A elaboração destes trabalhos exigiu a articulação da pesquisa com a experiência da prática que possuía.

A sua apresentação pública exigiu ainda o desenvolvimento de capacidades comunicacionais.

Os temas dos trabalhos foram escolhidos essencialmente a partir de situações pontuais da vida prática que suscitaram interesse e entendi poder partilhar com outros profissionais contribuindo para a sua formação.

A comunicação livre que elaborei tinha como tema “Reacções da família à hospitalização do filho recém-nascido” e foi apresentada no III Encontro de Enfermagem do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães a 21 e 22 de Novembro de 2002.

Os últimos posters que elaborei foram:

- ✓ “Do bebé imaginário ao bebé real – que conflito?!” apresentado no Curso Teórico-Prático “Formação em Pediatria” em Braga a 28 de Janeiro de 2008;

- ✓ “Olá, eu sou prematuro...” apresentado no Curso Teórico-Prático “Formação em Pediatria” em Braga a 28 de Janeiro de 2008;

✓ “Método Canguru – Ensinando a Cuidar...” no I Encontro de Enfermagem dos Hospitais Guimarães/ Fafe a 10 de Maio de 2005.

A formação em serviço também contribuiu para a minha aquisição de competências.

O meu serviço organiza um plano anual de acções de formação em função das necessidades detectadas pela equipa de enfermagem.

Tive a oportunidade de participar enquanto formanda e formadora nas acções de formação em serviço. Além da actualização de conhecimentos, os objectivos destas sessões foram discutir as perspectivas apresentadas e a sua aplicação na prática e uniformizar cuidados dentro da equipa.

Entre as sessões assistidas nos últimos dois anos destaco:

- ✓ “Ventilação não Invasiva no RN – CPAP/ SIPAP Nasal – Infant Flow”;
- ✓ “Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido com bronquiolite”.

Os temas que apresentei foram:

- ✓ “Cuidados ao RN com convulsão”;
- ✓ “Vigilância de saúde no 1º mês de vida”.

A integração de uma colega ao serviço e a orientação dos alunos da Licenciatura em Enfermagem em estágio de observação no serviço, foram momentos que me levaram a sentir a necessidade de melhorar competências comunicacionais, conhecimentos teóricos e questionar e reflectir mais aprofundadamente sobre os cuidados prestados.

Orientar e ensinar colegas na prestação de cuidados em Neonatologia exigiu recordar a fundamentação das práticas para responder às questões levantadas pelos tutorandos.

A relação com os colegas que orientei levou-me a sentir a necessidade de ponderar outras perspectivas na avaliação da situação e no planeamento dos cuidados.

Considero que os momentos de acompanhamento de outros profissionais foram extremamente enriquecedores, não só pela oportunidade de adquirir capacidades no ensino e orientação de colegas, mas também porque aproveitei a oportunidade para aprender com estes outras formas de ver a prática em enfermagem.

Assim, estas experiências e muitas outras levam-me a acreditar que ao realizar as actividades:

- ✓ Assisti e realizei acções de formação em serviço;
- ✓ Participei em Jornadas de Enfermagem;

- ✓ Integrei uma enfermeira no serviço de Neonatologia;
- ✓ Colaborei com a orientação de alunos de Enfermagem.

Adquirit as seguintes competências do Domínio da formação:

- ✓ Manter de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✓ Colaborar na integração de outros profissionais.

Domínio da Gestão

A gestão dos cuidados de enfermagem deve ter em consideração as necessidades dos utentes e dos profissionais de saúde, de forma a motivar estes últimos para a prestação de cuidados de qualidade.

“A essência da liderança é a capacidade de influenciar o liderado”. (Borges e Outros, 2006: 4)

A Neonatologia tem organizado os turnos com 5 enfermeiros e 1 auxiliar, distribuídos pela UCIN e Neonatologia em função das necessidades detectadas no turno anterior.

Na ausência da Chefe de Enfermagem compete ao responsável de turno realizar esta gestão.

Desempenho funções de responsável de turno desde 08/06/2003. As minhas motivações no desempenho destas funções são as de assegurar os cuidados de qualidade ao utente, avaliando as necessidades dos utentes, salvaguardando complicações e eventuais internamentos.

Assim, se a ocupação fica no seu limite chamo um enfermeiro em turno extra para assegurar as necessidades dos utentes. Quando a ocupação e carga de trabalho diminuem dispenso um enfermeiro. Para que a minha decisão seja fundamentada, converso com a equipa a trabalhar, de forma a obter conhecimento sobre as necessidades de cuidados de todos os utentes e para conhecer a opinião dos colegas sobre estas, só então decido.

Se as necessidades de cuidados se alteram ao longo do turno redistribuo os utentes de forma a conseguir uma melhor resposta da equipa às necessidades detectadas.

Realizo o plano de distribuição dos utentes do turno seguinte em função das necessidades detectadas.

Enquanto responsável de turno verifico ainda o funcionamento dos equipamentos, (desfibrilador, ventiladores) e asseguro-me que necessidades detectadas durante o turno, de materiais ou fármacos mais urgentes, sejam repostos.

Assim, estas experiências levam-me a acreditar que ao realizar a actividade:

✓ Exerci funções de responsável de turno;

Adquiri a seguinte competência do Domínio da gestão:

✓ Realizar a gestão de cuidados na área da especialização.

Domínio da Investigação

A área da investigação é essencial ao desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, pois é através dela que se geram novos conhecimentos e consequentemente novas perspectivas de actuação em enfermagem.

“A pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para os enfermeiros, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem”. (Polit e Hungler, 2004: 20)

Sabendo que o enfermeiro deve ser capaz de reflectir sobre a sua prática, ao longo da minha vida profissional reflecti sobre várias situações que me levaram a procurar formas de melhorar a prestação de cuidados.

Realizei pesquisa bibliográfica, actualizando e aprofundando conhecimentos e fundamentando-os com os resultados recentes da investigação em enfermagem e outras áreas.

Adequei a prestação de cuidados a estes resultados com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem com qualidade.

Não sendo possível abordar todas as questões que levantei deixo aqui mencionada uma das mais recentes.

As últimas orientações sobre a amamentação aconselham o uso do copo para alimentar o bebé quando a mãe está ausente.

Ao utilizar o copo, tenho notado uma grande relutância e por vezes alguma revolta perante tal sugestão, por parte das mães.

Da minha prática tenho a percepção que o uso do copo não favorece a amamentação mais do que o uso do biberão. Ao exprimir a minha opinião às colegas do serviço fiquei a saber que não era a única a ter esta dúvida.

Em sequência organizou um grupo de trabalho com o objectivo de responder à questão:

✓ Existem diferenças no n.º de mães que mantêm a amamentação quando utilizam como suporte à amamentação o biberão ou o copo?

Assim, estas experiências levam-me a acreditar que ao realizar a actividade:

✓ Reflecti sobre a prática.

Adquiri a competência do Domínio de prestação da investigação:

✓ Reflectir sobre a prática de forma crítica.

2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE OS ESTÁGIOS

O aprofundamento e aquisição de competências, em diferentes domínios, permitem ao enfermeiro especializar-se, na sua área de intervenção, e actuar com um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos utentes, demonstrando e mobilizando um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades.

Os estágios clínicos têm por finalidade favorecer a aquisição de competências por parte do aluno.

Como já foi mencionado realizei três estágios no decurso do curso do MEESIP.

Neste capítulo abordei os objectivos que planeei e as actividades que desenvolvi para adquirir as diferentes competências e a reflexão crítica correspondente.

As competências, objectivos e actividades desenvolvidos foram enquadrados, após reflexão, nos Domínios da Prestação de Cuidados, Formação, Gestão e Investigação.

O planeamento dos objectivos e actividades teve em consideração os indicadores de estágio fornecidos pelas coordenadoras de estágio (anexo I) e a realidade encontrada nos locais de estágio.

2.1 - Competências do Domínio da Prestação de Cuidados

O cuidado ao Ser Humano tem sido apontado como o objecto epistemológico da Enfermagem, “... *um cuidado integrador, humanizado, favorecedor de uma vida melhor e mais saudável; um "cuidado terapêutico"*”. (Prado e Reibnitz, 2006: 114)

Segundo Martinez (2001), o cuidado terapêutico na Enfermagem inclui um compromisso social com o desenvolvimento pessoal e a autonomia do utente, um compromisso com o conhecimento, um compromisso com a defesa da pluralidade.

A aquisição de capacidades que atendam a esses compromissos passa pela formação de profissionais críticos e criativos, capazes de responder às demandas de uma sociedade complexa e necessidades específicas de cada utente, prestando cuidados de enfermagem de qualidade.

É longo o percurso de aquisição de competências e conhecimentos que permitam ao enfermeiro avaliar todo o contexto que envolve o utente e planejar os cuidados mais adequados a cada situação.

Enquanto enfermeira e considerando o acesso a cuidados de saúde com qualidade um direito do ser humano, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos que me permitam compreender a complexidade deste e actuar face às suas necessidades. Desenvolvendo competências mais complexas que me preparem para a prestação de cuidados de excelência na minha área de especialização.

