CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA ! PORTO
I_ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Anabela Cristina Moutinho Rocha Maia

Porto, Março de 201 1

CATOLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA I PORTO
t.- Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Elaborado por: Anabela Cristina Moutinho Rocha Maia

Orientado por: Mestre Maria Clara Braga

Porto, Março de 2011

RESUMO

Este relatório teve como finalidade sintetizar todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, realizado no âmbito do 3° Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com vista à obtenção do Grau de Mestre. A realização deste curso permitiu consolidar conhecimentos teóricos e práticos contribuindo para a aquisição/desenvolvimento de competências no intuito de prestar cuidados especializados de qualidade centrados na criança/família. O estágio realizado decorreu unicamente em contexto hospitalar podendo experienciar diferentes realidades do atendimento à criança e família em situação de doença aguda ou crónica. Afigurando-se a hospitalização como um momento de crise, deu especial relevo aos processos de transição inerentes à hospitalização, ao conforto e à prestação de cuidados centrados na criança/família baseada numa relação terapêutica. Tendo por base os objectivos específicos propostos para cada contexto assistencial, as actividades desenvolvidas e a análise critico-reflexiva sistemática das experiências vivenciadas baseada na evidência científica, pretendeu evidenciar as competências preconizadas pelo plano de estudos do curso agrupando-as em quatro áreas de actividades: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. A aquisição, desenvolvimento e maturação das competências teve início na sua actividade profissional facto que permitiu que lhe fosse concedida a creditação ao Módulo I — Saúde Infantil que também foi alvo de reflexão neste documento. Todas as experiências vivenciadas nos diferentes contextos assistenciais concorreram para o desenvolvimento e aquisição de novas competências e maturação de outras adquiridas contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

PALAVRAS-CHAVE:

Família, criança, enfermagem, conforto, hospitalização, papel parental.

ABSTRACT

The purpose of this report is to digest all the work developed during the internship for the attainment of the master's degree in scope of the 3rd course of in Child Health and Pediatric Nursing from Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. The accomplishment of this course allowed a reinforcement of theoretical and practical knowledge contributing for the acquisition and development of skills in order to provide specialized care focused on children and family. The internship took place only in an hospital context, which has allowed the experience of different realities of child and family care in cases of acute and chronic diseases. Considering hospitalization as a time of crisis, this work put special emphasis to the transition processes inherent to hospitalization, to comfort and family and child-centered care based on a therapeutic relationship. Taking into account the specific objectives proposed for each care context, the developed activities and the critical and reflective systematic analysis of the experiences based on scientific evidence, this work intended to highlight the skills recommended by the course syllabus, grouping them in four areas of activity: care, management, instruction and research. The acquisition, development and maturation of skills had its beginnings in the author's professional activity, which has allowed her the accreditation of "Module I - Child Health". This module was also a target of reflection in this document. All the experiences in the different care contexts contributed for the development and acquisition of new skills and maturation of others, contributing for the personal and professional development of the author.

KEYWORDS:

Family, Child, Nursing, Comfort, Hospitalization, Parental Role.

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso só se tornou possível pelo apoio de múltiplos intervenientes aos quais manifesta o seu apreço:

À sua orientadora Professora Clara Braga pela disponibilidade, paciência e confiança

A todas as Professoras deste curso que a enriqueceram com os seus ensinamentos

A todos os colegas do grupo por todos os bons momentos passados e amizade

Ao seu marido e filho pelo apoio incondicional e compreensão pelos momentos passados sem a sua dedicação

O seu MUITO OBRIGADO!

ABREVIATURAS E SIGLAS

UCP	Universidade Católica Portuguesa
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
EESIP	Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CHP	Centro Hospitalar do Porto
MJD	Maternidade Júlio Dinis
OE	Ordem dos Enfermeiros
CIPE®	Classificação para a prática de Enfermagem
REPE	Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem
UCEN	Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais
UC1N	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
DGS	Direcção Geral da Saúde
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
EDIN	Echelle Douleur et d' Inconfort du Nouveau-Né
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
CPAP	Continuous positive airway pressure
EMLA®	Eutectic Mixture of Local Anesthetic
ULS	Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

Página

0- INTRODUÇÃO 15

1- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PRÉVIA 19

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO 23

3- A PROCURA DA EXCELÊNCIA NO CUIDAR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 25

3.1- MODELOS CONCEPTUAIS ADOPTADOS 26

3.2- COMPETÊNCIAS EVIDENCIADAS 28

3.2.1- Prestação de cuidados 29

3.2.2- Gestão 52

3.2.3- Formação 57

3.2.4- Investigação 64

4- CONCLUSÃO 67

5- BIBLIOGRAFIA 69

ANEXOS 75

Anexo I (Cronograma de estágio do Serviço de Pediatria) 77

Anexo II (Cronograma de estágio do Serviço de Neonatologia) 81

Anexo III (Cronograma de estágio do Serviço de Urgência Pediátrica) 85

Anexo IV (Caracterização dos serviços de Internamento, Neonatologia e Urgência Pediátrica) 89

Anexo V (Desdobrável "Acolhimento aos Pais") 109

Anexo VI (Parametrização SAPE — "Amamentação") 113

Anexo VII (Guia farmacológico de pediatria de consulta rápida) 125

Anexo VIII (Diagnóstico de situação "Cuidados ao coto umbilical") 147

Anexo IX (Planeamento da formação "Cuidados ao Coto Umbilical") 151

Anexo X (Slides da formação "Cuidados ao Coto Umbilical") 155

Anexo XI (Questionário para avaliação da formação "Cuidados ao Coto Umbilical")169
Anexo XII (Avaliação da formação "Cuidados ao Coto Umbilical") 173
Anexo XIII (Proposta de norma de serviço "Cuidados ao Coto Umbilical") 179
Anexo XIV (Planeamento da sessão "Amamentação") 187
Anexo XV (Slides da sessão "Amamentação")..... 191
Anexo XVI (Questionário de avaliação da sessão "Amamentação")..... 205
Anexo XVII (Avaliação da sessão "Amamentação")..... 209
Anexo XVIII (Póster "Amamentação — A escolha mais saudável") 213

O- INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.° Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP — ICS do Porto, emerge a realização deste relatório como pilar estruturante do estágio desenvolvido em contextos de internamento pediátrico, neonatologia e urgência pediátrica.

Este curso tem como objectivo promover a excelência do exercício profissional, desenvolvendo a autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados especializados de qualidade centrados na criança e família, tendo como principio a articulação efectiva entre a teoria e a prática enquanto espaço de produção do conhecimento de Enfermagem. O estágio estabelece, efectivamente, um momento singular e essencial para a consolidação de conhecimentos teóricos, representando uma forma de os pôr em prática com toda a responsabilidade que advém de uma profissão onde a *Pessoa é* o factor primordial.

O plano de estudos do curso propõe três grandes objectivos gerais, orientadores das competências a desenvolver:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução dos problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área da EESIP;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades.

Lopes, et al (1999:27) refere que *"se o relatório surge como uma parte do passado para o presente, lança para o futuro um plano para ultrapassar estas dificuldades",* sendo que o que se pede no relatório é que *"cada pessoa possa realizar uma auto-crítica e auto-apreciação, que faça uma análise do trabalho realizado, que estabeleça uma comparação entre os resultados desejados e os resultados atingidos e procure as razões dos desvios entre eles".* Neste sentido, além de constituir um imperativo de

avaliação, estabelece um momento de reflexão e de reconstrução retrospectiva de todo este período de aprendizagem pessoal e profissional, que contribuiu para a aquisição/desenvolvimento de competências.

Com a elaboração deste documento pretende-se também explanar os diferentes contextos assistenciais em que se desenvolveu o estágio, evidenciar a reflexão sistematizada das experiências vividas, dos objectivos propostos, das actividades desenvolvidas, da aprendizagem efectuada e evidenciar as competências adquiridas/desenvolvidas ao longo deste percurso.

Tendo como ponto de partida os objectivos específicos propostos para cada módulo de estágio, fez todo o sentido dar ênfase às competências evidenciadas ao longo deste percurso e às actividades desenvolvidas para a consecução das mesmas.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido por capítulos. Após esta breve introdução, descreve-se o percurso profissional prévio que determinou a obtenção de creditação a um dos módulos de estágio. O segundo capítulo remete-se à contextualização do estágio, referenciando os diferentes serviços onde decorreu bem como a justificação para a sua escolha. No terceiro capítulo procede-se à definição de competência e enfermeiro especialista e constituem-se dois subcapítulos. No primeiro evidenciam-se os modelos conceptuais que serviram como base a este percurso de estágio e no segundo enunciam-se os objectivos específicos delineados e as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos assistenciais para evidenciar as competências preconizadas, bem como a respectiva análise crítico-reflexiva.

As competências a adquirir apresentam-se agrupadas em quatro áreas de actividade: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Pela análise efectuada considerou adequado dar ênfase a algumas competências em detrimento de outras, de forma a não se tornar repetitiva, seleccionando as que mais se evidenciaram no respectivo contexto. De salientar que algumas das competências emergiram mais num contexto específico de estágio, sendo que a respectiva análise enfatizará esse mesmo contexto.

Por último afigura-se uma reflexão como conclusão e a bibliografia consultada. Em anexo exibem-se alguns documentos que sustentaram a elaboração deste documento.

O presente relatório foi elaborado com base numa metodologia descritiva realçando a vertente crítico-reflexiva, baseada na mobilização dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, complementando-os com pesquisa bibliográfica.

A consulta do portfólio elaborado ao longo do estágio, do guia orientador facultado pela UCP, do projecto prévio de estágio e as entrevistas informais com Enfermeiras Chefes, enfermeiros tutores e restante equipa multidisciplinar dos serviços por onde passou, bem como as orientações tutoriais com a orientadora pedagógica contribuíram, igualmente, para a sua elaboração.

Anseia reproduzir neste documento todo o seu percurso, dedicação e empenho com toda a objectividade possível, tentando ser esclarecedora da dinâmica do estágio desenvolvido e ao mesmo tempo demonstrar a sua importância.

I- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PRÉVIA

Por considerar pertinente, de seguida expõe de forma sucinta o seu percurso profissional e formativo, salientando algumas competências que já detinha e que foram reforçadas com a realização deste curso, facto que contribuiu para a atribuição de creditação ao Módulo **I** de estágio — Saúde Infantil.

A sua actividade profissional desenvolve-se há dez anos em Cuidados de Saúde Primários, sendo que ao fim de quatro anos foi nomeada enfermeira responsável da Unidade de Saúde onde exerce funções. A sua actuação é dirigida no âmbito dos programas de saúde materno-infantil e juvenil, planeamento familiar, adultos, idosos e grupos de risco, tendo como objectivos majores a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social. Contudo, pelo contexto do curso, reporta-se apenas às actividades desenvolvidas no âmago do programa de saúde infantil e juvenil.

Ao longo do seu percurso profissional, foi desenvolvendo competências, demonstrando saber ser, saber-estar e saber fazer, identificando as necessidades das crianças, adolescentes e suas famílias, planeando intervenções de acordo com as necessidades detectadas e avaliando os resultados obtidos.

Em relação à **prestação de cuidados,** realiza as actividades inerentes à categoria de enfermeira que constam no conteúdo funcional da carreira de enfermagem. Privilegia o atendimento personalizado da criança/família, respeitando as suas crenças e valores, estabelecendo uma relação terapêutica pautada pela comunicação eficaz e assertiva. Participa nas consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil e garante o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação. Todos os contactos com a díade criança/família constituem oportunidades para a realização de ensinos com vista à aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis. As sessões de esclarecimento e de educação para a saúde que realiza em grupo constituem uma mais-valia permitindo a partilha de experiências, pelo que as potencia frequentemente. Por integrar a equipa de Saúde Escolar desenvolve as actividades inerentes ao respectivo programa, tentando sempre gerar um estreito elo de ligação entre os profissionais das escolas, alunos, encarregados de educação e a equipa de saúde.

Uma das suas inquietações prende-se com a identificação e monitorização de situações de risco, com o intuito de garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. Perante estas situações, articula com a equipa multidisciplinar (médico de família, assistente social, psicólogo) no sentido de proceder à visitação domiciliária.

Em 2004 teve a oportunidade de desenvolver, juntamente com dois colegas do Centro de Saúde, um projecto para criação de uma "Equipa de Apoio Domiciliário às Puérperas e Recém-Nascidos", com o intuito de apoiar as mães nos cuidados aos seus bebés e no projecto de amamentar, promovendo o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

Além de intervir na gestão de cuidados, por ser responsável de enfermagem detém a oportunidade de desenvolver uma maior autonomia na gestão do serviço, nomeadamente na realização de pedidos de material, planos de férias e elaboração de planos de sessões de educação para a saúde na comunidade, entre outras actividades. Ciente das dificuldades, conseguiu gradualmente organizar o serviço e orientar de forma construtiva os seus colegas, instituindo o método de trabalho de enfermeiro de referência em detrimento do método de tarefa.

Diariamente, tem que se certificar da existência de material e equipamento necessário e em quantidades suficientes para o correcto funcionamento do serviço. Sendo a política actual de contenção de custos, assegura-se que os colegas tenham as devidas precauções com o manuseamento dos equipamentos e que evitem gastos desnecessários de material. Como responsável de enfermagem orienta alunos da Licenciatura de Enfermagem e integra os novos profissionais, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Nos últimos anos deparamo-nos com um rápido desenvolvimento técnico e científico na área da saúde de onde emerge sistematicamente a produção de novas evidências pelo que a formação contínua é um imperativo. A reflexão sistemática e a pesquisa bibliográfica representam actividades permanentes no sentido de suportar as decisões tomadas. Além da experiência profissional, a necessidade de aprofundar e renovar conhecimentos em diversas áreas oportunas e importantes é uma constante, com o intuito de prestar os melhores cuidados pelo que participa na formação em serviço, quer como formadora quer como formanda e em cursos de formação e de actualização

de conhecimentos proporcionados pela instituição. Frequentemente participa também em cursos de formação extra-institucional, em jornadas, conferências e congressos apresentando posters e comunicações livres. No âmbito da Saúde Infantil e Pediatria frequentou formações sobre aleitamento materno, alimentação infantil, vigilância em saúde infantil, prevenção de acidentes, cuidados ao recém-nascido, entre outras, que contribuíram indubitavelmente para actualização de conhecimentos contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

O relatório de actividades que elabora todos os triénios, como instrumento para a avaliação de desempenho, propicia a auto-crítica e reflexão potenciando o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Nele consta a descrição da actividade profissional, projectos futuros e formação que pretende desenvolver, bem como as condicionantes organizacionais e institucionais que influenciam o seu desempenho.