Competências	➤ Demonstrar conhecimentos aprofundados 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;
Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprofundar competências relacionais e de comunicação com a criança adolescente e família; ✓ Colaborar com a equipa em projectos visando a melhoria dos cuidados prestados à criança, adolescente e família;

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Efectuei pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação e relacionamento com a criança, adolescente e família, tendo em consideração as características da criança nas diferentes etapas do desenvolvimento;
- ✓ Desenvolvi técnicas comunicacionais de acordo com as capacidades da criança, adolescente e família e comuniquei de forma assertiva e clara;
- ✓ Realizei ensinamentos informais e formais à criança, adolescente e família;
- ✓ Realizei 4 Acções de Educação para a Saúde (AES) subordinadas ao tema “A garrafa que fuma” dirigida aos alunos da Escola Básica 1 – São Miguel o Anjo no dia 27/05/2009, no âmbito da saúde escolar; (Anexo XV)
- ✓ Realizei 2 AES destinadas a educadores subordinadas ao tema “Primeiros Socorros” no Jardim de Infância – Casa do Hospital, nos dias 21/05/2009 e 03/06/2009, no âmbito da Saúde Escolar; (Anexo XVI)
- ✓ Realizei actividades, no âmbito do Dia Mundial da Criança, no átrio da entrada da Extensão Saúde Urbana – Famalicão; (Anexo XIX)
- ✓ Realizei o panfleto subordinado ao tema “Introdução de Novos Alimentos – dos 0 aos 12 meses” com o objectivo de ser distribuído na ESU-F; (Anexo XX)
- ✓ Realizei o panfleto subordinado ao tema “As minhas receitas para bebés” com o objectivo de ser distribuído na ESU-F; (Anexo XXI)

- ✓ Realizei a AES dirigida a educadores subordinada ao tema “Saúde Oral” no dia 11/11/2009 na Sala de Actividades da Pediatria Crianças; (Anexo XVII)
- ✓ Realizei a AES dirigida a educadores subordinada ao tema “Prevenção de Acidentes na Infância”, no dia 17/11/2009 na Sala de Actividades da Pediatria Crianças; (Anexo XVIII)
- ✓ Elaborei o panfleto “Intoxicações Acidentais” com o objectivo de ser distribuído na Urgência Pediátrica do CHTS, EPE (Anexo XXII);
- ✓ Elaborei a apresentação em diapositivos “Intoxicações Acidentais” com o objectivo de ser visualizado pelos utentes que aguardam atendimento nas salas de espera do CHTS, EPE (Anexo XXIII).

Reflexão:

A comunicação é um instrumento básico da Enfermagem.

É uma competência essencial no exercício da profissão que precisa de ser desenvolvida e praticada através de uma aprendizagem teórica e prática do relacionamento.

A Ordem dos Enfermeiros diz que,

“ O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (...) no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.”
(2004: 4)

Estabelecer uma relação terapêutica e comunicação eficaz com as crianças e adolescentes constitui um grande desafio à destreza e capacidades relacionais do profissional, no entanto, esta poderá beneficiar a adaptação do utente à situação de doença e hospitalização e facilitar a obtenção da sua colaboração no tratamento.

Ao longo dos diferentes estágios desenvolvi a assistência no sentido de adquirir e aprofundar competências e habilidades no estabelecimento da relação terapêutica e no uso de estratégias e técnicas de comunicação com o utente e família.

Para estabelecer uma comunicação eficaz com a criança/ adolescente utilizei uma terminologia fluida que teve em conta a sua idade, desenvolvimento cognitivo e competências na comunicação, assim como uma comunicação não verbal facilitadora da empatia. Informei a criança e adolescente sobre o seu estado de saúde e sobre as intervenções e tratamentos que iria realizar, exemplificando o procedimento com brinquedos ou desenhos. Ao fazê-lo tive sempre em consideração o desenvolvimento cognitivo desta.

Hockenberry (2006) defende que o desenvolvimento normal da linguagem e pensamento oferece uma estrutura de referência para se saber como comunicar com a criança, e que obter uma compreensão das características dessas etapas permite ao enfermeiro facilitar a comunicação social.

Conhecer o conceito que o utente possui da doença, permitiu-me intervir no sentido de tentar diminuir os seus medos e ansiedades, facilitando a adaptação ao internamento/ tratamento. Incentivei a criança e adolescente a falar de si mesma e dos seus estados emocionais de forma a tentar compreender o modo como interpreta e sente a situação em que se encontra.

Com o objectivo de obter a confiança e colaboração da criança, diminuindo a perda de controlo sobre o seu próprio corpo, convidei os pais a estarem presentes na prestação de todos os cuidados, dolorosos ou não, e a participarem activamente dentro das suas competências. A presença e colaboração dos pais serviu de elemento tranquilizador e protector para a criança.

Recorri à “técnica” da brincadeira para colmatar dificuldades na comunicação com a criança e à distração durante os procedimentos mais dolorosos.

Pedro e Outros (2007) diz, que estratégias criativas, como os brinquedos devem ser utilizados para minimizar os efeitos da hospitalização e auxiliar a criança a superar a adversidade. Refere ainda, que a brincadeira pode ser vista como um recurso capaz de fortalecer relações e estreitar o contacto entre o profissional e a criança.

Tentei ajudar os pais a ultrapassar sentimentos de culpa, insegurança, e medos em relação à situação do filho, mostrando compreensão, valorizando os seus receios, explicando a situação e desmistificando crenças que pudessem interferir com os mecanismos de coping. Na Pediatria Crianças atendi uma criança do sexo masculino, com 4 anos, politraumatizada, vítima de atropelamento. A mãe sentia-se culpada, ficava sentada junto da cama da criança a chorar e só se dirigia a alguém para perguntar informações sobre o filho. Esta situação exigiu muita sensibilidade de forma a evitar

exacerbar os sentimentos da mãe. Quando a mãe mostrou necessidade de desabafar, limitei-me a sentar-me junto dela e ouvir, não realizei críticas ou juízos.

Assim, utilizei uma linguagem acessível na realização de ensinamentos aos pais e evitei situações que pudessem pôr em risco a relação com a criança, adolescente e família como informação insuficiente, imprecisa ou ambígua, informação excessivamente técnica, brevidade excessiva no atendimento e juízos de valor.

Utilizei ainda outras formas de comunicação formal para realizar ensinamentos à criança e família, nomeadamente a realização de AES e a elaboração de panfletos, colaborando com os serviços, na melhoria de cuidados prestados.

No estágio realizado na ESU – F realizei dois panfletos que foram entregues à enfermeira tutora e que aguardam autorização da instituição para distribuição aos utentes.

Escolhi o tema “Introdução de Novos Alimentos – dos 0 aos 12 meses” tendo em consideração que o panfleto sobre a introdução de alimentos da ESU-F se encontrava desactualizado não valorizando a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade. Este era entregue durante as consultas de enfermagem, apesar de não ser concordante com os ensinamentos realizados.

O tema “As minhas receitas para Bebés” procurou responder às necessidades de algumas mães que, durante as consultas de enfermagem referiram não saber como confeccionar as refeições para o seu bebé, mostrando-se mesmo receosas. Até à altura era entregue o panfleto da instituição que descrevia unicamente a preparação da sopa.

Neste panfleto complemento a informação fornecida no primeiro, sugerindo uma receita de sopa só com legumes, de sopa com carne, de sopa com peixe, de puré de legumes e de sobremesa de fruta para facilitar, às mães, a realização das primeiras refeições para o bebé.

Durante o estágio de Saúde Infantil realizei ainda 4 AES subordinadas ao tema “A garrafa que fuma” realizadas aos alunos das 4 turmas da Escola Básica 1 – Miguel o Anjo.

O tema tinha por objectivo alertar para os malefícios do tabaco, aproveitando a aproximação do Dia Mundial do Tabaco. Estando estas sessões agendadas no plano de formação do ano de 2009 da Saúde Escolar, ofereci a minha colaboração na sua realização.

As AES dirigidas a crianças exigiram um esforço maior para adequar a linguagem e actividade às competências e capacidades do grupo etário dos 6 aos 10 anos de idade, de forma a tornar a sessão mais atractiva e eficaz.

As crianças foram muito participativas, partilhando as próprias experiências, o que me permitiu aprofundar alguns pontos. Por exemplo, uma das crianças referiu que um homem lhe ofereceu cigarros. Este comentário deu-me a oportunidade de frisar a importância de não aceitar tabaco ou outros produtos, como doces, de pessoas que não os próprios pais ou outros responsáveis.

A AES “Primeiros Socorros” também surgiu em contexto de saúde escolar.

O Jardim de Infância “Casa do Hospital” solicitou a realização de formação, aos funcionários da instituição, sobre a prestação de cuidados de saúde imediatos à criança. Os funcionários foram divididos em dois grupos pelo que a sessão decorreu em dois momentos.

Aproximando-se o Dia Mundial da Criança e após discussão com a tutora sobre a pertinência de marcar o dia com a realização de actividades destinadas a crianças, projectei e elaborei as actividades desenvolvidas no átrio de entrada de ESU-F.

Sabendo que estavam programadas as visitas das crianças das turmas 5/6 anos do Jardim de infância da “Casa do Hospital” e do infantário do Centro Social e Cultural Dona Maria Gomes de Oliveira, elaborei as actividades com o objectivo de que estas tivessem o potencial de promover a aquisição de competências próprias destas idades.

Foi preparada uma mesa enfeitada com balões, que continha lápis de cor, desenhos para colorir e plasticina. Foi colocada música infantil no átrio.

Os desenhos foram escolhidos de forma a abordar os temas que escolhi, a identificação das cores, reconhecimento das diferenças entre os sexos, reconhecimento de figuras geométricas, reconhecimento e escolha de alimentos saudáveis, reconhecimento e escolha de hábitos de saúde oral. Havia ainda folhas em branco para desenho livre de forma a estimular a imaginação e expressão da criança.

Várias crianças, que aguardavam atendimento, sentaram-se a realizar as diferentes actividades, alguns com a ajuda dos pais, outros apenas com a minha ajuda.

Elaborei ainda uma apresentação em diapositivos, abordando os temas “Alimentação saudável, Hábitos de higiene e Diferenças entre os sexos”.

Esta apresentação foi projectada numa parede do átrio da ESU-F ao longo do dia, destinando-se às crianças que aguardavam consulta.

No momento em que ocorreu a visita das crianças dos 2 infantários, realizei uma breve apresentação oral dos temas que estavam a ser projectados.

As crianças assistiram ainda ao filme infantil “O Dr. Dentolas”.

No estágio no Serviço de Pediatria, realizei, em conjunto com duas colegas do curso de MEESIP, duas AES, subordinadas aos temas “Higiene Oral” e “Prevenção de Acidentes na Infância”.

Os temas surgiram após conversa informal com os tutores, que nos colocaram a par de algumas necessidades de formação aos pais/ educadores.

Ambas foram dirigidas aos educadores que acompanhavam as crianças e adolescentes durante o internamento e casualmente ambas tiveram uma assistência de oito pessoas.