Considerando a investigação necessária ao desenvolvimento profissional e científico realça a colaboração num estudo de prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças no ACES Espinho/Gaia, com inicio em 2009, intitulado "Gordinho ou nem por isso". Este estudo, que ainda se encontra em curso, tem como objectivos avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças com 6 e 13 anos na população do referido ACES, caracterizar o consumo alimentar e a prática de exercício físico, estudar a associação entre o estado nutricional, actividade física e consumo alimentar e apresentar propostas de intervenção para melhorar os resultados. A sua intervenção decorreu na etapa de avaliação dos dados antropométricos para posterior avaliação do estado nutricional e estudo dos comportamentos da amostra. Neste momento aguarda com expectativa os resultados desta avaliação para que sejam apresentadas as propostas de intervenção.

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos, o estágio foi dividido por três Módulos, correspondendo a cada um, 180 horas de contacto. Como já mencionou anteriormente, foi-lhe concedida creditação ao Módulo I — Saúde Infantil.

O Módulo II decorreu no serviço de pediatria médica (pediatria b) do Hospital S. João no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010. Neste contexto assistencial foi tutelada por uma Enf.' Especialista, tendo sido o horário cumprido conforme cronograma em anexo (Anexo I). O estágio inserido no Módulo III foi desenvolvido em serviços de Neonatologia e Urgência Pediátrica. Para a realização do estágio de Neonatologia optou pelo Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maternidade Júlio Dinis, dado constituir uma unidade de referência em cuidados neo-natais, o qual decorreu no período de 29 de Novembro a 23 de Dezembro de 2010, perfazendo um total de 90 horas presenciais, tendo sido o horário cumprido conforme cronograma em anexo (Anexo II). O estágio no serviço de Urgência Pediátrica decorreu no Hospital S. João no período de 3 a 29 de Janeiro de 2011, perfazendo um total de 90 horas presenciais, tendo sido o horário cumprido conforme cronograma em anexo (Anexo III). Os cronogramas que seguem em anexo foram estabelecidos de acordo com as necessidades do serviço e com o intuito de realizar diferentes turnos de forma a garantir uma maior diversidade de experiências.

A opção pelo Hospital S. João para estes campos de estágio prendeu-se com o facto de este ser um hospital central e de reconhecida referência na assistência à criança/família, podendo usufruir de um vasto leque de experiências.

A reflexão prévia e conjunta com os respectivos enfermeiros tutores relativamente aos objectivos específicos inicialmente traçados foi essencial para delinear as actividades a desenvolver ao longo deste percurso. Estes objectivos específicos foram consolidados nos objectivos gerais e competências preceituadas pelo plano de estudos. De forma a contextualizar os objectivos e actividades desenvolvidas, efectuou a caracterização dos respectivos locais de estágio que, por ser exaustiva, se encontra em anexo (Anexo IV).

Salienta, desde já, que o estágio realizado no serviço de pediatria médica foi partilhado com duas colegas pelo que algumas actividades desenvolvidas foram realizadas em conjunto.

3- A PROCURA DA EXCELÊNCIA NO CUIDAR EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Com a realização deste curso emerge a necessidade de desenvolver um processo de reflexão que permita delinear um percurso, de forma a desenvolver e adquirir competências com vista à melhoria da qualidade na assistência ao binómio criança/família. No Código Deontológico, a competência e o aperfeiçoamento profissional são considerados valores universais a considerar. Segundo a OE (2003:16) competência *"refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar"*. A aquisição de competências desenvolve-se ao longo do tempo, através da vivência pessoal e profissional.

O desempenho do enfermeiro especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização clínica desse conhecimento, demonstrado através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Conforme consta no Estatuto da OE (2009:6) *"O título de enfermeiro especialista reconhece competência cientifica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas especificas de enfermagem"*.

A enfermagem tem sofrido desenvolvimentos profundos na área humanista, pois é no cuidado e na relação estabelecida com as pessoas, que se promove a verdadeira identificação profissional e o eixo da prática de enfermagem. Ser enfermeira em Pediatria é um desafio marcado pelas constantes mudanças na sociedade e na própria profissão. As crianças não são "adultos em miniatura", necessitam de cuidados especializados pelo que a formação constante é de primordial importância.

A utilização de referenciais teóricos na prática de enfermagem é uma garantia das acções de cuidar que privilegiam o Ser Humano inserido num ambiente, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, procurou nortear a sua actuação perante a díade criança/família ao modelo vigente no serviço de neonatologia — Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que espelhará ao longo da toda a reflexão. Dado que o modelo conceptual adoptado no Hospital S. João é o de Nancy Rooper e considerando que este não seria o mais adequado a um serviço de pediatria, reflectiu sobre a temática do conforto, analisando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, aplicando estes dois modelos na sua intervenção.

3.1- MODELOS CONCEPTUAIS ADOPTADOS

Diversos autores preconizam a prestação de cuidados centrados na família, reconhecendo a mesma como uma constante na vida da criança. O modelo de parceria de cuidados, segundo Casey (1995:1059) baseia-se no princípio de que *"o cuidado das crianças saudáveis ou doentes, é melhor conduzido pela sua família com ajuda gradual dos membros de saúde qualificados quando for necessário"*. Os cuidados centrados na família propiciam um clima ameno e acolhedor para crianças e famílias, constituindo um desafio para os enfermeiros. A parceria de cuidados tem uma perspectiva holística cujo objectivo de enfermagem é manter a unidade familiar na ajuda do desenvolvimento e crescimento da criança. No entanto, a sua implementação carece de mudanças de atitudes por parte dos profissionais (que não podem confundir parceria de cuidados com compartimentalização de funções) e das políticas das instituições, desenvolvendo um conjunto de acções que tenham no seu âmago o máximo bem-estar da criança e sua família.

Casey (1993:185) refere que *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor"* assim, ninguém melhor que os pais para os prestar. Para Casey (1988) citada por Fernandes & Ramos (2000:22) *"os cuidados prestados pelo enfermeiro incluem a reavaliação da capacidade dos pais no envolvimento dos cuidados e a negociação da responsabilidade nos cuidados quando necessário",* pelo que o enfermeiro especialista, pelos conhecimentos que possui, deverá estar mais desperto para o planeamento dos cuidados em parceria com os pais, implementando as acções programadas e avaliando as acções desenvolvidas. Contudo, salienta-se a importância do processo de negociação implícito nesta relação de parceria, respeitando a disponibilidade física e emocional da estrutura parental.

Face ao exposto, considera este Modelo de Parceria de Cuidados sinónimo de Excelência nos Cuidados Pediátricos.

A prática de enfermagem está, desde os tempos mais antigos, ligada à noção de conforto. Segundo a CIPE® (2000:44) o conforto surge como *"tipo de sensação com as seguintes características especificas: sensação de tranquilidade fisica e bem-estar corporal"*. Contudo, o conforto não se cinge apenas ao bem-estar físico, ausência de

dor, cuidados de higiene e posicionamentos. Este deve ser valorizado na filosofia dos cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um resultado holístico que diz respeito às respostas da pessoa como um todo. Ao longo deste percurso e tendo em conta a realidade com que se deparou, contemplou a importância deste nobre conceito na sua actuação junto da criança/família, reflectindo na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Segundo Kolcaba (1992) citada por Mussi (1996:257) *"o conforto é considerado não apenas um conceito, mas um complexo construto de interesse para a área de enfermagem",* este surge como *"a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress"* (Kolcaba, 1994:1178). A autora refere que estes três estados de conforto se desenvolvem em quatro contextos: físico (sensações do corpo), psico-espiritual (consciencialização interna do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo), ambiental (luz, barulho, ambiente, cor, temperatura) e social (pertence às relações interpessoais, familiares e sociais).

A literatura revela que a confiança é um pré requisito para confortar e para a experiência de conforto, *"Construir laços de confiança e promover o conforto, parecem constituir processos coadjuvantes, em que ambos reciprocamente se alimentam e, conjuntamente, apresentam potencial terapêutico, ou seja, contribuem para a experiência de conforto do cliente de cuidados"* (Oliveira & Lopes, 2010:73). Sendo o conforto resultante das intervenções de enfermagem, Kolcaba (1995) citada por Apóstolo (2009:66) reconhece que *"a arte de enfermagem é no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar".*

A promoção do conforto inicia-se com a admissão de criança/família e consubstancia-se na continuidade dos cuidados, constituindo uma experiência de presença e conhecimento mútuo que contribui para a Excelência do exercício profissional.

3.2- COMPETÊNCIAS EVIDÊNCIADAS

O estágio efectuado constituiu uma oportunidade privilegiada para uma reflexão crítica da actividade assistencial. No decorrer deste percurso vivenciou diversas situações/experiências que permitiram desenvolver e adquirir as competências preconizadas no plano de estudos.

De forma a simplificar a estruturação deste relatório agrupou as competências por quatro áreas de actividade: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Em cada área descreve as competências evidenciadas, os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas e procede à respectiva análise crítico-reflexiva.

Ressalva-se o facto de, por considerar que a competência **"Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica"** se evidencia ao longo de todo este documento nas quatro áreas de actividade supra-citadas, optou por iniciar a sua reflexão com a referida competência antes de se reportar às evidenciadas em cada área de actividade.

Competência: **Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica** [competência 11].

Objectivo: Analisar de forma crítica e reflexiva toda a sua actuação nos diferentes contextos de estágio.

Actividades:
+ Desenvolveu o pensamento crítico;
4. Desenvolveu espírito reflexivo e de auto-avaliação durante o estágio;
+ Partilhou experiências com a equipa.

Análise Crítico-Reflexiva:

A OE (2003:156) refere que "(...) *a reflexão sobre, durante e para a acção constitui a estratégia mais adequada para promover a melhoria dos cuidados de enfermagem consubstanciada no desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros".* A reflexão na e sobre a prática conduz a novas aprendizagens. As inconsistências entre a teoria e a prática reforçam a necessidade de uma reflexão sistemática e mobilização de todo um manancial de informação científica, técnica e relacional contribuindo para a qualidade e segurança nos cuidados prestados. O

exercício profissional necessita de análise, pesquisa e reflexão permanente para que a prática se converta em competência.

Perante o exposto, no decorrer do estágio desenvolveu um espírito reflexivo e crítico de toda a sua actuação. O pensamento crítico é essencial em enfermagem, dependendo não só do indivíduo e da sua criatividade pessoal, como também do ambiente em que se insere. Neste sentido, procurou desenvolver habilidades de pensamento crítico, utilizando estratégias que o induzissem (através da observação, pesquisa, incidentes críticos e identificação de atitudes e comportamentos) de forma a adaptar-se a novas situações e tomar melhores decisões. Salienta também a elaboração dos relatórios de cada módulo de estágio, como contributo para a reflexão e análise de todas as actividades realizadas, objectivos estabelecidos e do percurso efectuado em cada contexto.

A partilha de experiências em grupo assume particular importância no processo de aprendizagem contribuindo para reconstruir conhecimentos e saberes e para o desenvolvimento pessoal dado que, no decurso desta, se emprega a experiência pessoal e profissional. As passagens de turno a que assistiu constituíram um momento de excelência para esta partilha e para a reflexão. A informação veiculada sobre os cuidados prestados, acontecimentos inesperados, troca de experiências entre os elementos da equipa e esclarecimento de dúvidas, promovem o desenvolvimento dos profissionais.

A reflexão sobre o que fazer e como fazer está patente em todo o percurso profissional e formativo, sobressaindo em todo este documento.

3.2.1- Prestação de cuidados

Segundo a CIPE® (2000:68) prestar cuidados é *"um tipo de Acção Interdependente com as seguintes características especificas: acções de providenciar cuidados, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associado a criação, estimulação e sustento".* No exercício profissional, o enfermeiro executa intervenções interdependentes e autónomas. Ao longo deste relatório privilegiam-se essencialmente as intervenções autónomas, dado que o enfermeiro assume a inteira

responsabilidade pela sua prescrição e implementação, no sentido de evitar e detectar precocemente problemas reais e potenciais da criança/família.

Competência: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas [competência 15].

Objectivo: Integrar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional no âmbito da prestação dos cuidados de saúde.

Actividades:

4, Actuou de acordo com os princípios éticos, morais e sociais;

4k Respeitou o enquadramento legal que rege a profissão e a deontologia profissional;

+ Considerou os direitos enunciados na carta da criança hospitalizada;

Utilizou o conhecimento científico no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem;

4' Apreendeu estratégias de actuação/tomada de decisão.

Análise Crítico-Reflexiva:

Durante este percurso, assim como no decorrer do seu exercício profissional utilizou, como referenciais de consulta, o Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem, o Código Deontológico dos Enfermeiros e os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, procurando ser competente e estar actualizada para agir de acordo com a *leges artis*. O REPE (1998) preceitua que *"No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos..."*. O Código Deontológico dos Enfermeiros consagra os direitos e deveres a respeitar. A definição dos Padrões de Qualidade contribuiu para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e para a reflexão sistemática sobre o exercício profissional.

A carta da criança hospitalizada, nos seus dez princípios, define um conjunto de direitos que devem ser asseverados, pelo que constituiu uma referência permanente e uma preocupação, no sentido de assegurar a excelência do acolhimento e estadia desta no hospital, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade. Analisando as realidades dos diferentes serviços onde decorreu o estágio, constatou que nem todos os

direitos enunciados na carta da criança hospitalizada têm observância na prática (facto que irá debater no decorrer deste relatório), contudo procurou fazer respeitar tais direitos.

O respeito pelos direitos da criança no hospital constitui um princípio basilar na actuação, de tal forma que o Alto Comissariado da Saúde editou, em 2010, um folheto informativo "O Respeito dos Direitos da Criança no Hospital — Uma iniciativa da Rede Internacional dos Hospitais Promotores de Saúde". Este folheto, dirigido para profissionais de saúde, tem o desígnio de informar sobre a importância da protecção desses direitos e fornecer um modelo e ferramenta de auto-avaliação de desempenho sobre eles.