Durante o estágio de Assistência à Criança e Família em contexto de Urgência Pediátrica ocorreram cerca de 10 intoxicações. A maioria das intoxicações acidentais ocorreu em crianças com menos de 5 anos, as não acidentais ocorreram entre adolescentes. Questionando a tutora de estágio, tomei conhecimento que no ano de 2009 atenderam cerca de 200 intoxicações, acidentais e não acidentais.

Perante este facto e a informação de que a actuação de socorro na criança, por parte dos pais e outras pessoas foi, a maioria das vezes inadequada, decidi realizar um panfleto desdobrável e uma apresentação digital de informação sobre o tema “Intoxicações acidentais”. A ser distribuído e divulgado aos utentes após autorização da instituição.

A apresentação digital permitiu alargar o alcance da informação, uma vez que o CHTS, EPE divulga diversos temas na área da saúde através de apresentações de diapositivos nos ecrãs localizados nas salas de espera do hospital.

Na realização dos diferentes panfletos e AES evitei o uso de informação excessiva, letras muito pequenas que pudessem levar ao desinteresse do utente ou familiar e constituir uma barreira à comunicação.

A pesquisa bibliográfica realizada, conhecimentos anteriores e conhecimentos adquiridos durante a formação teórica produziram um discurso fundamentado, apresentando conhecimentos actualizados.

A execução dos trabalhos descritos constituiu mais um momento de aprendizagem que me permitiu desenvolver e aprofundar técnicas de comunicação com o público, tanto de crianças, adolescentes como adultos.

Competências	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; ➤ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESIP; ➤ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família especialmente na área da ESIP; ➤ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprofundar competências na interpretação e aplicação de conhecimentos teóricos na prestação de cuidados especializados à criança/ adolescente e família; ✓ Integrar princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde à criança/família.

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica sobre temáticas pertinentes e necessárias à prestação de cuidados;
- ✓ Mobilizei conhecimentos adquiridos na Licenciatura em Enfermagem, com a experiência profissional, com a formação contínua e formação pós-graduada na prestação de cuidados;
- ✓ Analisei as realidades encontradas face aos conhecimentos adquiridos ao longo da formação profissional, académica e pessoal;
- ✓ Respeitei o código deontológico do enfermeiro.

Reflexão

Hockenberry (2006) diz que o Enfermeiro Pediátrico precisa de conhecimento e compreensão dos processos críticos por que passa a criança de forma a dar uma resposta adequada tendo em vista a saúde da comunidade.

O atendimento em Saúde Infantil e Pediátrico especializado exige o desenvolvimento de competências e conhecimentos que permitam actuar perante as especificidades de cada faixa etária da infância e adolescência.

A análise dos temas que pesquisei, resultou em algumas mudanças na minha forma de pensar e actuar em saúde infantil e pediátrica. Um exemplo destas mudanças é a forma como promovo o envolvimento parental na prestação dos cuidados.

Ao longo dos três estágios tive a oportunidade de analisar as estratégias utilizadas para a promoção da parentalidade e parceria de cuidados, nos diferentes locais de estágio, e tentar perceber até que ponto são eficazes.

Casey (1988) citado por Ferreira e Costa (1993: 4) diz que,

“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”.

Em todos os serviços em que estagiei, os enfermeiros aconselham a companhia e envolvimento dos pais durante o atendimento/ internamento, envolvendo-os na prestação de cuidados e valorizando os hábitos familiares e preferências pessoais.

Embora a aplicação do Modelo de Enfermagem de Parceria de Cuidados seja almejada por todos, a verdade é que, na minha opinião, ainda é limitada.

A razão pela qual acredito que o potencial deste modelo não é utilizado na totalidade é o facto de embora os pais serem “eleitos parceiros no cuidar” não lhes ser oferecido maior poder de decisão sobre os cuidados que são prestados ao próprio filho. Assim, a maioria das vezes são apenas incentivados a colaborar no desempenho de tarefas quotidianas, escolhidas pelos enfermeiros, como a alimentação, higiene, vestir, administração de medicação oral.

Acredito que uma das razões pela qual o modelo não é utilizado na totalidade é a existência de barreiras que limitam a sua aplicação. Barreiras como sentimentos de insegurança e medo por parte dos pais que os limitam e inibem de expressar os seus desejos, sentimentos e necessidades, e barreiras que os próprios profissionais colocam como o fornecimento de informação insuficiente, para que os pais possam participar de forma mais activa na tomada de decisão, subsequente a uma longa tradição, na prestação de cuidados, da tomada de decisão por parte dos profissionais ao invés do próprio ou, no caso das crianças, dos pais.

Mano (2002: 54) diz que acredita que os

“pais têm dificuldades em saber o que se espera deles, sentindo-se inibidos de uma certa autonomia no cuidar da criança, confundindo papéis, aumentando a sua ansiedade e insegurança inerente à situação de doença/ hospitalização do seu filho. Em relação aos Enfermeiros, e apesar de reconhecerem a importância da presença dos pais para o bem-estar da criança, não os envolvem na participação dos cuidados de uma forma planeada e sistemática, considerando muitas vezes o comportamento dos pais desajustados ou insuficientes.”

Durante este percurso repensei a forma como envolvo os pais e incentivo a parentalidade. Agora procuro investir mais na análise da relação terapêutica estabelecida com cada família, nas suas necessidades e competências específicas. Moldo a actuação face à avaliação efectuada e incentivo os pais a ter uma voz mais activa no planeamento dos cuidados diferenciados à criança.

Sabendo que a responsabilidade profissional do enfermeiro deve estar presente todos os dias e ter em conta os direitos do utente, tive sempre a preocupação de actualizar e adquirir mais conhecimentos sobre as diversas perspectivas teóricas na área da saúde infantil de modo a poder interpretar e actuar perante cada situação específica, determinar situações de risco, adquirir autonomia e actuar com responsabilidade ético-profissional visando a qualidade dos cuidados.

“O enfermeiro sempre assumiu como dever a prestação do cuidado ao outro, na satisfação das suas múltiplas necessidades, promovendo o conforto, procurando potenciar a sua qualidade de vida e ajudando a viver uma morte serena. Os deveres do enfermeiro encontraram sempre como fundamento ético a responsabilidade pelo outro, em todas as fases da vida e nas diversas situações de saúde ou doença. Neste sentido, podemos fazer coincidir os deveres profissionais ao agir ético do enfermeiro, ao qual este se obriga, guiado pelos princípios e pelos valores que a profissão foi desenvolvendo no tempo.”
(Deodato, 2008: 5)

Ao longo dos três estágios não fui confrontada com dilemas éticos e morais complexos.

A curiosidade de outras pessoas sobre a situação clínica das crianças, sobretudo da parte de familiares que não os pais e pais de outras crianças, foi a situação mais recorrente durante os estágios.

Esta situação não é nova para mim, no contexto da Neonatologia lido frequentemente com a curiosidade dos pais e outros familiares sobre o estado de crianças que não são da sua responsabilidade.

A explicação de que só podia dar informações da criança aos seus pais, atitude que também tomaria em relação aos filhos de quem questionava, normalmente foi aceite.

Quando a questão parte de familiares acrescentava que só lhes poderia dar informações a pedido dos pais e na presença destes.

<p>Competências</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; ➤ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; ➤ Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização; ➤ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; ➤ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESIP; ➤ Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da ESIP.
<p>Objectivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a dinâmica organizacional e estrutura física dos locais de estágio; ✓ Aprofundar competências na prestação de cuidados especializados na assistência à criança/ adolescente e família, utilizando a metodologia científica; ✓ Aprofundar conhecimentos na realização de registos de enfermagem utilizando o sistema informático adoptado pelos serviços. ✓ Aprofundar conhecimentos e competências na utilização de estratégias que visem minimizar o impacto do processo de doença e da

hospitalização na criança/ adolescente e família;

- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades na promoção do papel parental e no aleitamento materno;
- ✓ Aprofundar competências na gestão de situações de stress para a criança / adolescente, família e para o próprio.
- ✓ Adquirir conhecimentos e habilidades na execução da Triagem de Manchester;

Actividades desenvolvidas:

- ✓ Conheci a dinâmica organizacional dos locais de estágio;
- ✓ Estabeleci uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Utilizei uma metodologia de trabalho científica na abordagem à criança/ adolescente e família e prestei cuidados à criança, adolescente e família que fundamentei com as perspectivas teóricas que aprofundei; (anexos VI a XI)
- ✓ Realizei registos de enfermagem utilizando o sistema informático adoptado pelos locais de estágio;
- ✓ Realizei o acolhimento da criança/ adolescente e família e efectuei a recolha de dados de acordo com a recolha de dados parametrizada no sistema informático utilizada pelo serviço;
- ✓ Apliquei as escalas da dor utilizadas nos locais de estágio e utilizei medidas de prevenção e alívio da dor farmacológicas e não farmacológicas (anexos XIII e XIV);
- ✓ Incentivei os pais a manter o aleitamento materno e a assumirem o papel parental;
- ✓ Efectuei triagem utilizando o Sistema de Triagem de Manchester;

Reflexão:

Exercer a profissão exige por parte do enfermeiro a capacidade de se integrar no serviço e com a equipa.

A adaptação às dinâmicas do serviço decorreu sem dificuldades. Consegui trabalhar com toda a equipa na assistência à criança/ adolescente e família.

O processo de Enfermagem é um método de identificação e solução de problemas que descreve o que o enfermeiro realiza junto ao utente e família. Está

dividido na avaliação, diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação do plano de cuidados, avaliação dos resultados e registo. Esta metodologia de trabalho permite a constante avaliação do utente e família e revisão do plano de cuidados face aos resultados obtidos. Permite ainda uma uniformização nos cuidados prestados pela equipa a cada utente o que facilita a avaliação adequada dos resultados. Assim, o processo de enfermagem confere à acção em enfermagem carácter científico.

Ao longo dos estágios utilizei a metodologia científica na elaboração do Plano de Cuidados de Enfermagem à criança/ adolescente, avaliando as necessidades do utente, planeando os cuidados e avaliando os resultados. No planeamento desses cuidados tive em consideração a recolha de dados inicial de forma a ir de encontro às características específicas de cada criança, adolescente e família.

A planificação dos cuidados e a realização dos mesmos ficou registada nos sistemas informáticos adoptados por cada serviço.