No sentido de assumir as responsabilidades sociais e éticas, respeitou os direitos fundamentais das crianças e suas famílias, sem qualquer discriminação económica, política, social, étnica, ideológica ou religiosa, abstendo-se de juízos de valor. Citando Vieira (2009:83) *"A defesa do superior interesse da pessoa ao seu cuidado é manifestamente um imperativo ético para a acção do enfermeiro"* .

No decorrer do exercício profissional a tomada de decisão é uma constante. Esta refere o processo de escolha de alternativas, pelo que as decisões tomadas podem ser caracterizadas pela sua qualidade e pelo impacto provocado. Sendo a tomada de decisão baseada na evidência, é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem, pelo que empregou o conhecimento científico no planeamento e execução dos cuidados. Nos diferentes contextos assistenciais, constatou que pais e crianças nem sempre são capazes de tomar decisões nos processos de saúde e doença, pelo que procurou informá-los convenientemente, utilizando uma comunicação clara e assertiva e verificando a correcta integração das informações transmitidas proporcionando a escolha de alternativas, sempre que exequível.

Este processo de tomada de decisão compreende o consentimento livre e esclarecido de crianças/famílias visando permitir uma decisão autónoma e consciente.

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

Objectivo: Aprofundar/desenvolver competências relacionais/comunicacionais com criança/família.

Actividades:

+Comunicou com a díade criança/família de forma eficaz tendo por base a empatia e o respeito pelas suas crenças, emoções e necessidades específicas;

+ Analisou/integrou as diferentes técnicas de comunicação;

+ Estabeleceu uma relação terapêutica com a díade;

+ Promoveu o acolhimento da criança/família;

• Optimizou o processo comunicacional e relacional com a criança com recurso à componente lúdica.

Análise C•ítico-Reflexiva:

A situação de doença e a necessidade de hospitalização, associadas ao ambiente hostil e constrangedor dos hospitais e à imprevisibilidade do decurso dos acontecimentos, originam sentimentos de angústia e sofrimento na estrutura parental e nas crianças, pelo que é primordial erigir uma aliança terapêutica com o objectivo de lhes amenizar a ansiedade e o sofrimento. A prática de enfermagem é fundamentada na comunicação e na relação estabelecida entre enfermeiro/criança/família. Para atingir a Excelência no Cuidar é essencial estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação terapêutica com a díade.

Para que a comunicação seja eficaz é necessário possuir conhecimentos teóricos e saber utilizar as diversas técnicas de comunicação, desenvolvendo capacidades para ouvir e compreender, estando atentos à linguagem verbal e não-verbal promovendo deste modo uma comunicação clara e assertiva tendo em conta as especificidades de cada criança/familia. Segundo Riley (2000:9) a assertividade envolve *"...o assumir de um papel activo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvaguardando os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara e directa, sem ameaças ou ataques."* .

O primeiro contacto do enfermeiro com a díade é determinante para o sucesso da comunicação. O diálogo deve ser entendido como uma ferramenta para um cuidado mais humano e ético, pois a comunicação e a interacção estabelecida com o outro, contribuem para desenvolver mecanismos de coping. O saber ouvir, definido por Diogo

(2000:16) como sendo *"uma técnica de comunicação terapêutica bastante eficiente para oferecer apoio", é* uma componente importante para a comunicação, apelando à concentração, atenção e disponibilidade do enfermeiro, permitindo ir ao encontro das necessidades e dúvidas de criança/família.

Através da comunicação as pessoas podem expressar os seus sentimentos, relacionar-se e satisfazer as suas necessidades. Esta interacção pode ainda influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base nas suas crenças, valores, histórias de vida e cultura. A partir da comunicação desenvolvida, o enfermeiro identifica e atende às necessidades da díade, contribuindo para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e estimular sentimentos de confiança.

Com vista a estabelecer uma relação terapêutica, identificou-se perante a díade criança/familia, procurou acolhê-la promovendo o seu conforto, tratando-a pelo seu nome e tocando-a de modo a transmitir apoio, compreensão e empatia.

"Tocar é a forma mais precoce de comunicação ..."

(Saul Shanberg)

De forma a promover a comunicação terapêutica, mostrou disponibilidade e empatia, escutou, forneceu tempo para extravasarem as suas emoções, receios e dúvidas, respeitou as suas crenças e valores e promoveu momentos de boa disposição e descontracção com conversas informais. Tendo por base o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, encarou a presença dos pais como fundamental para atenuar as emoções negativas da criança, visto que estes constituem a sua figura de referência, fonte de segurança e protecção. Neste sentido, incluiu-os na prestação de cuidados, sempre que exequível, incentivando a sua presença junto da criança e explicando tudo o que iria ser feito e porquê, através de uma comunicação clara e assertiva.

O brincar é a linguagem universal das crianças constituindo uma forte aliada na comunicação enfermeiro/criança/família, pelo que fomentou a componente lúdica com o intuito de conquistar a sua confiança e colaboração (como irá referir posteriormente).

A comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Competências: **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada** [competência 7]; **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP** [competência 8]; **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP** [competência 9]; **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP** [competência 10].

CbjecÉlvos:

- Analisar o impacto da hospitalização na criança/família;
  Promover estratégias para minimizar os efeitos negativos e maximizar os seus benefícios;

Nr Promover assistência à família, especialmente no apoio ao desempenho do papel parental.

Aclividades:

- Reflectiu sobre a especificidade do internamento de criança/família e suas repercussões, reconhecendo as necessidades da díade no decorrer deste processo;
- Colaborou com a díade de forma a encontrarem estratégias adaptativas que permitam minimizar o impacto da hospitalização;

Ir Promoveu o conforto da díade;
Incentivou a presença/participação dos pais;
4 Promoveu a vinculação;
wr Realizou ensinos aos pais no sentido de promover a aquisição de competências nos cuidados a prestar aos seus filhos.

Análise Crítico-Reflexiva:

A situação de doença constitui um momento de transição para a díade criança/família forçando a mudanças e adaptações, de forma a manter ou restabelecer o seu conforto físico, psico-espiritual, ambiental e social. Para Meleis (2006) citada por Abreu (2008:25) a concepção de transição *"remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas*

habilidades socioculturais, ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas" . As condições pessoais, os significados, as crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento, são factores condicionantes da transição (Meleis, 2000 citada por Petronilho, 2007). O tempo necessário no processo de transição é variável sendo necessário desenvolver novas habilidades, relações e estratégias de coping (Meleis, 1999).

A necessidade de hospitalização configura uma situação de crise exigindo, das crianças e famílias, uma grande capacidade de adaptação e reestruturação pois coaduna com uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais, sociais e financeiros. Entenda-se por crise "*... uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade de resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização das redes de suporte externas; associada a acontecimentos de perda ou stress ..."* (CIPE®, 2000:55). É inegável o stress e ansiedade dos pais perante um filho doente, pois a ruptura do equilíbrio das esferas biológica, psíquica e social da criança torna-se visível e afecta o seu dia-a-dia. O impacto e reacções da criança à hospitalização são influenciados por diversos factores como: idade, experiência prévia de doença ou hospitalização, gravidade da situação, a habilidade pessoal de reagir ao stress e as características individuais de cada criança. Por sua vez, os principais factores de stress da hospitalização envolvem a angústia da separação, a perda de controlo (em termos de restrição física, rotinas e dependência) e as lesões corporais e dor. Pelo contacto com crianças de diferentes faixas etárias pôde observar todos estes factores citados. Não pode deixar de realçar o facto de que o internamento, sendo por si só gerador de stress, pode ser ainda mais agravado nos casos em que a criança necessita de isolamento de contacto. Esta situação é intensificada pela mudança ambiental, aparência estranha dos visitantes e a dificuldade em entender as razões do internamento, condicionando instabilidade emocional e incompreensão na criança/família.

A doença da criança deve ser entendida na sua globalidade e complexidade na forma como afecta os processos familiares, tornando-a assim numa doença familiar pelo que o papel do enfermeiro especialista prende-se não só com a assistência especializada à criança mas também à sua família reconhecendo que esta se encontra fragilizada. As reacções dos pais são muitas vezes pautadas por descrença, raiva, culpa, medo, ansiedade e frustração, sentimentos que rompem a estabilidade do sistema familiar,

embora simultaneamente manifestem esperança e resignação, necessitando de uma assistência individualizada, veiculada através de uma relação de ajuda efectiva e comunicação eficaz. Nesta linha de pensamento, dirigiu a sua actuação à díade criança/família demonstrando disponibilidade e interesse em ajudar, ouvindo-os e encorajando-os a exporem as suas dúvidas, medos e receios. O apoio à família é fundamental para que possamos contar com ela no prosseguimento e aceitação do tratamento. Ao perceber que os seus sentimentos e dificuldades são valorizados, a família passa a cooperar activamente.

Felizmente nos últimos anos ocorreram várias mudanças nos serviços de atendimento às crianças existindo uma preocupação cada vez maior em proporcionar condições indispensáveis ao seu bem-estar físico e mental. Contudo, analisando a realidade dos diferentes serviços onde decorreu o estágio, constatou que ainda há um longo caminho a percorrer.

Relativamente ao contexto de internamento pediátrico foi notório que, embora os pais valorizassem mais os cuidados prestados aos seus filhos do que as condições hoteleiras que lhes são oferecidas, a utilização da expressão "este hospital não tem condições" era uma constante. Efectivamente este serviço não está dotado de condições físicas e de um ambiente acolhedor essenciais para permitir à criança/família a vivência da hospitalização de uma forma amenizada, ou melhor dizendo mais humanizada. Quase nenhuma enfermaria recebe luz natural directa nem tem uma ventilação adequada. Sendo o Hospital de S. João considerado como hospital universitário, nomeadamente nos turnos da manhã, pode-se constatar a "azáfama" nos corredores e nas enfermarias. Entre profissionais da equipa multidisciplinar, alunos de enfermagem e alunos de medicina, os pais referiam que o ruído era intenso e incomodativo. Tendo em conta a importância do conforto no seu contexto ambiental, realça que, com a construção do novo serviço de pediatria, é imprescindível e premente apostar em instalações que garantam as condições necessárias para diminuir o impacto da hospitalização.

Consciente da importância do acolhimento neste processo, procurou realizá-lo de forma eficaz. Constatou a ausência de um guia de acolhimento para os pais, o qual considera essencial, pelo que, em conjunto com as colegas de estágio, elaborou-se um desdobrável com informação sucinta e básica que os pais pudessem consultar (Anexo V). Como cada contacto com criança/família deve ser considerado um momento de

admissão, procurou saber os seus hábitos de forma a tentar adaptá-los durante o internamento, facto que o serviço nem sempre permite, como por exemplo, a hora do banho (devido à falta de água quente, em alguns momentos da tarde e da noite, este é realizado no turno da manhã). Neste sentido, constatou que, ao contrário do preconizado, o plano de cuidados é programado em função das rotinas do serviço.

Reportando-se ao contexto neo-natal, verificou que nem sempre se proporcionam as devidas condições físicas e de repouso para permitir à díade a vivência da hospitalização de uma forma mais amenizada.

O espaço exíguo entre as unidades, associado à falta de privacidade, corrobora esta condição. À entrada da UCEN existe um cantinho de amamentação, onde as mães podem extrair o leite materno (através de bomba eléctrica), separado da unidade por vidros, o que retira a privacidade por ser visível por qualquer pessoa presente. Apesar deste constrangimento, apurou que este facto não impedia nem inibia as mães de usufruírem deste local, contudo este aspecto menos positivo seria facilmente resoluto pela colocação de uma película aderente opaca.

Outro factor que concorre para tal afirmação prende-se com o horário de permanência dos pais no serviço, o que invalida o direito da criança estar 24h acompanhada pelos seus familiares.

Para Scochi (2003) citado por Silva, et al (2009:38) *"a separação de pais e filhos no decurso da hospitalização do recém-nascido é um dos factores que conduzem a sentimentos de tristeza, medo e stresse, pois encontram-se fragilizados e inseguros quanto à vida do seu filho",* assumindo principal destaque aquando da hospitalização de um RN prematuro, que pode prolongar-se por vários meses.

Em diversas situações, as mães referiam que não tinham tempo para cuidar de si próprias, estavam grandes períodos ausentes do seu lar, a relação com o cônjuge e mesmo com os outros filhos era mais distante e que sentiam falta de apoio por parte da restante família. Perante esta situação procurou estar disponível para ouvir e apoiar, incentivando a participação no Grupo de Apoio aos Pais, que como refere Viana, et al (2005:95) *"o apoio prestado às mães e aos pais com crianças internadas em situação mais ou menos grave é reconhecido por todos os intervenientes na saúde infantil como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe ...".* O Grupo de Apoio aos Pais existente neste serviço, no qual teve a oportunidade de participar, foi criado para encorajar e incentivar os pais, pela troca de experiências e vivências, a

falarem dos seus filhos e das suas necessidades, sendo orientado por uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Para além deste grupo de apoio comprovou que os pais, dado o tempo de permanência no serviço, apoiavam-se mutuamente, partilhando experiências.

Outro aspecto importante e que valorizou durante este percurso prende-se com o recurso à componente lúdica como forma de obter a confiança e colaboração da criança (já aflorado na competência 16). O brincar é um meio de expressão através do qual a criança comunica os seus sentimentos. O acto de brincar proporciona momentos de conforto, descontracção, prazer, aprendizagem, promovendo o bem-estar e consequentemente a recuperação. É através da brincadeira que ela altera o ambiente em que se encontra aproximando-o da sua realidade quotidiana. Pela componente lúdica, a criança consegue elaborar os diversos conteúdos que emergem da hospitalização permitindo-lhe lidar com as suas emoções (Ferro & Amorim, 2007). Neste sentido, considera fulcral a existência de um espaço (sala de brincar) enriquecido com equipamento audiovisual, brinquedos, jogos e livros, contribuindo deste modo para amenizar o impacto da hospitalização, melhorar a aceitação dos tratamentos e favorecer a interacção criança/pais/enfermeiro. Contudo salienta que a responsabilidade da dinamização deste espaço deve ser de todos os profissionais de saúde e não apenas das educadoras de infância.