A Extensão Saúde Urbana –Famalicão (ESU-F) e o serviço de Pediatria utilizam o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para efectuar a realização dos registos de enfermagem. O SAPE utiliza a terminologia da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).

Esta pretende ser uma linguagem universal. Ou seja, a utilização da CIPE deverá uniformizar a linguagem e a esquematização do processo de enfermagem.

No entanto, apesar das definições adoptadas pela CIPE para cada terminologia serem claras, ao realizar a parametrização, apercebi-me que em serviços diferentes os enfermeiros utilizam os mesmos termos com intenções ligeiramente diferentes, dificultando a uniformização e entendimento almejado. Não senti dificuldade em utilizar este sistema, pois já faz parte da minha prática profissional, tendo-me adaptado apenas à parametrização realizada por cada serviço.

Adquiri conhecimentos e habilidades na utilização do Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS), sistema informático de registo da vacinação utilizado pela ESU-F. E na utilização do “Alert” sistema informático de registo utilizado pela Urgência Pediátrica do CHTS, EPE.

O processo de enfermagem do “Alert” é constituído pelos registos efectuados em três momentos diferentes. O primeiro momento corresponde a uma chave dicotómica para a realização da triagem segundo o sistema de Manchester.

O segundo momento destina-se ao atendimento na sala de urgência. Esta parametrização tem como objectivo realizar uma avaliação e planeamento global dos cuidados.

O terceiro momento ocorre na Unidade de Internamento de Curta Duração. A parametrização para este momento permite a realização de uma avaliação e planificação dos cuidados mais completa.

O sistema é muito intuitivo e não levantou grandes dificuldades na sua utilização.

Este estágio também permitiu enriquecer os meus conhecimentos e desenvolver competências e habilidades na prestação de cuidados à criança, adolescentes e família nos diferentes contextos.

O grupo-alvo do Enfermeiro Especialista em saúde infantil e pediátrica é a criança e a família. Ao abordar a criança, a família deve ser sempre visada de forma a responder de forma personalizada às necessidades desta.

É papel do Enfermeiro Especialista detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, bem como prevenir e identificar as doenças comuns nas várias idades, e reforçar o papel parental no reconhecimento dos sinais e sintomas que justificam o recurso aos serviços de saúde.

Deve também sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças e adolescentes com doença crónica/ deficiência e suas famílias; identificar, apoiar e orientar as crianças, adolescentes e famílias vítimas de violência ou negligência; promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Com a finalidade de adquirir competências na execução do papel do enfermeiro especialista, realizei 31 consultas de saúde infantil. Nesse âmbito avaliei o desenvolvimento e crescimento da criança, vacinei, realizei educação para a saúde e utilizei o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil como instrumento de transmissão de informação aos pais e profissionais.

Vacinei 25 crianças e adolescentes. Seis foram vacinadas com BCG no Centro Diagnóstico Pneumológico, (5 recém-nascidos e um bebé com 6 meses após leitura da prova de mantoux negativa).

As enfermeiras do serviço onde trabalho não possuem experiência na vacinação do BCG pelo que, sempre que é preciso vacinar um RN com BCG é pedida a

colaboração das enfermeiras do serviço de Obstetrícia. Esta experiência permitiu-me adquirir prática numa técnica que não dominava e sempre quisera aprender.

Realizei 5 Testes de Guthrie a RN entre os 3 e 6 dias de vida com o objectivo de realizar o diagnóstico precoce de doenças como a fenilcetoanúria e o hipotiroidismo. Fiquei familiarizada com este exame na UCIN onde trabalho, pelo que não senti dificuldades na sua execução. No entanto, comparando as minhas experiências anteriores com as obtidas na ESU-F, apercebi-me que num ambiente não hospitalar os pais colocam mais questões sobre os exames realizados, nomeadamente a sua utilidade, vantagens e possíveis complicações, pelo que se torna essencial aprofundar o ensino realizado. Acredito que isto acontece porque num ambiente hospitalar as principais preocupações dos pais são a situação que levou ao internamento do filho.

Particpei ainda em 2 visitas domiciliareis onde foram observados 2 RN e famílias. A realização destas visitas permite conhecer o meio ambiente da criança, detectar necessidades mais específicas a cada criança e família e realizar os ensinamentos necessários para promover hábitos saudáveis e prevenir a doença.

Durante estas visitas tive a oportunidade de aprofundar habilidades e competências na avaliação do RN e família e das suas necessidades, na promoção do aleitamento materno e na realização de ensinamentos informais aos pais.

Os focos de atenção em enfermagem mais comuns na ESU-F foram o “Desenvolvimento infantil”, “Papel parental” e “Adesão à vacinação”.

Durante o estágio que decorreu no Serviço de Pediatria pude acompanhar 50 crianças internadas em contexto de doença aguda e uma criança em contexto de doença crónica (criança de 4 anos com paralisia cerebral). As crianças tinham idades compreendidas entre os 29 dias de vida e os 17 anos de idade.

Os focos de atenção em enfermagem mais frequentes foram o “Tomar conta”, “Papel parental”, “Limpeza das vias aéreas”, “Dispneia” e “Dor”. A frequência destes focos está directamente relacionada com as patologias clínicas que mais se verificaram durante o período de estágio: Bronquiolites, Infecções urinárias e Fracturas.

Durante o estágio que decorreu no serviço de Urgência Pediátrica, assisti cerca de 80 crianças, duas das quais apresentavam doença crónica e realizei triagem a cerca de 70 crianças e adolescentes utilizando a Triagem de Manchester.

A Triagem de Manchester tem por objectivo estabelecer uma ordem de prioridades no atendimento, de acordo com o nível de urgência que é depois codificado com uma cor. Nível I (vermelho) – atendimento imediato; Nível II (laranja) –

atendimento até 15 minutos; Nível III (amarelo) – atendimento até 30 minutos; Nível IV (verde) – atendimento até 90 minutos; Nível V (azul) – atendimento até 120 minutos.

As crianças que chegam à urgência referenciados por carta de outros serviços médicos, recebem uma pulseira branca e aguardam atendimento junto das crianças com pulseira amarela e laranja.

Os focos de enfermagem mais comuns que levaram estas crianças à urgência foram a “Dificuldade respiratória”, “Febre”, “Vómitos” e “Diarreia”. Mais uma vez justifico a frequência destes focos com a frequência das patologias que mais se verificaram durante o período de estágio: bronquiolites e outras afecções respiratórias, gastroenterites e infecções urinárias.

De forma a minimizar os efeitos gerados por uma espera prolongada, senti a necessidade de utilizar todas as competências de relacionamento que possuo de forma a conseguir explicar o significado do nível de urgência avaliado e do tempo de espera.

Durante os estágios do Módulo II e III tive a oportunidade de realizar diversos procedimentos em enfermagem como: colheita de espécimens para análise, incluindo colaborar na execução de Punção Lombar, punção venosa, entubação nasogástrica e alimentação por gavagem, prestação de cuidados de higiene e conforto, colocação do sistema de tracção cutâneo-esquelética, aspiração de secreções, preparação e administração de medicação através de acessos venosos periféricos e centrais, algaliação, entre outros. Estando familiarizada com a maioria destes procedimentos senti apenas a necessidade de me adaptar às características e necessidades das crianças para os executar.

A prestação de cuidados à criança, adolescente e família não se restringe apenas à execução de procedimentos e técnicas de enfermagem. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve possuir competências que lhe permitam actuar de forma rápida e eficaz perante todas as situações previstas e imprevistas, quer estas resultem do contacto do utente com o Hospital, ou o profissional de saúde, com a situação de doença, ou a separação dos pais. Deve assegurar que a actuação se efectue de forma digna, competente e adaptada a cada criança, adolescente e família minimizando os efeitos de situações de stress

O nascimento de um bebé, a doença aguda ou crónica, e a necessidade de cuidados de saúde ou hospitalização, são situações geradoras de stress, que exigem, por parte da criança, adolescente e família, a capacidade de se adaptarem a esta situação.

“No ciclo de vida de cada família há crises que põem à prova as capacidades de mudança e o poder da criatividade interna.” (Bayle, 2008: 28)

Assumindo que são os pais os principais prestadores de cuidados à criança e adolescente e antecipando os factores de stress associados à adaptação às novas fases da vida, à doença e necessidades de cuidados de saúde, revelou-se essencial facultar aos pais os conhecimentos necessários para potenciar o desempenho da função parental.

Conboy (2008: 302) diz que *“amor só, não é suficiente: é preciso implementar o amor parental segundo uma estratégia que dará origem à consecução dos nossos objetivos”*.

Ao longo dos diferentes estágios tive a oportunidade de avaliar a relação dos pais com a criança e a forma como assumem o seu papel perante estas e actuar perante as necessidades que detectei.

Assim, incentivei à amamentação, tendo em consideração que a decisão de amamentar depende, muitas vezes, da vontade de amamentar, de experiências anteriores, do apoio de outros familiares e do acompanhamento e apoio na prática da amamentação por parte dos profissionais de saúde.

“Esta vontade colectiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito”. (Moleiro e Outros, 2004: 113)

Verifiquei que as mães parecem mais motivadas para a amamentação do que há uns anos atrás, o que parece reflectir os resultados positivos das campanhas de sensibilização para o Aleitamento Materno realizadas nos últimos anos e o alargamento do período da licença de maternidade.

Embora este aumento no interesse pela AM seja muito positivo, apercebi-me que grande parte das mães com quem tive contacto, pára de amamentar quando termina a licença da maternidade, aos 4 - 6 meses de vida da criança. As complicações da amamentação (gretas, seios ingurgitados, mastites) também continuam a ser obstáculo diminuindo o desejo de manter o AM.

Tive a oportunidade de aprofundar habilidades na promoção da amamentação nas consultas de Saúde Infantil (plano de cuidados anexo VI), nas 2 visitas domiciliárias que realizei (plano de cuidados anexo VII) e na vez que participei no “Cantinho da amamentação” (plano de cuidados e folha de recolha de dados da amamentação anexo VIII).

Incentivei os pais a procurar a colaboração dos profissionais de saúde no sentido de obter o seu apoio na realização da amamentação.