Face ao exposto, nos diferentes contextos assistenciais, potenciou a brincadeira de forma a minimizar o impacto da hospitalização na vida das crianças. Em todos os procedimentos técnicos incentivou a presença dos pais/prestadores de cuidados junto das crianças, aproveitando os objectos significativos para exemplificar o que iria fazer, permitiu que ela manipulasse alguns materiais com o intuito de minorar os medos e receios e estimulou a brincadeira de forma a criar um ambiente acolhedor e familiar.

O serviço de internamento pediátrico dispõe de um espaço lúdico, dinamizado pelas educadoras de infância, com brinquedos, jogos e livros. Para um ambiente mais humanizante deste serviço seria importante melhorar as condições físicas do mesmo. Contudo, outro aspecto confrangedor de bem-estar e de origem burocrática prende-se com o facto de apenas na presença das educadoras se poder utilizar os recursos existentes na sala de brincar (computadores, brinquedos mais elaborados, material de pintura, bonecos, livros, entre outros). Tal facto parecia não ser importante para equipa

de enfermagem ou estariam resignados a tal situação. Não podendo alterar o *status quo,* organizou com os pais o planeamento de cuidados para facilitar, quando possível, a deslocação à sala de brincar.

Este serviço conta com o contributo da Operação Nariz Vermelho, que promove todas as semanas a visita dos "Doutores Palhaços ". Estes estimulam a alegria nas crianças, pela brincadeira, conseguindo obter sorrisos, quando por vezes não subsiste a vontade de sorrir.

"Um sorriso é uma luz na janela do rosto... Avisando a todos que o seu coração está em casa"

(Philip D. Noble)

Reportando-se ao serviço de urgência, embora algumas crianças não tenham condições nem mesmo disposição para a brincadeira, tendo em conta a gravidade da doença, enquanto aguardavam nas salas de espera proporcionou a possibilidade de verem televisão e facultou a oportunidade de desenharem, pintarem ou brincarem com objectos significativos. Salienta-se que este serviço é desprovido de brinquedos, cuja existência seria vantajosa, mas desfruta de uma decoração bastante apelativa recriando o imaginário infantil.

Perante a situação de hospitalização o desempenho do papel parental pode ser comprometido pelo que considerou fulcral promover a vinculação, definida pela CIPE® (2000:70) como *"tipo de Paternidade com as seguintes características especificas: ligação entre a criança e o(s) pai(s); formação de laços afectivos ..."* . A filosofia dos cuidados centrados na família considera como essencial a relação entre equipa de saúde e pais para a qualidade dos cuidados prestados e reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar da criança. Atendendo a que os cuidados de enfermagem carecem de uma verdadeira relação de parceria, esta só se torna possível pelo *"reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projecto de saúde"* (Vieira, 2009:88).

À luz do modelo de parceria de cuidados, os enfermeiros devem prestar cuidados de enfermagem especializados, quando tal se justifique, incentivando os pais a prestar os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança. Esta relação de parceria insta de

um processo de negociação com a estrutura parental, pelo que incentivou a sua presença e participação nos cuidados a prestar à criança, respeitando a sua disponibilidade física e emocional. Tendo o serviço de neonatologia como referencial teórico o modelo de Anne Casey, aferiu que esta relação de parceria nem sempre tem observância na prática. Uma situação que concorre para esta afirmação é o facto de o banho ao recém-nascido ser realizado no turno da noite o que impossibilita a participação de alguns pais.

A hospitalização da criança num serviço de neonatologia ocorre quando o casal ainda se prepara para o desempenho do papel parental, surgindo por vezes sentimentos de culpa e fracasso que podem comprometer o processo de vinculação. Como refere Ferreira & Costa (2004:57) *"Perante uma criança e uma família vulneráveis, porque aconteceu um nascimento antes do tempo, é grande o desafio mas também estimulante para as enfermeiras de neonatologia, poderem ser o catalizador da vinculação bebé/família e desta forma, poderem contribuir para elevar a qualidade de vida da díade no presente e no futuro"* pelo que, neste sentido, fomentou a presença dos pais junto da criança e a sua participação activa nos cuidados a prestar (como por exemplo na muda da fralda, nos cuidados de higiene e conforto, massagem, posicionamento, alimentação por gavagem) promovendo desta forma a vinculação. Para além do descrito, incentivou a utilização do método Canguru que segundo Lamy, et al (2005:660) é *"um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento ao recém-nascido prematuro que implica colocar o bebé em contacto pele a pele com a sua mãe".* Os benefícios deste método estão bem documentados, a literatura releva que este contacto íntimo pele a pele facilita o controlo térmico do recém-nascido, favorece a formação do vínculo afectivo, promove o aleitamento materno, diminui a incidência de infecções no recém-nascido, aumenta a estabilidade fisiológica, proporciona conforto e segurança por ouvir os batimentos cardíacos do progenitor, contribui para um melhor crescimento e desenvolvimento e diminuição do tempo de internamento (Javorski, 2004, Lamy [et al], 2005, Tamez, 2009, Viana [et al], 2005).

A promoção da vinculação está fortemente ligada à promoção da amamentação. Tendo constatado que algumas mães verbalizavam sentimentos de culpa, insegurança e fracasso no acto de amamentar, considerou fulcral apoiar estas mães mostrando-se disponível para esclarecer dúvidas e realizando ensinos de modo a reforçar a sua segurança e confiança.

Pelo exposto, contribuiu para minimizar o impacto da hospitalização, promovendo assistência ao desempenho do papel parental, incentivando a parceria de cuidados e fomentando uma relação terapêutica com a díade criança/família, com vista a atingir a Excelência no Cuidar.

Competências: **Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara** [competência 5]; **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências** [competência 21].

Objectivo: Valorizar a dor no âmbito da prestação de cuidados.

Actividades:

4. Promoveu o controlo da dor em toda a actuação;
+ Identificou as escalas de avaliação da dor utilizadas nos diferentes contextos;
4- Integrou na prática assistencial o recurso a medidas farmacológicas e não-farmacológicas;
№ Promoveu o conforto;
Ir Incentivou a presença/participação dos pais;
Realizou pesquisa bibliográfica.

Análise Critico-Reflexiva:

Na sequência da análise anteriormente efectuada no que respeita ao impacto da hospitalização, enalteceu o controlo da dor nos diferentes contextos assistenciais no sentido de minimizar o stress relacionado com a lesão corporal e dor.

A dor, segundo a CIPE®(2000:40), é definida como *"Percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite [...] as sensações de dor relacionam-se com a duração da dor, o aparecimento súbito da sensação de dor*

associado a lesão aguda dos tecidos é marcado por respostas automáticas como a subida da pressão arterial, pulso, respiração, transpiração, suores frios, piloerecção e palidez, acompanhada por tensão muscular, perda de apetite e ansiedade".

Batalha et al (2007:150) refere que *"como fenómeno universal, a prevenção e tratamento da dor deve ser encarada como uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde do ponto de vista humanitário e ético"* pelo que, pela premência e complexidade de que se reveste, foi instituída como "5.° Sinal Vital" pela DGS (Circular Normativa n.° 9, de 14/06/2003) sendo fundamental a sua avaliação e registo sistemático pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática.

A avaliação da dor constitui uma das actividades mais complexas com que os enfermeiros se deparam. Devido à sua natureza subjectiva pode ser difícil de a qualificar ou quantificar, daí a importância das escalas de avaliação. De acordo com a idade e as características individuais de cada criança, torna-se necessária a utilização de instrumentos específicos para cada nível de desenvolvimento. Cabe ao enfermeiro identificar os indicadores válidos, confiáveis e apropriados seleccionando os instrumentos de avaliação adequados com base na evidência científica. A sua sensibilidade e competência técnica especializada asseguram a tomada de decisão para o alívio e controlo da dor com recurso a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

No serviço de internamento pediátrico estão disponíveis duas escalas para avaliação da dor: Escala de Dor e Desconforto de Edin (Prematuros e Recém-nascidos) e a Classificação Objectiva da Dor — OPS (1 mês a 3 anos). No serviço de neonatologia, a escala de avaliação da dor contemplada no SAPE é a Escala de Dor e Desconforto de Edin (Prematuros e Recém-nascidos). Esta escala comportamental contempla 5 variáveis (rosto, corpo, sono, interacção e conforto), cada variável é categorizada de 0-3 valores sendo a pontuação máxima de 15 valores. Contudo, nos dois contextos anteriormente referenciados, não existe um protocolo de actuação instituído o que pode pôr em causa a sua utilização e avaliação, pelo que sugeriu a concepção de um protocolo que contribui-se para uma melhor prevenção e controlo da dor.

Durante todo o estágio recorreu a medidas farmacológicas e não-farmacológicas para promoção do conforto e alívio da dor. Contudo, ao longo desta análise dar-se-á mais ênfase às medidas não-farmacológicas por constituírem uma intervenção autónoma de enfermagem. Neste sentido, incentivou a presença dos pais junto da criança e de um

objecto significativo, proporcionou um ambiente calmo e medidas tácteis de conforto como a massagem ou aconchegar a criança. A clarificação prévia dos pais e da criança relativamente aos procedimentos efectuados é crucial, pelo que forneceu tempo para exporem as dúvidas e receios e recorreu aos objectos significativos para exemplificar à criança as intervenções necessárias.

Segundo Linhares & Doca (2010:307) *"diversas intervenções não farmacológicas mostram-se eficazes para o alívio da dor, como por exemplo: soluções adocicadas (sacarose e glicose), contacto pele a pele para neonatos e intervenções cognitivas e comportamentais (distracção e relaxamento) para crianças".* Diversos estudos revelam que a sucção não nutritiva e a utilização de sacarose a 24% e soluções glicosadas contribuem eficazmente para o alívio da dor em procedimentos dolorosos, pelo que as providenciou sempre que oportuno. O leite materno oferecido por aleitamento ou sonda nasogástrica também constitui uma medida eficaz para o alívio da dor, pelos benefícios nutricionais e afectivos para a criança.

Em contexto neo-natal teve presente a promoção do conforto no recém-nascido e o princípio de manipulação mínima defendido pelo NIDCAP. As áreas de intervenção deste modelo centram-se no controlo dos estímulos externos visuais, auditivos e tácteis, agrupamento dos cuidados de enfermagem e dos outros profissionais, posicionamento e parceria parental nos cuidados a prestar ao recém-nascido. Nesta linha de pensamento, procurou organizar os cuidados privilegiando o seu estado de alerta para proceder à sua manipulação e reduziu a estimulação ambiental e sensorial, tendo para tal colocado um lençol sobre a incubadora, verificado a temperatura e humidade da incubadora, respondido prontamente ao alarme dos equipamentos e removido água do circuito expiratório das traqueias dos ventiladores. A massagem, o aconchego, o método canguru, a amamentação e o posicionamento com a utilização dos "ninhos" foram medidas fomentadas para promover o conforto dos recém-nascidos.

No caso de procedimentos dolorosos existe um protocolo de administração de sacarose a 24% que, através da sucção concomitante da chupeta, constitui uma das medidas não farmacológicas mais utilizadas. Sendo este serviço considerado como "Hospital Amigo dos Bebés", o que obedece a um conjunto de critérios estabelecidos, constatou que nem todos os critérios são exequíveis na prática. Um factor que concorre para esta afirmação é a utilização de chupetas que, como revela a literatura, constitui

uma medida no alívio da dor e nos recém-nascidos com necessidade de CPAP nasal a sucção com chupeta evita perdas de pressão pela boca (Valido, 2004:66).

Em relação ao serviço de urgência pediátrica, verificou alguma falta de sensibilidade por parte da equipa de enfermagem no que respeita à dor. Não existe nenhuma escala de avaliação instituída pelo que a sua valorização depende de cada enfermeiro. Após questionar o tutor quanto à utilização de EMLA® 5% no serviço, averiguou que era utilizado apenas na realização de punções lombares, dando como explicação a necessidade de se aguardar um tempo de contacto para ser eficaz e por ter como efeito colateral a vasoconstrição podendo dificultar a punção venosa. Como a analgesia com sacarose não é contemplada, na prática de cuidados aferiu o uso de glicose a 30% apenas em algumas situações.

Segundo a OE (2008:9) *"O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde"* pelo que os enfermeiros têm um papel preponderante para promover e intervir no controlo da dor, quer pela proximidade física como pelo tempo que passam com as crianças. Sendo a dor uma experiência individual influenciada por factores pessoais, culturais e sociais, expectativas e estados emocionais, exige dos enfermeiros uma intervenção complexa capaz de envolver todos estes componentes, contribuindo para a garantia de cuidados humanizados.

Competências: **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada** [competência 12]; **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente** [competência 14]; **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP** [competência 13].

Objectivos:

Desenvolver cuidados de enfermagem com base numa metodologia científica;

Aprofundar/desenvolver conhecimentos na prestação de cuidados à criança, em situações de especial complexidade;

Reflectir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Actividades:

- Integrou a dinâmica organizacional e funcional dos diferentes contextos assistenciais;

Observou/reflectiu sobre a prestação de cuidados efectuada pelo enfermeiro especialista;

Prestou cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à criança/família em situações de especial complexidade;

Participou no conjunto de intervenções terapêuticas e preventivas e procedeu aos respectivos registos;

Interveio em situações de urgência e emergência, mobilizando os conhecimentos e recursos adequados;

Realizou pesquisa bibliográfica de forma a clarificar as questões emergentes da prática.

Análise Crítico Reflexiva:

Para dar resposta às competências supra-citadas tornou-se imprescindível conhecer a dinâmica organizacional, funcional e estrutural dos diferentes serviços de modo a compreender o seu funcionamento (Anexo IV), aspecto fundamental para rentabilizar as intervenções de enfermagem. As entrevistas informais com enfermeiros tutores bem como com a restante equipa revelaram-se fundamentais para a sua integração e esclarecimento de dúvidas. De forma a promover e viabilizar o processo de integração e nortear a prestação de cuidados à criança/família, teve a preocupação de consultar as normas e protocolos instituídos nos serviços, a partir dos quais a equipa de enfermagem orienta a sua assistência, o qual considera ser primordial para a uniformização dos cuidados a prestar. Ao longo deste percurso sentiu necessidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos durante a formação teórica do curso e aprofundar outros, efectuando pesquisa bibliográfica com vista à clarificação de questões emergentes da prática.