Realizei ensinamentos sobre a técnica da amamentação, cuidados a ter com a mama, posicionamento da mãe e bebé, extracção e conservação de leite, e actuei no sentido de tornar a amamentação num momento agradável de partilha entre mãe e filho.

Para além da amamentação actuei promovendo o papel parental noutras situações, em função das necessidades detectadas através da avaliação do comportamento dos pais e das crianças.

Apercebi-me, conversando com os pais e com as crianças, que estas são cada vez menos incentivadas a realizar actividades ao ar livre, e que as brincadeiras próprias da infância estão a ser substituídas por jogos de computador e horas passadas em frente ao televisor. A explicação que os pais davam é que trabalhavam o dia todo e que quando chegavam a casa cansados, no final do dia, ainda tinham de realizar uma série de tarefas domésticas. Assim, era mais fácil deixá-los ir brincar para o computador ou ver televisão. Perante a incapacidade de conseguirem estar mais presentes no dia-a-dia dos filhos, os pais demonstravam sentimentos de culpa.

Apercebi-me ainda que o pai, embora actualmente adopte uma postura mais activa na educação dos filhos e nas actividades realizadas com estes, continua a delegar muitas das suas responsabilidades na mãe.

O trabalho que desenvolvi foi no sentido de tentar que os pais assumam as suas responsabilidades perante o filho, sem os culpabilizar pela falta de tempo que referem. Para isso, realizei ensinamentos sobre as necessidades e características da criança, ou adolescente e das necessidades do próprio casal. Ajudei-os a arranjar estratégias, para conseguirem passar tempo de qualidade com os filhos, como por exemplo, a partilha das tarefas domésticas e cuidados à criança, e a procura de ajuda dentro do seio familiar alargado, para a realização dos mesmos.

Perante o internamento tentei minimizar os efeitos do afastamento da criança do seu meio habitual e da sua família. Para isso, apresentei o serviço à criança e aos pais, com o objectivo de os deixar mais confortáveis e confiantes e mostrei-me disponível para qualquer ajuda. Realizei a recolha de dados inicial, que registei no sistema informático adoptado pelo serviço, com o objectivo de avaliar o estado da criança e conhecer os seus hábitos, preferências e actividades quotidianas para poder personalizar os cuidados que lhe seriam prestados. Incentivei a presença de pelo menos um dos pais durante as 24h, para que a criança não ficasse sem acompanhante num ambiente desconhecido, entre pessoas estranhas. Se a mãe referia ter outro(s) filho(s) em casa a precisar da sua atenção, incentivava a sua substituição temporária junto da criança

hospitalizada, referindo a importância do substituto ser o pai, ou alguém com uma relação de proximidade significativa com a criança, como os avós. Aconselhei os pais a trazerem, para o hospital, alguns objectos da criança nomeadamente brinquedos, pijamas, chinelos.

Durante o estágio de Pediatria, duas meninas de 4 anos apresentaram comportamentos muito diferentes quando usaram o próprio pijama e chinelos em relação ao momento em que tiveram de usar o pijama do hospital. Com os próprios objectos mostraram-se mais “vaidosas”, acessíveis, activas, receptivas a estímulos e a brincadeiras, ao invés com o pijama do hospital preferiam ficar na cama e brincar sozinhas.

Oliveira e Outros (2004) dizem que as crianças não estão preparadas para uma experiência hospitalar e para os procedimentos clínicos que lhe estão associados. E que isto se deve ao medo do desconhecido, o que resulta numa exacerbação da fantasia. Pelo que, diminuir os elementos do desconhecido resultaria numa diminuição do medo. Acrescenta ainda, que se as crianças não sentirem um medo paralisante, poderão redireccionar as energias para lidar com os factores de stress inevitáveis numa hospitalização e beneficiarem assim do seu potencial de crescimento inerente à experiência.

Antes de qualquer intervenção expliquei à criança e aos pais todos os passos das mesmas. Os pais foram convidados a estar presentes nas intervenções mais dolorosas como punções, e aspiração de secreções. A presença dos pais facilitou a obtenção da colaboração dos filhos, principalmente quando estes se sentavam no seu colo.

A dor é outro factor que aumenta o impacto nefasto da hospitalização. O Serviço de Pediatria utiliza as escalas da dor: “Neonatal Infant Pain Scale” (NIPS), Escala do Faces e Escala numérica conforme as idades e competências das crianças. A Urgência Pediátrica utiliza a Escala Numérica na avaliação da dor. Em ambos os serviços a escala da dor é aplicada uma vez por turno e sempre que necessário. A ESU-F não utiliza escalas da dor.

Sabendo que a aplicação da Escala Numérica da Dor deve ser efectuada a crianças com competências cognitivas para classificarem a dor que sentem, questionei os colegas da Urgência Pediátrica sobre a utilização desta escala em crianças que não possuem essas competências.

Foi-me dito que a avaliação consistia numa interpretação e pontuação subjectiva, por parte do enfermeiro, da dor que a criança sente.

Mencionei a existência de outras escalas que permitem avaliar a dor a crianças mais pequenas, por exemplo a NIPS, cuja aplicação simples permite a avaliação da dor em recém-nascidos e lactentes de forma fidedigna.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência explicaram-me que a adopção de outra escala da dor era complicada face à parametrização já efectuada no sistema informático “Alert”. Na falta de outros meios utilizei os métodos adoptados pela equipa do Serviço de Urgência na avaliação da dor, apoiando-me na NIPS para fundamentar a avaliação.

De forma a prevenir e aliviar a dor, para além da aplicação da escala da dor, administrei medidas de alívio da dor farmacológicas conforme prescrição.

O Eutectic Mixture of Local Anesthetic (EMLA) foi utilizado, sempre que era possível planear as intervenções no serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica. A ESU-F não tinha EMLA disponível devido aos seus custos.

Como medidas de alívio da dor não farmacológicas, recorri à técnica de sucção não nutritiva, presença dos pais, distração e uso de brinquedos e posicionamento.

Tive em consideração que as crianças podem apresentar comportamentos regressivos durante o internamento, caindo em fases de desenvolvimento anteriores ao esperado para a sua idade cronológica.

“É comum a ocorrência de mecanismos de defesa, do tipo regressão, onde a criança retorna a uma fase anterior à de sua real idade, como uma forma de protecção.” (Oliveira e Outros, 2004: 39)

Assim, realizei ensinios aos pais sobre esta possibilidade e incentivei-os a recriar a rotina da criança, por exemplo não colocar fralda desnecessariamente quando, normalmente já não a usa.

Incentivei ainda o recurso à brincadeira didáctica e leitura da historinha como forma de estimular o desenvolvimento da criança e facilitar a adaptação à doença e/ ou internamento.

Favero e Outros (2007: 521) dizem que os objectivos das brincadeiras são:

“permitir a interiorização e a expressão de vivências da criança que está doente por meio de jogos e brincadeiras; auxiliar na recuperação; amenizar o trauma psicológico do internamento por meio de actividades lúdicas; propiciar momentos de lazer, por meio de actividades livres ou dirigidas na sala de recreação ou nos leitos; estimular o desenvolvimento da criança, informar

os pais e familiares sobre a importância do momento lúdico no processo de recuperação.”

O trabalho que desenvolvi no sentido de concretizar todas as actividades propostas exigiu muito empenho e dedicação. Acredito ter alcançado as actividades a que me predispus, utilizando várias estratégias que permitiram a evolução da minha aprendizagem, ao longo deste estágio.

Competências	<ul style="list-style-type: none">➤ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;➤ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente ao cliente segundo uma perspectiva académica avançada
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">✓ Analisar de forma crítico – reflexiva o papel da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na sua área da prestação de cuidados.

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Realizei uma entrevista informal com as Enfermeiras Tutoras;
- ✓ Observei e reflecti sobre o papel das Enfermeiras Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na prestação de cuidados;
- ✓ Reflecti sobre os cuidados à criança, adolescente e família que prestei;

Reflexão:

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e adolescente inclui a actualização, mobilização e articulação de conhecimentos técnico-científicos para responder às necessidades específicas da criança e família.

A Ordem dos Enfermeiros defende que o

“Enfermeiro Especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. (2007: 14)

Assim, pelo que observei a acção da enfermeira especialista compreende a aplicação de um vasto conjunto de conhecimentos na avaliação complexa do problema,

no planeamento de intervenções criativas como resposta às necessidades, no fornecimento de estratégias que permita ou facilite à criança, adolescente e família ultrapassar problemas, e no encaminhamento para outros serviços de saúde.

Ao longo do curso do MEESIP esforcei-me por adquirir as competências que me permitam vir a desenvolver o papel da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Assim, conforme tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho, investi na aquisição de competências e habilidades que considero serem as da EESIP.

Acreditando que a EESIP deve ter um vasto conhecimento sobre a área de saúde infantil e pediátrica, incluindo características do crescimento e desenvolvimento cognitivo e psicossocial, dinâmicas familiares... e a forma como estas características influenciam a actuação da enfermeira na prestação de cuidados, actualizei conhecimentos, investindo na minha formação. Reflecti sobre os conhecimentos que adquiri e a sua aplicação na prática. Analisei os resultados que obtive e adequei o planeamento dos cuidados face a estes, de forma a melhorar os cuidados que presto.

Possuir competências na área da relação terapêutica e capacidades comunicacionais que permitam trabalhar com a criança, adolescente e família, independentemente das suas capacidades e características é outra competência da EESIP, uma vez que, o seu conhecimento do desenvolvimento infantil e psicossocial permite-lhe adequar a sua acção face às necessidades de cada utente. Assim, esforcei-me por adquirir habilidades no estabelecimento da relação com a criança, adolescente e família. Tive em consideração as características específicas de cada criança e adoptei estratégias que me facilitassem estabelecer uma comunicação eficaz com estas.

A promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença são outras funções do Enfermeiro Especialista. Este encontra-se preparado para visualizar cada situação como única, aprofundando o conhecimento das necessidades de cada utente. Planeando e intervindo de forma criativa perante as situações com que se depara, sejam estas mais ou menos complexas. Na prestação de cuidados utilizei os conhecimentos que adquiri para personalizar os cuidados que prestei a cada criança, adolescente e família, em função das necessidades que detectei. Realizando ensinamentos, sugerindo estratégias, minimizando o impacto da hospitalização e maximizando o potencial de desenvolvimento da criança, promovendo o papel parental, respeitando a individualidade de cada um, hábitos, valores e preferências.