A implementação do processo de enfermagem baseado na evidência contribui para a melhoria da qualidade na assistência à criança/família. O processo de enfermagem facilita a troca de informações entre enfermeiros. A sua aplicação proporciona a possibilidade de prestar cuidados individualizados, centrados nas necessidades da criança/família e de nortear a tomada de decisão. O processo de enfermagem abrange a colheita de dados, identificação de problemas, implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. Relativamente a cada criança/família realizou colheita de dados de forma sistemática, procurando documentá-los na avaliação inicial

de enfermagem e identificou problemas. Atendendo aos problemas identificados planeou, executou e sempre que possível avaliou os resultados dos cuidados de enfermagem gerindo-os de forma adequada em função dos recursos disponíveis.

A utilização do sistema informático SAPE, com base na CIPE® contribui para a uniformização da linguagem facilitando a comunicação entre a equipa. No serviço de internamento pediátrico os registos são efectuados no processo clínico da criança, dado ainda não estar implementado o sistema informático, pelo que utilizou a linguagem CIPE® para os efectuar. Como a implementação do SAPE no serviço é uma realidade próxima, a pedido da Enf.' Chefe e juntamente com as colegas de estágio, elaborou-se um documento sucinto e de fácil consulta com a parametrização SAPE do foco de atenção "Amamentação" (Anexo VI).

Embora a sua realidade diária contemple a utilização deste programa, teve a oportunidade, no serviço de neonatologia, de complementar os conhecimentos que possui, dado que este, em contexto hospitalar, apresenta algumas particularidades relacionadas com a especificidade do serviço.

Durante todo o estágio intentou usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem e de experiências facultadas que permitiram desenvolver habilidades e competências no processo de assistência à criança/família. De todos os cuidados prestados, a preparação de terapêutica, em doses tão diminutas, constituiu uma dificuldade inicialmente sentida pelo que, juntamente com as colegas de estágio do serviço de internamento, elaborou-se um guia farmacológico (Anexo VII) onde constasse a medicação usual, o modo de preparação, os possíveis efeitos secundários entre outros dados relevantes.

Ao longo deste percurso nos diferentes contextos de estágio, deparou-se com algumas situações urgentes/emergentes e complexas perante as quais necessitou de mobilizar conhecimentos e adequar estratégias de forma a intervir eficazmente.

Sendo o serviço de urgência pediátrica caracterizado pela imprevisibilidade dos acontecimentos exige dos enfermeiros conhecimentos especializados provenientes da formação e experiência que se adquire ao longo do tempo. Neste serviço apenas o enfermeiro especialista pode realizar triagem tendo como responsabilidade acolher criança/família, classificar o nível de gravidade, informar dos tempos de espera e reavaliar a criança sempre que necessário. Após o contacto e familiarização com esta dinâmica pôde constatar que a sua eficácia exige competência do enfermeiro dado que este tem que observar rápida e eficazmente a criança, perceber que a criança "não está

bem", colher informação pertinente, ter capacidade de comunicar de forma eficaz, ser tolerante, organizado e trabalhar sob pressão.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por elementos muito jovens e com pouca experiência na área de urgência/emergência pediátrica, facto que pode comprometer a qualidade e eficácia na assistência à criança/família. Neste sentido e por terem sido integrados recentemente no serviço enfermeiros recém-formados, surgiu a necessidade de realizar uma formação em serviço subordinada ao tema "Urgência/Emergência", na qual teve a oportunidade de participar activamente, com vista a adquirir conhecimentos e perícia. Esta formação, realizada por duas enfermeiras especialistas, detinha o objectivo de apresentar um caso prático para que os enfermeiros pudessem treinar, consolidando a actuação perante esta situação. Com a participação nesta formação constatou a importância de todos os enfermeiros terem bem definidas as funções que desempenham na sala de emergência com vista à sua agilização, dado que, perante uma situação urgente/emergente, estão presentes inúmeros profissionais.

Durante a permanência da criança no serviço de urgência podem ocorrer alterações no seu estado geral pelo que monitorizou a sua evolução, avaliando a eficácia e o resultado dos cuidados prestados. Neste serviço assistiu a uma situação emergente, uma criança internada 24h em OBS por mioclonias do membro superior esquerdo com antecedentes cirúrgicos por cardiopatia e colocação de pacemaker a aguardar alta clínica. Enquanto brincava na cama perdeu a consciência, sendo de imediato transportada para a sala de emergência. Após a realização de todos os procedimentos necessários e com a criança estabilizada, forneceu apoio aos pais que permaneciam cépticos perante a situação.

Outra situação inesperada e complexa vivenciada foi a morte de uma criança no serviço de internamento pediátrico. Sabe-se que a morte é inevitável e está presente em todo o momento da vida. No entanto, é notório que os profissionais têm dificuldade em aceitar e gerir esta situação de modo adequado, sendo por vezes difícil aceitar que esta ocorra tão precocemente, na perspectiva do ciclo vital. Torna-se então necessário que os enfermeiros desenvolvam mecanismos, de forma a poderem compreender as necessidades dos que vivenciam esse processo, proporcionando-lhes o melhor conforto possível.

Perante a morte de uma criança, o papel dos enfermeiros não finda, pois a família necessita de uma assistência abrangente para que possa vivenciar esta circunstância de

maneira mais equilibrada. Neste sentido, perante este acontecimento a sua actuação prendeu-se com o apoio à família para enfrentar o processo de luto, estando presente de forma a apoiá-la nesta transição. Contudo, como na sua realidade profissional raramente vivencia esta situação considera que muito mais poderia ter feito.

Durante todo este percurso observou e reflectiu o desempenho do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar e na sua actuação com a criança/família. Nos diferentes contextos da prática constatou que, na assistência à criança/família é notório o papel que desempenham prestando cuidados especializados, sendo por excelência, um elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a díade.

Os enfermeiros especialistas devem agir em prol da qualidade, utilizando elevados níveis de competência. A aquisição de competências não é um processo estanque, vai evoluindo ao longo do tempo no contacto com a realidade através de uma vivência pessoal e profissional. Este processo dinâmico é aperfeiçoado e aprofundado com a experiência. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, defendendo que o enfermeiro passa através de cinco níveis de proficiência (de iniciado a perito) para a aquisição e desenvolvimento de perícia. Segundo a autora a excelência da prática dos cuidados é conseguida quando se atinge a perícia profissional que é desenvolvida pela formação e experiência. Para Benner (2001:58) o enfermeiro perito *"tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis",* articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática.

O enfermeiro especialista desenvolve conhecimentos especializados e uma linguagem particular bem como capacidade de percepção e reconhecimento. O enfermeiro competente no agir possui conhecimentos técnicos, é capaz de tomar decisões, comunica eficazmente, é flexível, responsável e criativo, tem espírito crítico e de iniciativa e uma conduta ética e deontológica.

Ao longo deste percurso nos diferentes contextos assistenciais observou as diferenças na actuação do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista tendo constatado que este último dado a sua formação e saber experiencial, está mais apto a separar os problemas, estabelecer prioridades, agir prontamente perante situações imprevistas e complexas. Através da partilha de conhecimentos, poderá incentivar os enfermeiros generalistas a expandirem as fronteiras da sua prática. Alegre (2006:6)

refere que *"O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, centrado na sua população-alvo, terá de ser o impulsionador do desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área, através da investigação e da reflexão na e sobre a prática",* pelo que deverá ser o fio condutor, a referência da restante equipa de enfermagem para a Excelência do Cuidar.

Competência: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar [competência 17].

Objectivos:

Compreender/Integrar a dinâmica da equipa na assistência à criança/família;

ir Conhecer os mecanismos de articulação nos diferentes contextos assistenciais com os restantes serviços da instituição e de outras instituições da comunidade.

Actividades:

-4' Estabeleceu uma comunicação eficaz com toda a equipa multidisciplinar;

' Reconheceu o âmbito de intervenção de todos os elementos da equipa de cuidados;

ir Conheceu o papel da equipa de enfermagem, bem como da restante equipa multidisciplinar, na planificação dos cuidados aquando do regresso a casa;

Planificou, juntamente com a equipa, os ensinos para a preparação do regresso a casa.

Análise Critico-Reflexiva:

Nos diferentes contextos assistenciais procurou integrar a equipa multidisciplinar demonstrando espírito de inter-ajuda e colaboração, reconhecendo que este é essencial para o bom funcionamento de qualquer equipa. A comunicação adequada, clara e assertiva, constitui uma ferramenta facilitadora da eficácia dos processos.

O enfermeiro, enquanto membro da equipa multidisciplinar, tem um papel primordial, pois é o principal intermediário entre criança/família e a equipa de saúde. A eficácia do trabalho em equipa advém da diversidade de contributos de cada profissional, com partilha de conhecimentos e saberes, alcançando o objectivo da Excelência no Cuidar.

Tendo em conta a sua realidade profissional encarou, como essencial, conhecer e compreender os mecanismos de articulação dos diferentes serviços com os restantes serviços da instituição e de outras instituições da comunidade. Para que esta articulação seja eficaz é fulcral o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A hospitalização produz alterações na vida familiar, mas no regresso a casa a criança nem sempre se encontra totalmente restabelecida. A preparação do regresso a casa deve iniciar-se no momento da admissão da criança/família de forma a dotar os pais/prestadores de cuidados de competências e habilidades na assistência domiciliária, diminuindo o nível de stress na família e assegurando a continuidade dos cuidados com segurança. Ademais, a preparação da alta deve ser um processo planeado, organizado e sistematizado. Contudo, constatou que na prática este facto nem sempre é exequível.

Reportando-se ao serviço de internamento pediátrico, pôde constatar que não existe um processo estruturado de preparação do regresso a casa. No momento da alta hospitalar, a quantidade de informação a ser transmitida e ensinos a realizar, aliada à ansiedade dos pais e, por vezes, à falta de tempo dos enfermeiros, pode conduzir à omissão de informação pertinente. A inexistência de procedimentos e normas no serviço condiciona que os ensinos realizados não sejam uniformes provocando ainda mais ansiedade na estrutura parental. Face ao exposto, sugeriu a existência de um instrumento de registo da informação transmitida, estadio de aquisição de conhecimentos e competências por parte dos pais, que salvaguardasse a adequação, continuidade e eficácia dos procedimentos, reunindo todas as condições para um planeamento eficaz do regresso a casa. Na elaboração deste instrumento deve-se garantir que os ensinos a realizar sejam uniformes, baseados nas normas e protocolos existentes e programados por toda a equipa.

Dado que a maioria das crianças internadas têm alta directamente para o domicílio, entende o contacto prévio, com um elemento da equipa de enfermagem do Centro de Saúde de referência, fundamental para a transmissão de toda a informação e percepções relevantes e para a intervenção precoce em situações de risco identificadas ou percebidas, ou mesmo situações de défices de conhecimentos e/ou competências dos pais para o desempenho do papel parental. Salienta ainda a importância deste contacto prévio, o mais precocemente possível, dado que, as crianças com doença crónica podem necessitar de material e cuidados específicos. Os centros de saúde nem sempre estão dotados de material tão particular para a assistência a estas crianças necessitando de

tempo para o adquirir. Dada a especificidade das situações, os enfermeiros nem sempre detêm as competências técnicas necessárias para a prestação de cuidados tão diferenciados pelo que podem necessitar de formação nesta área.

No momento da alta nos serviços de internamento e neonatologia é facultada uma folha com informações diversas e o contacto telefónico para qualquer dúvida que possa surgir. Referindo-se ao serviço de neonatologia, participou num planeamento de alta de um recém-nascido, tendo verificado que o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil é sempre preenchido pelo médico com as informações mais relevantes. Realizou as alterações na Carta de Alta de Enfermagem no SAPE onde constam todas as intervenções realizadas durante o internamento. Por ser pertinente, realizou diversos ensinos a esta família nomeadamente sobre preparação do biberão, cuidados de higiene e vestuário e prevenção de acidentes. Antes do recém-nascido se ausentar do serviço verificou a sua correcta colocação na cadeira de transporte garantindo a sua segurança. No caso de transferências para outras instituições, os médicos estabelecem contacto telefónico para verificar se os serviços têm vagas e darem conhecimento da situação clínica da criança. Nestas situações são elaboradas as cartas de transferência de enfermagem e, se o estado clínico da criança inspira cuidados é acompanhada por um enfermeiro e, se necessário, um médico.

No serviço de internamento teve a oportunidade de colaborar no planeamento do regresso a casa de uma criança com sequelas de Enterocolite Necrosante, comprovando que os pais foram incluídos no plano de cuidados. De uma forma gradual avaliou os conhecimentos dos pais em relação à doença, treinou-os em relação à gestão de medicação e de material, ensinou técnicas em relação a determinados procedimentos, forneceu tempo para que os pudessem realizar sob supervisão e forneceu instruções apropriadas para os cuidados domiciliários.

Com o intuito de conhecer o papel de outros elementos da equipa multidisciplinar reuniu com a assistente social do serviço de internamento, podendo compreender o seu papel na articulação com Centros de Saúde, Serviços Sociais, Câmaras Municipais, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), Instituto de Medicina Legal, Tribunal de Menores, entre outras. Situações complexas, como é o caso de famílias carenciadas, casos sociais, negligência, maus-tratos e abusos sexuais, que representam risco para o crescimento e desenvolvimento das crianças, são muito frequentes, sendo referenciadas por médicos e enfermeiros durante o internamento. Estas situações são

encaminhadas para a assistente social, que acciona os mecanismos e recursos adequados.

Pelo exposto, considera pertinente que toda a equipa multidisciplinar realize momentos de reflexão com o intuito de sensibilizar todos os elementos para a correcta preparação do regresso a casa, assegurando a continuidade dos cuidados com segurança.

3.2.2- Gestão

Quando se fala em qualidade reporta-se a três conceitos chave: a missão, os serviços e a satisfação dos clientes. Mezomo (2001:111) define qualidade como sendo *"a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes"*. A elaboração de indicadores, com por exemplo: a efectividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a continuidade, a acessibilidade, a segurança, a ética e outros, permitiu monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e dos serviços. Segundo Donabedian citado por Mezomo (2001:115) para facilitar a avaliação dos cuidados de saúde estes devem ser *"considerados sob o tríplice aspecto da estrutura, dos processos e dos resultados"*. Segundo o mesmo autor, a estrutura engloba os recursos humanos, materiais e características organizacionais; o processo compreende todas as actividades relacionadas aos cuidados prestados ao paciente (diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação) e os contributos vindos da família; e os resultados implicam as mudanças no indivíduo/família e a satisfação com os cuidados recebidos.

Nesta linha de pensamento, a filosofia da melhoria da qualidade pressupõe uma gestão eficaz dos cuidados prestados, recursos humanos e materiais conduzindo deste modo aos resultados esperados (satisfação da criança/família e dos profissionais).

Competências: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada [competência 1]; Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP [competência 24]; Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP [competência 26].

Objectivos:

Aprofundar/desenvolver conhecimentos na gestão de cuidados à criança/família;

Analisar a gestão dos cuidados nos diferentes contextos assistenciais.

Actividades:

No- Conheceu/Integrou a metodologia de trabalho instituída;

Elaborou e reformulou planos de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas;

Geriu de forma adequada os cuidados de acordo com os recursos disponíveis estabelecendo prioridades de actuação;

Aplicou os conhecimentos adquiridos pela experiência profissional e formação na prática;

Sustentou a prática no conhecimento científico;

Promoveu o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar;

4- Reflectiu de forma sistemática e crítica a adequação das estratégias utilizadas e o do desempenho profissional;

Tomou decisões baseadas na evidência.

Análise Crítico-Reflexiva:

No decorrer deste percurso, acompanhou os enfermeiros tutores colaborando, de forma eficiente, no planeamento e concretização de acções conjuntas, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em colaboração com toda a equipa multidisciplinar. Desenvolveu todas as actividades inerentes ao exercício profissional de enfermagem de acordo com os referenciais teóricos da sua formação inicial e pós-graduada, a sua experiência pessoal e profissional e com base na metodologia científica, procurando manter um espírito crítico relativamente ao seu desempenho, o que lhe permitiu estabelecer, com alguns elementos da equipa, sugestões de melhoria relativamente aos cuidados prestados.

O plano de trabalho, nos diferentes contextos assistenciais, é realizado pela enfermeira especialista responsável de turno que, na sua elaboração, procura manter crianças/famílias com o enfermeiro habitual, o que contribui para promover a continuidade dos cuidados e fortalecer a relação de terapêutica com a criança/família. O método de trabalho preconizado é o individual pelo que, cada enfermeiro presta

cuidados individualizados, globais e personalizados; existindo, em diversos procedimentos técnicos a colaboração por parte de outro elemento da equipa. Considera que este é o método que melhor se adequa à prestação de cuidados de forma integral e de qualidade, considerando a díade criança/família sob forma holística. Este método tem como vantagem o facto de o enfermeiro poder realizar a gestão do seu tempo.

A abordagem aos problemas/necessidades identificados, integra obrigatoriamente o planeamento e implementação das intervenções, a monitorização e avaliação dos resultados. Neste sentido elaborou planos de cuidados tendo em conta a identificação de problemas reais e potenciais da criança/família (avaliação inicial) e implementou as intervenções adequadas com vista à obtenção dos resultados pretendidos. Avaliou, sempre que possível, os cuidados prestados e procurou geri-los de forma adequada, em função dos recursos disponíveis e estabelecendo prioridades de actuação. Ao admitir uma criança/família no serviço procurou colocá-la numa unidade tendo em conta a sua patologia ou faixa etária. No decorrer da prática assistencial procurou valorizar e atender às necessidades cognitivas, emocionais e comportamentais da díade, com base numa relação assente no diálogo empático.

O planeamento do regresso a casa deve iniciar na admissão pelo que incluiu a família no plano de cuidados, avaliando os seus conhecimentos, treinando-a em relação a técnicas para realizar determinados procedimentos e gestão de terapêutica e supervisionando a sua realização até se tornarem autónomos para continuação dos cuidados no domicílio, sempre que necessário.

Reportando-se ao modelo de parceria de cuidados, procurou estimular a presença dos pais ou pessoa significativa, reconhecendo-os não como uma opção mas sim como uma necessidade, incentivando a sua participação activa nos cuidados de acordo com a sua capacidade física e emocional e o seu nível sociocultural. Neste sentido, disponibilizou tempo para a sua integração e clarificou todos os procedimentos efectuados, usando todas as oportunidades para aumentar a sua compreensão e demonstrando abertura e receptividade para todas as suas dúvidas e questões.

Durante o estágio teve a preocupação de satisfazer as necessidades da díade criança/família em termos da aquisição de conhecimentos, pelo que procurou realizar ensinos oportunos, adequados e personalizados, no sentido de fornecer orientações específicas, fomentar estratégias adaptativas e comportamentos saudáveis.

Como já referiu ao longo deste documento analisou o impacto da hospitalização na vida das crianças e suas famílias pretendendo promover estratégias para maximizar os seus benefícios e atenuar os efeitos negativos. Para além desta intencionalidade considerou fundamental promover assistência ao desempenho do papel parental, a promoção do conforto e a valorização da temática da dor para que sejam prestados cuidados de qualidade.

Competências: **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP** [competência 18]; **Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP** [competência 23]; **Colaborar na integração de novos profissionais** [competência 29].

Objectivos:

w Aprofundar conhecimentos na gestão de recursos humanos e materiais;

v Desenvolver capacidades de liderança e supervisão.

Actividades:

Conheceu o modelo de gestão de recursos e materiais;

+ Reconheceu uma liderança eficaz;

w Observou/colaborou na integração de novos profissionais;

w Verificou a existência de um manual de integração nos serviços;

w Conheceu o plano de integração.

Análise Crítico-Reflexiva:

O enfermeiro especialista pelos conhecimentos que possui, está apto a liderar equipas, zelando pelos cuidados prestados contribuindo para a melhoria da qualidade e para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa.

No decorrer do estágio no serviço de Neonatologia constatou que os enfermeiros especialistas nem sempre são os responsáveis de turno contudo, apenas estes podem integrar o Grupo de Apoio aos Pais. Remetendo-se ao serviço de urgência, os enfermeiros especialistas são sempre responsáveis de turno e são responsáveis pela formação em serviço. Na assistência à criança/família é notório o papel que desempenham prestando cuidados especializados sendo, por excelência, um elo de

ligação entre a equipa multidisciplinar e a díade. Nos serviços de neonatologia e urgência pediátrica acompanhou uma enfermeira especialista, com horário fixo de manhã, que assume um papel preponderante na dinâmica dos serviços e na gestão dos cuidados, recursos e materiais.

Os equipamentos e materiais são essenciais ao bom funcionamento dos serviços, como tal, é fulcral instruir a equipa para ter as devidas precauções no seu manuseamento. Nos diferentes contextos de estágio, aferiu que o sistema adoptado de gestão de materiais é o de reposição. Os pedidos são elaborados por uma enfermeira especialista, ficando a distribuição à inteira responsabilidade do serviço de aprovisionamento. Considerando a actual política de contenção de despesas, comprovou o esforço da enfermeira que realiza os pedidos de material em incutir a filosofia de rentabilização dos recursos materiais existentes.

Dada a sua experiência, o enfermeiro especialista exerce supervisão do exercício profissional de colegas em integração ou com menos experiência. A supervisão clínica em enfermagem refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, envolvendo a reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado (Abreu, 2002). A função do supervisor é sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisados, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente.

Face ao exposto, no serviço de urgência averiguou que os enfermeiros menos experientes recorriam constantemente à enfermeira especialista responsável de turno, com vista à clarificação de dúvidas e apoio na tomada de decisão.

O enfermeiro especialista é o responsável pela integração de novos profissionais. Este processo de integração tem como objectivo facilitar a inserção dos novos elementos na equipa, tornando-os autónomos na realização e gestão das suas funções, promovendo a sua satisfação pessoal e profissional. A integração de um elemento implica não só o conhecimento da composição da equipa de saúde, mas também a compreensão e integração nas actividades desempenhadas pelo grupo, nos seus objectivos, métodos de trabalho, horários, rotinas do serviço, entre outros.

Durante o período em que decorreu este estágio não esteve nenhum profissional em integração. Todavia, na sua prática profissional, integra novos elementos pelo que considera a competência evidenciada. No serviço de urgência teve a oportunidade de se inteirar deste processo pela consulta do manual de integração disponível. Constatou que,

embora na prática nem sempre seja possível cumprir o período estipulado para a integração eficaz por falta de recursos humanos, o plano de integração contempla o registo de vários itens por parte do elemento integrado e integrador, como por exemplo: conhecer recursos humanos e materiais, estrutura física e dinâmica do serviço, as actividades desenvolvidas, atitudes terapêuticas, etc., e por último a avaliação da integração por ambos.

O enfermeiro especialista traz na sua essência o "contacto com o outro", seja na arte de cuidar como também gerindo equipas. Ele comunica eficazmente, resolve conflitos, toma decisões fundamentadas, norteia-se pela ética e pela lei do exercício profissional e orienta novas condutas. Neste sentido, é um elemento capaz de liderar.

A literatura revela que a liderança é um processo cujo desenvolvimento integra competências, habilidades e talentos passíveis de serem incorporados e apreendidos, e que assenta numa comunicação efectiva, permitindo concomitantemente a realização dos objectivos organizacionais e a satisfação dos profissionais, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados. Esta é fundamentada no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipa e nos objectivos traçados pelo grupo. Para além da competência técnica, o líder necessita de desenvolver uma inteligência racional e emocional que lhe permita entender o outro (possibilite a expressão, reconhecimento e valorização de seus sentimentos), motivar e alimentar a confiança no grupo. Neste sentido, salienta o papel fulcral dos enfermeiros chefes nos serviços.

Dado o período reduzido de estágio em cada contexto assistencial, não lhe foi possível determinar o estilo de liderança que cada Enfermeiro Chefe emprega, contudo, reportando-se concretamente ao serviço de urgência, aferiu que este estava sempre presente, assistia às passagens de turno, dava sugestões de melhoria e resolvia conflitos contribuindo para a motivação de toda a equipa.

3.2.3- Formação

Sendo o desenvolvimento profissional um processo dinâmico, a formação contínua é essencial. Para que a melhoria da qualidade dos cuidados seja atingida, é fundamental o adequado e actualizado grau de formação dos profissionais para o desempenho das suas funções (Sousa, 2000). A prática baseada na evidência permite reconhecer que

existem algumas inconsistências relativamente ao preconizado a nível teórico, na prática diária, pelo que a formação contínua é fundamental.

Face ao exposto distinguiu três vertentes de actuação: a sua formação pessoal, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a promoção da saúde e prevenção da doença direccionada para os pais.

Competência: Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional [competência 4].

Objectivo: Promover a sua auto-formação.

Actividades:

Identificou as necessidades de formação pessoal e concretizou-as;

Usufruiu de todas as oportunidades de aprendizagem;

+ Realizou pesquisa bibliográfica.

Análise Crítico-Reflexiva:

O processo de auto-formação envolve a capacidade de analisar as próprias necessidades de formação e concretizá-las, de forma a aumentar a competência e a qualidade da prática assistencial.

No decorrer deste percurso vivenciou diversas experiências que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e habilidades que, aliadas à formação contínua permitiram dar resposta às necessidades de cuidados do binómio criança/família. Ao longo do tempo, procurou actualizar e desenvolver conhecimentos efectuando pesquisa bibliográfica, com vista a melhorar o exercício profissional, contribuindo de forma singular para a qualidade dos cuidados prestados. Como referido ao longo deste relatório, a inquietação sobre a temática do conforto da criança/família conduziu a uma reflexão profunda sobre a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Reflectindo simultaneamente na importância da vinculação como estruturante do papel parental, usufruiu da oportunidade de assistir a uma sessão de massagem para bebés instruída por uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria da ULS de Matosinhos. Sendo a massagem uma componente essencial para o crescimento e desenvolvimento dos bebés e para a promoção da vinculação, a sessão constituiu uma

mais-valia, permitindo, em contexto de internamento pediátrico e neonatologia, a realização de ensinos sobre esta temática. No decorrer destas sessões é ainda aproveitada a oportunidade dos pais estarem disponíveis para se realizarem ensinos sobre diversos temas, nomeadamente amamentação, alimentação artificial, introdução de novos alimentos, prevenção de acidentes, vacinação, entre outros.

Salienta ainda a participação na formação em serviço "Urgência/Emergência" realizada no serviço de urgência pediátrica que contribui de forma singular para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área (como já referiu anteriormente).

Competências: **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica** [competência 3]; **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros** [competência 25].

Objectivo: Analisar a concepção de conforto dos enfermeiros nos diferentes contextos assistenciais, partilhando a reflexão realizada.

Actividades:

Analisou a importância atribuída à temática do conforto junto dos enfermeiros tutores e restante equipa;

'4- Partilhou com a equipa a reflexão realizada;

-4- Proporcionou experiências favorecedoras de aprendizagem e desenvolvimento;

Fez propostas de formação relacionadas com as necessidades identificadas.

Análise Crítico-Reflexiva:

Uma das inquietações manifestadas ao longo deste percurso persistiu na importância do conforto da criança/família, como forma de minimizar o impacto que a hospitalização exerce, promovendo o seu bem-estar. Como já referiu ao longo deste documento, sentiu necessidade de reflectir sobre esta temática analisando a Teoria do Conforto de Kolcaba, tendo em conta as diferentes realidades com que se deparou. Neste sentido considerou pertinente analisar a concepção de conforto para os enfermeiros nos diferentes contextos assistenciais. Os diálogos formais com

enfermeiros tutores e restante equipa revelaram-se essenciais para averiguar o conceito de conforto da díade e a importância atribuída a esta temática, podendo constatar que, de uma maneira geral, quando os enfermeiros pensam em conforto associam de imediato a ausência de dor e bem-estar físico. Considera que esta concepção generalizada de conforto prende-se com o que foi aprendido no curso de licenciatura de enfermagem pelo que é premente abordar esta temática analisando-a em todas as suas dimensões (física, psico-espiritual, ambiental e social) contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Kolcaba, 1994).

À luz da reflexão exercida procurou partilhar a sua concepção de conforto reforçando a necessidade de o encarar enquanto resultado holístico, privilegiando a ausência de dor, mas sem descurar o domínio psico-espiritual, ambiental e social.

Infelizmente, pelo período de tempo reduzido em cada contexto de estágio, não foi possível realizar uma sessão de partilha onde se pudesse discutir esta temática em grupo, pelo que deixou a sugestão. Contudo, considera que o testemunho deixado a alguns colegas possa despertar o interesse em aprofundar e investigar este mote tão premente e algo "negligenciado" na prática assistencial e que contribui, indubitavelmente, para a Excelência no Cuidar.