Um exemplo da forma como tentei adequar os meus conhecimentos às necessidades detectadas e fundamentar a tomada de decisão foram algumas situações complexas com que me deparei ao longo dos estágios.

No estágio realizado na ESU-F participei no “Gabinete dos Afectos”, em contexto de saúde escolar. Ali contactei com uma situação complexa - a assistência a uma jovem de 15 anos suspeita da prática de prostituição.

Perante relatos de que esta jovem estaria a prostituir-se, a psicóloga da escola pediu a colaboração da enfermeira tutora para iniciar o acompanhamento da jovem. Assim, realizou-se uma conversa informal e anónima com a jovem no sentido de procurar avaliar as necessidades de apoio desta. A conversa decorreu com facilidade e fluidez. De forma a não quebrar a relação terapêutica, optei por não abordar directamente o tema da prostituição nesta 1ª conversa. Assim, procurei avaliar a relação desta com os pais, com os amigos e incentivar a jovem a desabafar o que sentia.

Na sequência desta sessão, participei numa conversa com a psicóloga no sentido de planear o apoio a fornecer a esta jovem. Ficou decidido que haveria mais consultas de psicologia e enfermagem. Infelizmente não tive a possibilidade de acompanhar a evolução desta situação devido ao curto período de estágio.

Uma segunda situação complexa ocorreu durante a consulta da adolescência dos 13 anos a um jovem. Expliquei ao jovem e à mãe em que consistia a consulta e quais os temas que seriam abordados.

Quando o tema da sexualidade foi abordado, a mãe interrompeu a consulta dizendo que o filho de 13 anos era muito jovem para debater este assunto. Expliquei à mãe que a consulta tinha por objectivo informar, para que o jovem pudesse tomar decisões responsáveis quando chegasse a altura de iniciar a vida sexual, e não tinha a finalidade de dar consentimento ao jovem para o fazer. Foram realizados ensinamentos à mãe sobre a importância de ela ou o marido oferecerem este acompanhamento a todos os filhos adolescentes de forma a evitar a gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

Estas foram situações complexas que exigiram muita sensibilidade. Os jovens, pelas suas características, precisam de um apoio especializado que não realize juízos de valor ou proibições, e ao mesmo tempo forneça compreensão. No entanto, os pais destes adolescentes, a grande maioria das vezes, não estão preparados para aceitar que os filhos já são, planeiam vir a ser, ou serão sexualmente activos.

Tendo isto em conta, agi de forma a conseguir a confiança dos adolescentes para poder realizar alguns ensinamentos que fossem aceites por estes. A minha intervenção passou pela realização de ensinamentos aos adolescentes, conscientizando-os para a responsabilidade inerente a uma vida sexual activa, e o apoio aos pais informando-os do seu papel na tomada de decisão informada dos filhos. Acrescentei a informação dos recursos disponíveis aos quais pais e filhos podem recorrer, como as consultas do adolescente, planeamento familiar, consulta jovem, professores da escola.

Para terminar, acredito que a reflexão que realizei ao longo do curso e da execução deste trabalho tornou-me consciente não só do papel que o Enfermeiro Especialista pode desenvolver na prestação de cuidados, mas também das competências e habilidades que adquiri, ao longo do curso, e das competências que poderei melhorar.

Esta reflexão preparou-me, principalmente, para ser mais crítica e analítica em relação aos cuidados que presto.

Preparou-me ainda para fundamentar outras competências da EESIP, pertencentes a outros domínios da acção em enfermagem, como a formação, gestão e investigação.

Assim, a minha aquisição de competências da EESIP é um trabalho que não termina com este relatório mas que irá continuar através do exercício da minha profissão.

2.2 - Competências do Domínio da Formação

O enfermeiro especialista tem a necessidade de se manter actualizado em relação à sua área de competências, participando de forma contínua na formação, de forma a melhorar constantemente a prestação de cuidados ao cliente e família.

Backes e Outros (2003) citados por Mancia e Outros (2004: 606) referem-se à formação como um

“processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e colectivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, consciencialização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxis crítica e criadora.”

Competências	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manter de forma contínua e autónoma, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; ➤ Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; ➤ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara; ➤ Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; ➤ Promover a formação em serviço na área da EESIP; ➤ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; ➤ Colaborar na integração de novos profissionais; ➤ Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborar com a formação na área da Saúde Infantil e Pediatria dos profissionais de enfermagem;

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Analisei as realidades encontradas face aos conhecimentos adquiridos ao longo da formação profissional, académica e pessoal;
- ✓ Realizei a Acção de Formação a Enfermeiros “Atendimento do Bebê Prematuro em Cuidados de Saúde Primários” no auditório da ESU-F (Anexo XXV)
- ✓ Realizei a Acção de Formação a Enfermeiros “Educar sobre a importância e formas de estimulação” no auditório da ESU-F (Anexo XXIV);
- ✓ Realizei, juntamente com duas colegas do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a Acção de Formação destinada a Enfermeiros “Cuidados de Enfermagem com a Manipulação de Cateteres Vasculares em Pediatria” (Anexo XXVI);
- ✓ Observei e colaborei na supervisão de cuidados de enfermagem realizada a quatro enfermeiras cuja integração ao serviço tinha terminado no mês anterior durante o estágio de Urgência Pediátrica;

✓ Partilhei a sua experiência, fundamentando-a perante as perspectivas teóricas.

Reflexão

A Enfermagem tem sido obrigada a evoluir e tomar um papel activo no desenvolvimento do seu agir profissional, dada a acelerada produção de novos conhecimentos, a evolução científica e tecnológica e as mudanças contemporâneas observadas na sociedade e no seu sistema de valores.

A formação profissional é entendida como um acto contínuo, que começa com o Curso de Licenciatura em Enfermagem, e se desenvolve com a experiência profissional, formação contínua e permanente, e é enriquecida com a formação pós-graduada.

A aquisição de conhecimentos é efectuada por um processo activo de pensamento crítico e analítico que favorece a mobilização de conhecimentos teórico-práticos, numa tentativa de oferecer melhor qualidade nos serviços prestados. Ao longo destes estágios reflecti sobre os conteúdos teóricos que aprofundei através da pesquisa bibliográfica, e que foram nomeados ao longo deste trabalho.

Acredito que a qualidade dos cuidados por mim prestados à criança, adolescente e família enriqueceram após esta reflexão, uma vez que, estive mais desperta para a avaliação de pormenores que me permitiram avaliar, o desenvolvimento psicomotor na criança e o psicossocial no adolescente, e planear a actuação com o objectivo de estimular este desenvolvimento.

Também a partilha/ discussão das experiências com outros colegas contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Contribuí de igual forma para o desenvolvimento das equipas de enfermagem dos locais de estágio, questionando e participando activamente na discussão sobre a avaliação da criança, adolescente e família, sobre o planeamento de cuidados e avaliação dos resultados.

As acções de formação a pares permitem uma uniformização de cuidados e actualização de conhecimentos, através da apresentação das perspectivas teóricas mais recentes e sua discussão. Tendo manifestado a vontade de realizar formação a profissionais de saúde, respondendo às necessidades formativas dos serviços, e aproveitando os conhecimentos e experiência na área da prestação de cuidados em Cuidados Intensivos Neonatais realizei as seguintes Acções de Formação:

✓ “Atendimento do Bebé Prematuro em Cuidados de Saúde Primários” na ESU-F;

✓ “Educar sobre a importância das formas de estimulação” na ESU-F;

✓ “Cuidados de Enfermagem com a manipulação de cateteres vasculares em Pediatria”, no Serviço de Pediatria do Hospital de Braga.

Nas sessões que decorreram no auditório da ESU-F estiveram presentes 10 Enfermeiras e 1 aluna do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem, então a estagiar na ESU-F.

No final das apresentações as enfermeiras que assistiram solicitaram a demonstração da massagem às cólicas do recém-nascido e da técnica de Swadlling. A sessão prolongou-se para demonstração das técnicas e esclarecimento de dúvidas, nomeadamente sobre outras formas de estimulação como a musicoterapia e a leitura da “historinha” à criança.

A sessão subordinada ao tema “Cuidados de Enfermagem com a manipulação de cateteres vasculares em Pediatria” foi planeada e realizada por mim e duas colegas do Curso de Especialização a estagiar no mesmo local. Devido a uma série de constrangimentos, estiveram presentes apenas 3 enfermeiras. No final da sessão, foram esclarecidas dúvidas e fornecido ao serviço a apresentação digital e o material bibliográfico para que o resto da equipa tivesse acesso à informação.

Recorri a conhecimento científico para fundamentar as sessões realizadas a pares.

A orientação de alunos, a integração e supervisão de enfermeiros são outras formas de promover o desenvolvimento pessoal e de outros profissionais. No estágio que decorreu na ESU-F tive a possibilidade de observar e colaborar na orientação de duas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem em estágio no módulo 5.

Na área da Saúde Infantil, as alunas assistiram às consultas que eu realizei, e no final esclareci dúvidas e aprofundei pormenores abordados durante as consultas. Orientei-as ainda no sentido de conhecerem os Programas Nacionais de Saúde Infantil da Direcção Geral de Saúde, nomeadamente o Programa Tipo de Actuação Infantil e Juvenil, o Programa Nacional de Vacinação de 2006 e o Programa de Saúde Oral.

No estágio de Urgência Pediátrica foi-me possível observar a forma como a Enfermeira Tutora, realiza a supervisão dos cuidados realizados por enfermeiras recém-integradas.

A equipa de enfermagem tinha integrado 4 enfermeiras no mês anterior ao estágio. A sua pouca experiência na prestação de cuidados traduziu-se em dificuldades no planeamento da prestação de cuidados.

Sendo a formação um acto contínuo que mobiliza conhecimentos teóricos e práticos, não é concebível que com apenas duas semanas de integração, os enfermeiros se encontrem preparados para prestar cuidados autonomamente, sem supervisão.