Competências: **Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral** [competência 2]; **Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas** [competência 6]; **Promover a formação em serviço na área da EESIP** [competência 28].

Objectivo: Colaborar no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

Actividades:

Questionou sobre o plano de formação em serviço;

- Realizou um diagnóstico de situação de forma a avaliar a pertinência de uma formação sobre "Cuidados ao coto Umbilical";

Realizou reunião com Enfermeira Chefe, no sentido de apresentar a proposta para a formação de pares sobre a temática supra-citada;

ir Elaborou/apresentou a formação ao grupo de pares no serviço de internamento pediátrico sobre esta temática;

Incorporou a evidência e rigor científicos e os padrões de documentação mais actuais;

Realizou revisão bibliográfica;

Nr. Reunião formal com a Enfermeira Chefe para apresentar a proposta de norma de serviço elaborada.

Análise Crítico-Reflexiva:

A formação em serviço é fundamental para renovar e aprofundar conhecimentos e aperfeiçoar competências com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta deve ter em conta as necessidades de formação dos enfermeiros contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Após diálogo formal com a enfermeira chefe, constatou que, neste serviço, não existe um plano de formação em vigor para o ano corrente.

Com o intuito de contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, considerou pertinente realizar uma formação ao grupo de pares, de forma a partilhar experiências favorecedoras de aprendizagem e opiniões cientificamente fundamentadas. Analisando os diferentes contextos assistenciais, ponderou que esta formação seria exequível no serviço de internamento pediátrico, tendo em conta a sua duração mais prolongada.

No decorrer do estágio foi perceptível que existia alguma controvérsia e falta de uniformização entre a equipa de enfermagem nos cuidados ao coto umbilical. Dada a inexistência de uma norma instituída, cada enfermeira realizava este procedimento e efectuava os respectivos ensinos segundo a sua prática e experiência, gerando dúvidas e angústia nos pais/prestadores de cuidados. Deste modo, juntamente com as duas colegas de estágio, considerou-se pertinente realizar uma formação para pares subordinada ao tema "Cuidados ao Coto Umbilical", visando a uniformização de cuidados e à posteriori apresentar uma proposta para norma de serviço.

Depois desta análise, e após diálogo formal com a Enfermeira Chefe para dar conhecimento da intencionalidade, elaborou-se um diagnóstico de situação com o intuito de conhecer as diferentes práticas nos cuidados e fundamentar a necessidade de realizar a formação (Anexo VIII). Após análise das questões concluiu-se que

efectivamente não havia consenso no procedimento pelo que a formação se revelou oportuna (Anexo X, slide n° 5). Planeada a formação (Anexo IX) foi fundamental proceder a uma revisão bibliográfica para apresentar o procedimento adequado à luz da evidência científica e elaborou-se slides para a sua apresentação (Anexo X). No dia programado para apresentação da formação, estiveram presentes seis enfermeiras, pelo que se tornou oportuno realizar uma segunda formação na qual participaram mais sete enfermeiras, incluindo a Enfermeira Chefe, de forma a abranger o maior número de profissionais possível.

Qualquer formação realizada carece de avaliação com o intuito de verificar a sua importância e eficácia, pelo que no final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação (Anexo XI). A análise estatística dos resultados obtidos consta em anexo (Anexo XII), contudo salienta que a análise apresentada refere-se ao total de enfermeiros presentes nas duas formações.

Posteriormente elaborou-se a proposta de norma para o serviço sobre esta temática, com o propósito de uniformizar as práticas no serviço que foi entregue à Enfermeira Chefe para análise e aprovação (Anexo XIII).

Ambiciona poder ter sido agente de mudança, em relação a esta prática contribuindo para a Excelência dos cuidados prestados.

Competências: Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP [competência 19]; Identificar as necessidades formativas na área da EESIP [competência 27].

Objectivo: Realizar acções de formação e sensibilização dirigidas à família no sentido de adoptarem comportamentos potenciadores de saúde.

Actividades:

+ Promoveu a saúde das crianças fornecendo orientações específicas aos pais fomentando estratégias adaptativas e comportamentos saudáveis;
+ Realizou ensinos individuais pertinentes;
4' Identificou necessidades de educação para a saúde;
4. Realizou reunião formal com Enfermeira Chefe, no sentido de apresentar a proposta para a sessão de educação para a saúde subordinada ao tema "Amamentação";

Ir Elaborou/apresentou a sessão a um grupo de pais no serviço de internamento pediátrico.

Análise Crítico_Reflexiva:

Ao longo de todo este percurso nos diferentes contextos, realizou ensinos individuais à criança/família no sentido de fornecer orientações e fomentar estratégias adaptativas e comportamentos potenciadores de saúde, nomeadamente sobre amamentação, alimentação artificial, alimentação diversificada, cuidados de higiene, segurança, adesão ao regime terapêutico, actuação perante a febre, etc. Foi sua pretensão efectuar educação para a saúde em grupo para pais no sentido de os dotar de informações e competências. Contudo, esta acção de sensibilização só foi exequível no contexto de internamento, dado o tempo deste módulo de estágio ser mais prolongado.

No domínio da amamentação, está particularmente desperta para as suas vantagens e problemas relacionados, pelo que procurou incluir a informação na sua prática. Tendo em conta que muitas das crianças internadas neste serviço estavam a ser amamentadas e tendo presenciado várias situações em que as mães sentiam dificuldades na amamentação, juntamente com as colegas de estágio, considerou-se pertinente realizar uma sessão de educação para a saúde sobre esta temática. No planeamento da sessão (Anexo XIV) considerou-se que esta não poderia ser muita extensa visto que os pais estariam separados dos seus filhos e houve necessidade de solicitar a colaboração da educadora de infância no sentido de que, no momento da apresentação, pudesse estar disponível junto das crianças.

Para a apresentação, elaborou-se slides com informação clara e sucinta perceptível por todos os elementos presentes (Anexo XV). Na sessão estiveram presentes sete mães, que se mostraram muito receptivas e, no final, após um período de esclarecimento de dúvidas, procedeu-se à distribuição do questionário de avaliação (Anexo XVI). A análise estatística dos resultados obtidos consta em anexo (Anexo XVII).

Este serviço dispõe de um cantinho da amamentação de que as mães podem usufruir para extraírem leite (através de bomba eléctrica) com privacidade. Pelo tempo que as mães passam nesse espaço e por estar desprovido de decoração, considerou-se oportuno a elaboração de um poster apelativo sobre "Amamentação" com informação sucinta e pertinente (Anexo XVIII) que contribuísse simultaneamente para tornar o ambiente mais acolhedor.

3.2.4- Investigação

Segundo Angerami (1993:14) *"Fazer ciência é explicar o por quê dos fatos, e esta explicação advém de uma sólida base teórica".* A construção do saber é um processo sempre inacabado. A Enfermagem caracteriza-se pelo aumento do seu corpo de conhecimentos, resultante da investigação.

Segundo a OE (2006:1) a Investigação em Enfermagem é *"um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades",* contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

Competências: Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência [competência 20]; Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP [competência 22].

Objectivo: Suportar a prática na investigação contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Actividades:

+ Incorporou na prática a evidência e rigor científicos e os padrões de documentação mais actuais;
ir Realizou pesquisa e revisão bibliográfica;
+ Identificou situações que possam ser alvo de investigação futura.

Análise Crítico-Reflexiva:

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca do conhecimento científico para promoverem a melhoria dos cuidados prestados. A prática baseada na evidência, fundamentada no conhecimento resultante da investigação, contribui para a melhoria dos cuidados em saúde e optimização dos resultados. A enfermagem baseada na evidência envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência, assente no consenso das evidências mais relevantes, respondendo às necessidades e preferências da criança/família. O enfermeiro necessita de saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas, para auxiliar a tomada de decisão.

Face ao exposto, a incorporação da evidência científica, aliada com a experiência de peritos e valores e preferências dos utentes, constituem os pilares de sustentação da prática.

No decurso deste estágio assim corno ao longo da sua vida profissional reconhece a importância de se manter actualizada. Utiliza os resultados da investigação na prática, no processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções de enfermagem, contribuindo para cuidados de excelência. Durante este percurso nos diferentes contextos assistenciais, não decorreu nenhum projecto de investigação no qual pudesse participar. Contudo, como já referiu anteriormente, apresentou uma formação para pares suportada na investigação e aplicação de conhecimentos científicos, com base na revisão bibliográfica.

Tendo como inquietação a importância do conforto na assistência à criança/família e por ter constatado, após pesquisa bibliográfica, que são poucos os estudos realizados no âmbito da pediatria, considera pertinente e premente aprofundar e investigar esta temática, com vista à mudança de comportamentos e práticas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como já referiu anteriormente seria também oportuno realizar um estudo com o intuito de conhecer a percepção que os enfermeiros têm de conforto enquanto prestadores de cuidados de saúde e a importância que lhe atribuem.

No final deste percurso em diferentes contextos assistenciais fica a esperança de ter sido promotora de curiosidade sobre a temática do conforto no cuidar.

4- CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório corresponde ao culminar de um período de aprendizagem, repleto de experiências pessoais e profissionais, que constituiu um enorme desafio. O estágio desenvolvido, em contexto hospitalar, revelou-se extremamente profícuo e valioso pela possibilidade de percepcionar novas realidades diferentes da sua prática profissional.

Uma especial mais-valia deste percurso foi reconhecer que a eficácia de execução requer a habilidade de saber utilizar e conciliar o saber teórico com a experiência, na resolução de problemas, na comunicação, na competência, na criatividade e motivação.

A concepção da Enfermagem preconiza a perspectiva holística do ser humano. A prática baseada no modelo biomédico tem vindo a ser substituída pela prática de enfermagem avançada baseada na aplicação dos conhecimentos que emergiram das teorias de enfermagem com ênfase nas respostas humanas. Nos diferentes contextos assistenciais procurou exercer a sua prática cuidativa numa perspectiva centrada na criança/família tendo reflectido e aplicado o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Observando a realidade com que se deparou e tendo como inquietação o conforto do binómio criança/família, analisou a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba contemplando-a na sua actuação perante a díade.

Com este documento intentou demonstrar o percurso efectuado de forma sucinta e clara, patenteando as actividades desenvolvidas, as intervenções implementadas e as reflexões realizadas. Ao longo deste percurso reflectiu sistematicamente sobre o que fez, o modo como fez, porque fez e o que poderia ter feito. De facto, procurou não só alcançar os objectivos inicialmente delineados, estabelecendo estratégias julgadas oportunas, como também compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados.

Em todas as situações procurou usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem, mobilizou os conhecimentos adquiridos, aprofundou outros efectuando pesquisa bibliográfica e aperfeiçoou a prática de alguns procedimentos técnicos.

A procura da Excelência no exercício da profissão foi sempre uma preocupação pelo que teve o cuidado de realizar um planeamento prévio das intervenções, implementando-as de acordo com as situações com que se deparou e avaliando

persistentemente o impacto das suas acções junto da criança/família e da dinâmica do serviço.

A dedicação, competência e humanização no agir são, sem dúvida, o fio condutor da sua actuação. Ao longo deste percurso, desenvolveu competências comunicacionais e relacionais com crianças/famílias estabelecendo uma relação terapêutica pautada pela empatia, apoio e disponibilidade para ouvir e estar presente. Este aspecto constituiu um desafio permanente visto ser fundamental no processo de cuidar, contribuindo deste modo para a emergência de sentimentos de segurança, confiança e autonomia. A família exerce um papel basilar no desenvolvimento e suporte afectivo da criança pelo que, em toda a sua actuação, reconheceu os pais como principais prestadores de cuidados, provendo orientações e apoio no desempenho do seu papel.

Nos diferentes contextos de estágio procurou analisar o impacto da hospitalização na criança/família, promovendo estratégias para minimizar os seus efeitos negativos e maximizar os positivos. A prevenção e controlo da dor nas crianças, através das medidas farmacológicas e sobretudo das medidas não farmacológicas, foram uma preocupação que manifestou nos diferentes contextos assistenciais, tendo em vista a promoção do conforto.

Todos estes aspectos supra-citados orientaram a sua postura ao longo do estágio que, juntamente com a consciencialização das exigências inerentes ao desempenho profissional de qualidade, contribuíram para o alcançar dos objectivos propostos e, concludentemente, para o desenvolvimento e aquisição de novas competências e maturação de outras adquiridas.

Não pode deixar de realçar que, para o êxito desta etapa, foi fundamental o apoio e colaboração de toda a Equipa de Enfermagem em todos os contextos assistenciais, mostrando-se disponíveis aquando das suas dúvidas e solicitações.

Na elaboração deste relatório procurou relatar acontecimentos e oportunidades vivenciadas e as elações que delas tirou, procedendo a uma avaliação concisa e a uma reflexão crítica e consciente de todo o trabalho desenvolvido.

Considera que nem sempre é possível transmitir o conteúdo e riqueza das experiências vivenciadas; no entanto, intentou descrevê-las o mais concretamente possível, referenciando o seu contributo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

5- BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson — *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais.* Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-96-2.

ABREU, Wilson — *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade.* Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-88442002. N.° 45 (Novembro, 2002), p. 53-57.

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

ANGERAMI, E. L. S. — *O mister da investigação do enfermeiro.* Revista Latino-Americana de enfermagem [Em linha]. Vol.1. n.° 1 (Janeiro, 1993), p. 11-22. [consultado a 21/02/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1nla03.pdf

APÓSTOLO, João Luís — *O Conforto nas teorias de Enfermagem — análise do conceito e significados teóricos.* Revista Referência [Em linha]. II série, n.° 9 (Março, 2009), p. 61-67. [consultado a 21/02/2011]. Disponível em: http://www.index-f.com/referencia/2009/r9-6167.php, ISSN: 0874.0283.

BATALHA, L.; SANTOS, A. L.; GUIMARÃES, H. — *Dor em Cuidados Intensivos Neonatais.* Revista Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN: 0873-9781/07/38-4/144. Vol. 38, n.° 4 (2007), p. 144-151.

BATALHA, Luís [et al] - *Avaliação da Dor e Desconforto no Recém-Nascido.* Revista Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. Vol. 34, n.° 3 (2003), p. 159-163.

BATALHA, Luís - *As dificuldades na quantificação exacta da dor.* Revista Servir. Lisboa. ISSN: 0871/2370. Vol. 53, n.° 4 (2005), p. 166-174.