“A natureza da formação de enfermeiros implica a necessidade de longos períodos de aprendizagem em complexas situações clínicas”. (Abreu, 2003: 54)

Consciente das necessidades da criança, adolescente e família, a Enfermeira Tutora questionou regularmente a avaliação efectuada por estas colegas, levando-as a reflectir sobre as opções tomadas e as acções executadas. Exigiu-lhes avaliações aprofundadas das necessidades e características da criança, adolescente e família e mostrou-lhes a importância de cada pormenor avaliado e de que forma isso pode ser utilizado no planeamento de cuidados de qualidade. Leu os registos efectuados por estas colegas e pediu-lhes rigor e objectividade na sua execução. Motivou a equipa a dar continuidade a este trabalho de supervisão dos cuidados prestados pelos enfermeiros recém – integrados, de forma a evitar o erro e detectar lacunas na sua formação.

Esta foi uma situação muito interessante para mim que sempre defendi a importância de seguir de perto a prestação de cuidados de outros colegas, principalmente se recém-formados e inexperientes. Assim, colaborei com a tutora na realização desta supervisão muitas vezes esclarecendo pequenas dúvidas e oferecendo referências bibliográficas às colegas que lhes permitissem actualizar e complementar os conhecimentos.

Estas foram as principais formas como contribuí para a formação dos profissionais com que contactei ao longo dos estágios.

2.3 - Competências do Domínio da Gestão

O modelo de gestão adoptado pelos serviços de saúde deve ter como objectivo a obtenção da qualidade dos cuidados prestados.

Conhecer o modelo de gestão utilizado e os objectivos traçados pela instituição e pelo serviço permite-nos gerir os meios disponíveis, de forma a melhor atingir essas metas, visando a eficácia e eficiência.

Competências	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP; ➤ Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer as estratégias e modelos de gestão utilizados pelos serviços; ✓ Colaborar na gestão dos serviços.

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Observei a enfermeira chefe na coordenação da equipa de enfermagem;
- ✓ Observei e analisei o papel da enfermeira especialista enquanto responsável de turno na coordenação da equipa;
- ✓ Participei na gestão de material clínico, hoteleiro, administrativo e farmacêutico.

Reflexão:

Compete aos Enfermeiros realizar a gestão dos cuidados dos diferentes serviços. Isto acontece porque os Enfermeiros possuem uma maior percepção do suporte organizacional, das necessidades do serviço e das necessidades dos utentes.

O modelo e estratégias de gestão adoptados depende da equipa de enfermagem e tem como função obter a eficiência e eficácia dos serviços prestados.

Gillies (1994) diz que o processo de gestão em enfermagem é equivalente ao processo de cuidar em enfermagem. Este processo inclui recolha de dados, identificação de problemas, planificação de intervenções, execução dos planos propostos e a avaliação dos resultados obtidos. Assim, segundo o mesmo autor, as actividades de liderança passam por: desenho de um plano, supervisão e controlo das actividades, coordenação ou sintetização do esforço das diferentes pessoas.

Durante os estágios pude observar os diferentes estilos de gestão adoptados pelas equipas de enfermagem, e a forma como cada Enfermeira Especialista liderava a equipa, conduzindo e organizando a prestação de cuidados, valorizando as aptidões e motivações de cada elemento e incentivando a melhoria dos cuidados prestados.

Observei e acompanhei as Enfermeiras Especialistas na realização da gestão dos locais de estágio e colaborei com as enfermeiras tutoras dos estágios na gestão de cuidados, no entanto, foi durante o Módulo III que tive a oportunidade de participar mais activamente na gestão de cuidados.

No decorrer dos estágios apercebi-me da preocupação com os custos de materiais. Os stocks eram mantidos no nível mínimo necessário para assegurar os cuidados aos utentes. Considero este cuidado importante, de forma a evitar desperdício de material que será rejeitado se não for utilizado no prazo de validade.

Apercebi-me ainda que independentemente dos custos de materiais, o bem-estar da criança é valorizado na sua escolha. Na Urgência Pediátrica quando são utilizados materiais novos ou de marcas diferentes às habituais, tenta-se perceber se estes provocam aumento da dor ou desconforto à criança. Nesse caso a Enfermeira Especialista faz uma nota de ocorrência pedindo a substituição do material, fundamentando o pedido com a descrição do episódio.

Tive a oportunidade de colaborar na avaliação das necessidades de reposição de materiais e stock farmacêutico e na realização dos respectivos pedidos nos diferentes locais de estágio.

Colaborei uma vez com a enfermeira tutora da ESU-F, na gestão mensal das necessidades de reposição de materiais e stock farmacêutico do módulo 5. Colaborei uma vez com a enfermeira chefe do serviço de Pediatria na gestão semanal de stock farmacêutico. Colaborei com a enfermeira tutora da Urgência Pediátrica duas vezes na realização da gestão semanal de necessidades de reposição de stock de materiais, e duas vezes na gestão semanal de stocks farmacêuticos.

Também tive a oportunidade de observar e colaborar na gestão de cuidados de enfermagem.

A ESU-F organizou a prestação de cuidados por módulos, num total de 6.

Os enfermeiros desta extensão são Enfermeiros de Família. Isto é, a cada enfermeiro são atribuídas as famílias acompanhadas pelos médicos de família do módulo onde trabalham em equipa. Os enfermeiros prestam cuidados à família ao longo do ciclo vital. A enfermeira responsável de cada módulo realiza a gestão de cuidados aos utentes desse módulo.

A marcação prévia de consultas de Enfermagem permite organizar o trabalho e evitar uma afluência maior do que aquela a que é possível dar resposta. Evita longos

períodos de espera por parte dos utentes, principalmente nos dias de consulta de saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar.

Entre módulos e extensões, a gestão dos recursos humanos é realizada pela Enfermeira Chefe e na sua ausência pela Enfermeira Especialista que a substitui. Se faltarem enfermeiros ao serviço e estas faltas impossibilitarem o bom funcionamento de todos os módulos e extensões, determina o módulo que será encerrado e para onde os utentes serão reencaminhados, redistribuindo os enfermeiros disponíveis.

A gestão de cuidados no serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica é realizada essencialmente pela Enfermeira Chefe que é substituída por uma Enfermeira Especialista na sua ausência.

Nos turnos em que a Enfermeira Chefe não está a trabalhar compete à enfermeira responsável de turno realizar a gestão dos cuidados de enfermagem, caso esteja uma Enfermeira Especialista no turno será ela a responsável de turno.

No Serviço de Pediatria é realizado um plano de distribuição dos enfermeiros pelos utentes, de forma a estabelecer uma divisão da carga de trabalho em função das necessidades de cuidados de cada utente.

A partir do dia 01/11/2009 as equipas de enfermagem da Pediatria Adolescentes e Crianças foram fundidas. Os enfermeiros do serviço de Pediatria Adolescentes passaram a prestar cuidados na Pediatria Crianças e vice-versa. A reorganização da gestão do serviço, nomeadamente a elaboração de horários teve em consideração que os elementos das duas equipas não estavam familiarizados com os cuidados prestados no outro serviço.

No final do estágio fiz dois turnos com a enfermeira tutora na Pediatria Adolescentes, e pude presenciar os primeiros turnos da Enfermeira Especialista neste local. O facto de possuir uma Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria facilitou a sua adaptação. Não demonstrou dificuldades em aplicar os conhecimentos que tinha na avaliação das necessidades do adolescente e planear os cuidados a prestar.

O plano de distribuição dos enfermeiros da Urgência tem por função determinar que enfermeira assegura a Triagem, Urgência e Internamento de curta duração.

A Enfermeira Tutora da Urgência Pediátrica refere sentir falta de recursos humanos e já o mostrou à administração. No entanto, enquanto não consegue o aumento do n.º de enfermeiros por turno, os cuidados aos utentes precisam de ficar assegurados. Assim, mobiliza os enfermeiros entre os três sectores em função das necessidades. Ela

própria adia a gestão de stocks sempre que determina que a sua ajuda à prestação de cuidados é necessária.

Tendo em consideração a existência frequente de transportes de utentes, com acompanhamento de um enfermeiro, o que desfalca a equipa em serviço, determinou a forma como o serviço se deve organizar nesta situação.

A enfermeira responsável do turno deve manter-se no serviço para resolver outras situações que possam surgir. Os elementos com menos experiência também devem permanecer no serviço para evitar que se encontrem sozinhos, sem orientação e não consigam dar resposta às necessidades da criança ou adolescentes em transporte. Sendo o terceiro elemento a realizar o transporte.

Ao elaborar o horário a Enfermeira Tutora tem em consideração que os elementos menos experientes devem ficar acompanhados por, pelo menos, 2 enfermeiros mais experientes.

Compete aos Enfermeiros Chefes e Especialistas motivar a equipa de enfermagem a envolver-se no esforço de melhorar a prestação de cuidados elaborando, por exemplo, projectos na área da prestação de cuidados, incentivando à realização de trabalhos científicos, participação em jornadas, entre outros.

A equipa de enfermagem da ESU-F está a desenvolver vários projectos na área da prestação de cuidados, todos eles são coordenados por Enfermeiras Especialistas. Durante o estágio tive a oportunidade de observar as Enfermeiras Especialistas responsáveis pela Visitação Domiciliária, Curso de preparação para o parto, “Cantinho da Amamentação”, consulta “Espaço Jovem”, projecto “Gabinete dos Afectos” a desenvolver a coordenação e implementação destes projectos e de colaborar com a sua implementação.

Assim, ao longo dos três estágios apercebi-me que na gestão do serviço existem vários factores que devem ser tomados em consideração para a tomada de decisão. Factores que visam manter a relação custo/ benefício, assegurando os cuidados ao utente.

Apercebi-me ainda que é a Enfermeira Especialista quem melhor reúne conhecimentos e competências que permitam organizar a prestação de cuidados e motivar a equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados.

2.4 - Competências do Domínio da Investigação

A melhoria da prestação de cuidados está dependente da produção de novos conhecimentos que respondam às necessidades actuais dos clientes, família e comunidade, o que fica assegurado através da investigação. É responsabilidade do enfermeiro utilizar e produzir novos conhecimentos que permitam melhorar a prestação de cuidados.

Polit e Hungler (2004: 20) dizem que a *“pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para os enfermeiros, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.”*

Competências	<ul style="list-style-type: none">➤ Incorporar na prática os resultados da Investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;➤ Reflectir sobre a prática de forma crítica;➤ Comunicar os resultados da prática clínica e de Investigação aplicada para audiências especializadas;➤ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na sua prática baseada na evidência.
Objectivos	- Problematizar os contextos da prática em relação às perspectivas teóricas mais recentes baseadas na evidência na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Actividades Desenvolvidas:

- ✓ Articulei, utilizei e divulguei conhecimentos resultantes da Investigação.

Reflexão

A investigação é entendida como um procedimento racional e sistemático, que tem por objectivo proporcionar respostas a problemas e desenvolver saberes próprios. A enfermagem, enquanto disciplina científica, encontra-se em pleno desenvolvimento, recorrendo aos resultados de investigação que produziu e aos resultados obtidos por outras disciplinas, para alimentar a necessidade de crescer e obter novas evidências

científicas. Os conhecimentos que a investigação em enfermagem produz constitui uma mais valia na singularidade desta profissão e, conseqüentemente, na área de actuação e melhoria de cuidados.

Polit e Hungler (2004) diz que aquelas enfermeiras que baseiam as suas decisões de carácter clínico em informações cientificamente documentadas, são responsáveis, de uma maneira profissional, pelos seus pacientes, auxiliam a enfermagem a atingir a sua identidade profissional própria.

A investigação mobiliza o progresso da enfermagem e, o enfermeiro especialista, é responsável por investir nesta área e torná-la parte da sua cultura, valores e práticas quotidianas.

A formação obtida durante a Especialização em Enfermagem confere ao enfermeiro competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, na sua área de actuação, baseados em evidências científicas recentes.

Ao longo dos estágios, pesquisei, divulguei e incorporei os resultados da Investigação Científica na área da Saúde Infantil e Pediatria na minha prática profissional.

A pesquisa que efectuei foi utilizada na fundamentação das acções de formação a enfermeiros da ESU – F e no serviço de Pediatria.

Não sendo suposto realizar trabalhos de investigação científica no decorrer dos estágios, houve no entanto, situações que me inquietaram.

A 1ª situação aconteceu no estágio realizado na ESU – F, onde tive contacto com várias jovens entre os 13 e 15 anos que já tinham, ou planeavam ter em breve, uma vida sexual activa.

As enfermeiras e médicos da ESU-F confirmaram que se têm apercebido do aumento do n.º de casos de adolescentes com início precoce da actividade sexual, e que acreditavam existir pressão social para que isto acontecesse.

Perante esta situação questionei:

✓ Que motivações levam as jovens entre os 13 e 15 anos a iniciar precocemente a actividade sexual?

✓ Que papel têm desempenhado os pais no acompanhamento da sexualidade dos filhos?

Estas questões foram colocadas à enfermeira tutora que tem acompanhado esta situação através da consulta de enfermagem e do “Gabinete dos Afectos” com a finalidade de sugerir a investigação da sexualidade na adolescência. Para obter

compreensão das actuais realidades e poder adequar os cuidados às necessidades das adolescentes a nível de apoio emocional, conhecimentos e responsabilização pela tomada de decisão. Tentando evitar as consequências de uma vida sexual activa como uma gravidez na adolescência.

Também no estágio da urgência Pediátrica surgiu uma situação que despertou a minha curiosidade.

Como já foi referido, a Escala Numérica da Dor deve ser aplicada a pessoas com competências cognitivas para a utilizar e avaliar a própria dor. Com excepção de casos com défices cognitivos, os adolescentes possuem essas características. Porém, nas 6 situações em que a utilizei em adolescentes de ambos os sexos, entre os 13 e os 16 anos, e apesar da explicação clara, verifiquei que estes atribuíam sempre valores de dor entre o 8 e o 10 (valores máximos de dor).

No entanto, avaliando subjectivamente o aspecto geral dos jovens, estes encontravam-se calmos, sentados ou de pé, sem fâcias de dor, palidez, hipersudorese ou outro sinal que correspondesse ao valor auto-atribuído de dor moderada ou acentuada. Quando questionados se era a pior dor que já haviam sentido ou a pior dor que conseguiam imaginar, mantinham ou desciam no máximo um ponto à avaliação anterior de dor.

Perante esta situação questionei:

- ✓ Apesar de esta escala estar validada para esta faixa etária, será a mais adequada?
- ✓ Existirão outros factores a influenciar a aplicação da Escala Numérica da Dor no adolescente? Quais?

Também estas questões foram colocadas à enfermeira tutora de estágio, alertando para a necessidade de investigar de que forma se poderá avaliar melhor a dor aos adolescentes.

3 – NOTA CONCLUSIVA

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria precisa de desenvolver competências que lhe permitam estabelecer uma relação de confiança e empatia com a criança, adolescente e família, no sentido de poder identificar necessidades e planear as intervenções e obter mais possibilidades de sucesso.

A promoção e vigilância da saúde, a prevenção, tratamento, e reabilitação da doença têm como objectivo os ganhos de saúde não só da criança e adolescente como também da família e comunidade.

Os inícios dos estágios acompanharam-se de sentimentos de stress e ansiedade. Estes sentimentos foram-se dissipando com o avançar dos estágios e a aquisição de autonomia na prestação de cuidados nos diferentes serviços.

Todos os estágios representaram oportunidades excelentes de aprendizagem tendo contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Tive a oportunidade de observar a Enfermeira Especialista na prestação de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria e reflectir sobre o seu papel.

Mobilizei e aprofundei conhecimentos para fundamentar a prática e colaborar com a formação dos meus pares.

Aprofundei competências na prestação de cuidados à criança e adolescente observando-os de uma forma holística e planeando os cuidados tendo em consideração o contexto familiar, cultural e social.

Tive ainda a oportunidade de adquirir competências da gestão e investigação em enfermagem, colaborando com os serviços nestas áreas.

Assim, o percurso formativo realizado ao longo do MEESIP permitiu-me adquirir um nível de saberes e competências que me prepararam para assumir o papel de Enfermeira Especialista. Penso ter atingido os objectivos e espero ter transmitido a experiência ao longo deste período e o desenvolvimento profissional e pessoal que efectuei.

O trabalho que termino com esta nota tem por objectivo servir de instrumento de avaliação para defesa de mestrado da aquisição de competências ao longo do percurso formativo.

4 - BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2003) - Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde? - Cadernos Sinais Vitais. Coimbra. Formasau. N.º1.

Backes, V. [et al.] (2003) - Educação Continuada: algumas Considerações na História da Educação e os Reflexos na Enfermagem - Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis. Vol. 12. N.º 1. p. 80-88.

Bayle, F. (2008) - A Parentalidade - Pertubações da Parentalidade. Lisboa. Climepsi editores. p. 25 – 48.

Bordalo, J. D. (2008) - Aleitamento Materno Relactação e Lactação Induzida - Mestrado Integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã. p.71.

Borges, A. [et al.] (2006) - Delegar Funções: uma Estratégia de Gestão em Enfermagem - Revista Sinais Vitais. Coimbra. Formasau. N.º 66. p. 4.

Carlos, A. I. [et al.] (2007) - Comportamento Parental de Mães Adolescentes - Análise Psicológica. 2(XXV). p. 183-194.

Conboy, J. (2008) - Parentalidade e Educação - Pertubações da Parentalidade. Lisboa. Climepsi editores. p.301-312.

Decreto –Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 Abril. Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Deodato, S. (2008) - Enquadramento do IX Seminário Ética – 10 Anos de Deontologia de Enfermagem – Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. N.º31. p. 5-8.

Favero, L. [et al.] (2007) - A promoção do Brincar no Contexto da Hospitalização Infantil como Acção de Enfermagem: Relato de Experiência - *Cogitare* Enfermagem. Vol. 12. N.º4. p.519-524.

Ferreira, M. e Costa, M. (1993) - Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/ Bebé Pré-termo - Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 Anos. p.51-58.

Gaíva, M. A., SCOCHI, C. G. (2004) - Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem em UTI Neonatal - Revista Latino-Americana Enfermagem. Vol. 12. N.º 3. p.469-476.

Gillies, A. (1994) - Gestión de Enfermería – Una Aproximación a los Sistemas - Ediciones Científica y Técnica, S.A. Barcelona.

Hockenberry, M. J. (2006) - Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica - 7ª Ed. São Paulo. Mosby Elsevier. Cap. 1. Cap. 8

Mancia, J., Cabral, L., Koerich, M. (2004) – Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde – Revista Brasileira de Enfermagem. Vol57. N.º5. p.605-610.

Mano, M. (2002) - Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas. Predisposição dos Enfermeiros e Pais - Revista Referência. N.º8. p.53-61.

Martínez B. (2001) - Arqueología del Concepto "Compromiso Social en el Discurso Pedagógico y de Formación Docente - Revista Electrónica Investigación Educativa. Vol.3. N.º1. (<http://redie.ens.uabc.mx/vol3no1/contenido-bonafe.html>)

Moleiro, A., Gomes, A., Nona, M. (2004) – Aleitamento Materno – Consensos de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. p.113-116.

Oliveira, G., Dantas, F., Fonsêca, P. (2004) - O Impacto da Hospitalização em Crianças de 1 a 5 Anos de Idade - Revista SBPH. Vol.7. N.º2. p.37-54.

Ordem dos Enfermeiros (2004) – Divulgar - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Conselho de Enfermagem. (www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2007) – Proposta de Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem – Assembleia Geral de 17 de Março. p.1-21.

Pedro, I. [et al.] (2007) - O Brincar na Sala de Espera de um Ambulatório Infantil na Perspectiva de Crianças e seus Acompanhantes - Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol.15. N.º2.

Polít, D., Hungler, B. (2004) - Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização – 5ª ed.. Porto Alegre. Artmed.

Prado, M., Reibnitz, K. (2004) – Saúde e Globalização Desafios Futuros para o Cuidado em Enfermagem – Investigação Educação Enfermagem. Vol.22. N.º2. p.112-119.

Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Silva, M. J. (2000) - Humanização em UTI – In Cintra, E. A., Nistilde, V. M., Nunes, W. A. – Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico – São Paulo. Ed. Atheneu. Cap. 1.