BENNER, Patrícia — *De iniciado a perito.* Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972853597.

CASEY, Anne — *Partnership nursing: influences on involvement of informal cares.* Journal of Advanced Nursing. Vol. 22, n.° 6 (1995), p. 1058-1062.

CASEY, Anne — *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care.* In: GLASPER, E.; TUCKER, A. - *Advances in Child Health Nursing.* London: Scutari Press (1993), p. 181-192.

CASEY, Anne; MOBBS, Sarah — *Partnership in Pratice.* Nursing Times. N.° 84 (1988), p. 67-68.

CASTRO, Cidália [et al] — *Saber Escutar para Saber Cuidar.* Revista Nursing. Lisboa. N.° 162 (Janeiro, 2002), ano 14, p. 20-23.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP.* Versão Beta. Lisboa, 2000.ISBN: 972-98149-1-0.

DIOGO, P — *Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento.* Revista Pensar Enfermagem. Lisboa. Vol. 4 (2000), p. 12-24.

FERNANDES, Maribel Santos; RAMOS, Filomena — *Reflexão sobre "Parceria" nos Cuidados em Pediatria.* Encontro. Lisboa. N.° 1 (2000).

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria Graça — *Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebés Pré-termo.* RE Millenium [Em linha]. N.° 30 (2004), p. 51-58. [Consultado a 16/01/2011]. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/442, ISSN: 1647-662X.

FERRO, Fabricya & AMORIM, Vera — *As emoções emergentes na hospitalização infantil.* Revista Científica de Psicologia [Em linha]. N.° 1 (2007). [Consultado a 30/04/2011]. Disponível em: http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm ISSN: 1981-7371.

FREITAS, José; FREITAS, Susana — *A Hospitalização da Criança... O impacto na Família.* Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.° 60 (2005), p. 4-7.

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

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* (7" ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN: 978-85-352-1918-0.

JANUÁRIO, Raquel - *A Dor no Recém-Nascido.* Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.° 37 (Julho, 2001), p. 11-13.

JAVORSKI, Marly [et al] — *As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru.* Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 12, n.° 6 (2004), p. 890-898. [Consultado a 26/01/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a07.pdf

JORGE, Ana Maria - *Família E Hospitalização Da Criança: (RE) Pensar O Cuidar Em Enfermagem*. Loures: Editora Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-79-4.

KOLCABA, Katharine - *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing. N.° 19 (1994), p. 1178-1184.

LAMY, Zeni Carvalho [et al] — *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: proposta brasileira.* Revista Ciência & Saúde Colectiva [Em linha]. Vol. 10, n.° 3 (2005), p. 659-668. [Consultado a 10/01/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf.

LEONE, C.; TRONCHIN, D. - *Assistência Integrada ao Recém-Nascido.* São Paulo: Editora Atheneu, 1996. ISBN: 9765013760.

LINHARES, M. B. M.; DOCA, F. N. P. — *Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas.* Temas em Psicologia [Em linha]. Vol. 18, n.° 2 (2010), p. 307-325. [Consultado a 22/02/2011]. Disponível em: http://www.sbponline.org.br/revista2/vol 1 8n2/PDF/v18n2a05.pdf. ISSN: 1413-389X

LEONOR, Santos - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.* (la ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006 (Março). ISBN: 972-8003-23-4.

LOPES, A. [et al] - *Reflectindo sobre o Projecto Profissional e o Plano de Acção.* Revista Nursing. Lisboa. ISSN: 0871- 6196. N.° 131 (1999), p. 27-29.

MADUREIRA, Isaura [et al] — *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais — Análise do Subdomínio "Prática Segundo o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner.* Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-0844. N.° 71 (Março, 2007), p. 27-30.

MELEIS, Afaf; SCHUMACHER, Karen; JONES, Patricia — *Helping elderly persons in transition: a Framework for research and pratice.* School of Nursing Departmental Papers [Em linha]. 1999, p. 1-26. [Consultado a 21/01/2011]. Disponível em: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs.

MEZOMO, João Catarin — *Gestão da Qualidade Na Saúde: Princípios Básicos.* Tamboré: Manole, 2001. ISBN: 85-204-1263-7.

MUSSI, Fernanda Carneiro — *Conforto: Revisão de literatura.* Revista Esc. Enf. USP [Em linha]. Vol. 30, n.° 2 (1996), p. 254-266. [Consultado a 20/01/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a06.pdf.

OLIVEIRA, Célia Simão; LOPES, Manuel José — *Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto.* Revista Pensar Enfermagem [Em linha]. Vol. 14, n.° 1 (2010),

p.67-74. [Consultado a 19/01/2011]. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?accao=showeditorial&id revista=9.

OPPERMAN, C; CASSANDRA, K — *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 978-972-8383-19-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Investigação em Enfermagem — tomada de posição.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 26 de Abril de 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS — Divulgar: *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiro, 2004 (Maio).

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Dor — Guia Orientador de Boa Prática.* Cadernos OE [Em linha]. Série 1, n.° 1 (2008), p. 9. [Consultado a 2/01/2011]. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes /Documents/caderno soe-dor.pdf. ISBN: 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato — 1999/2003).* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código Deontológico do Enfermeiro.* Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.° 111/2009 de 16 de Setembro. [Consultado a 20/01/2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao0E/CodigoDeontologico.pdf

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth; OLDS, Sally - *O Mundo da Criança.* (8' ed.). Lisboa: Mc Graw-Hill, 2001. ISBN: 9789727730698.

PETRONILHO, F. A. S. — *Preparação do regresso a casa, Evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro de família prestador de cuidados entre o momento da alta e um mês após no domicilio.* Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque - *As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e Desenvolver.* In: Fórum de Enfermagem [Em linha]. 2007. [Consultado a 21/01/2011]. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM - Decreto-Lei n.° 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.° 104/98, de 21 de Abril.

RILEY, Júlia Balzer — *Comunicação em Enfermagem. (4a* ed.). Loures: Lusociências, 2000. ISBN: 9789728383817.

SERRANO, Cláudia; PIRES, Pedro - *A Intervenção do Enfermeiro na Dor.* Revista Nursing. Lisboa. N.° 148 (Outubro, 2000).

SILVA, Abel Paiva — *"Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina.* Revista Servir. Lisboa. Vol. 55, n.° 1 e 2 (2007), p. 11-20.

SILVA, Maria Adelane [et al] — *Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados.* Revista Referência. Coimbra. II série, n.° 11 (Dezembro, 2009), p. 37-46.

SMERTZER, Sugue; BARE, Brenda — *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. (10"* ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. ISBN: 8527710579.

SOUSA, S. M. S. — *Educação, formação e Enfermagem.* Revista de Enfermagem Oncológica. Porto. N.° 4 (Julho, 2000), p. 25-38.

TAMEZ, Raquel Nascimento — *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco.* Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2009. ISBN: 9788527715416.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. — *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).* (5ª ed.). Lisboa: Editora Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-74-9.

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

VALIDO, A. M. [et al] — *Consensos Nacionais em Neonatologia.* Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004.

VIANA, Victor [et al] — *Apoio Psicológico às Mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João - Porto.* Arq Med [online]. Vol. 19, n.° 3 (Maio, 2005), p. 91-96. [Consultado a 26/01/2011]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n3/v19n3a01.pdf, ISSN: 0871-3413.

VIEIRA, Margarida — *Ser Enfermeiro — Da Compaixão à Proficiência. (2"* ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISNN: 978-972-54-0195-8.

ANEXOS

Anexo

(Cronograma de estágio do Serviço de Pediatria)

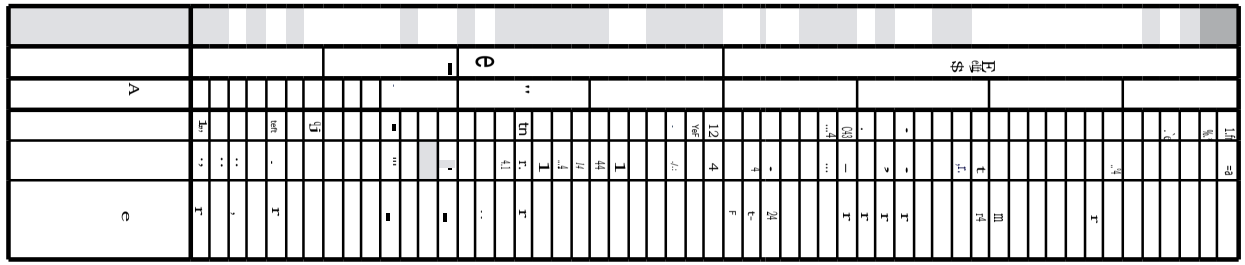
P: .4

2 0 **MA DE ESTÁGIO**

Ano Lectivo 2010/2011

de Pós-Licenciatura de Especiali o **fermagem de Saúde Infantil**

Local de Estágio Serviço de Pediatria**B**Hospi No:



Turno manhã: 8h30 - 15h30
Turno tarde: 15h - 22h30

Total de Horas

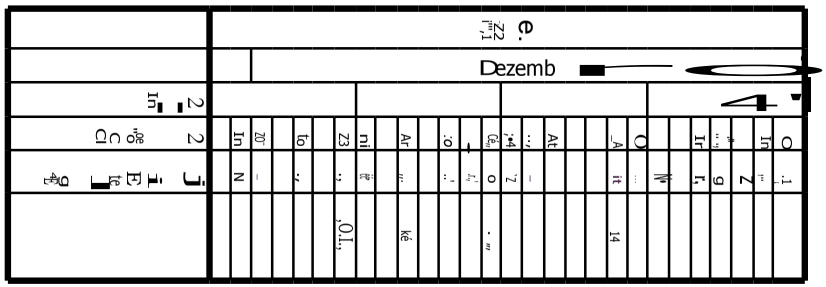
Anexo II

(Cronograma de estágio do Serviço de Neonatologia)

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO
Ano Lectivo 2009/2010

3° Curso de Pós-Licenciatura de **agem de Saúd** **ntit e Pediatria**



a) das 9h ás 12h30

M/T - das 8h ás 20h30
N - das 20h ás 8h30

Total de Hora

Anexo III

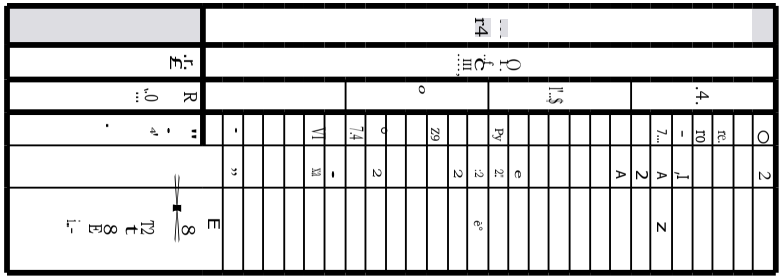
(Cronograma de estágio do Serviço de Urgência Pediátrica)

CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO
Ano Lectivo 2010/2011

3° Curso de Pós-Liceu **agem de Saúde Infantil e Pe**

Local de Estágio: Serviço de Urgência Hospi **ção**



M- das 8h às 15h30
T- das 15h às 22h30
N- das 22h às 08h30

Total de Horas

Porto, Abril de 2010

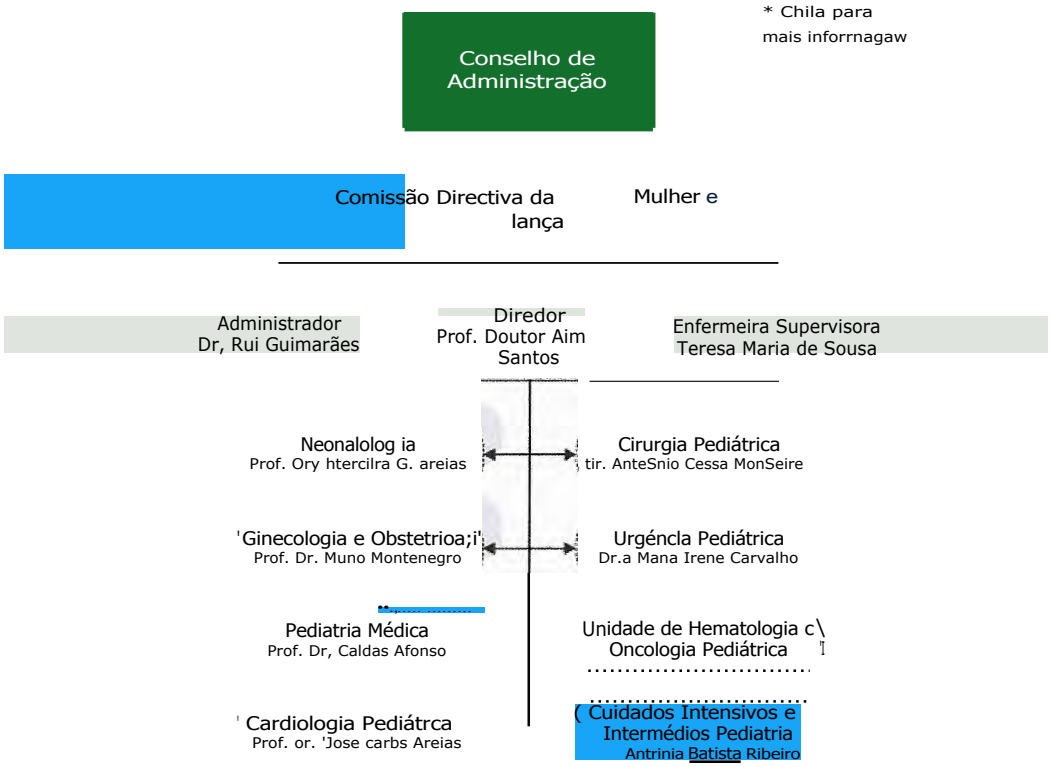
Anexo IV

(Caracterização dos serviços de Internamento, Neonatologia e Urgência Pediátrica)

Caracterização do serviço de pediatria médica do Hospital S. João



O Hospital de São João é um hospital Universitário que, em Dezembro de 2005, passou a Entidade Pública Empresarial (EPE). Como hospital central presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes e actua como centro de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo. Todos os serviços deste hospital estão agrupados em Unidades Autónomas de Gestão (UAG) estando o serviço de pediatria médica inserido na UAG da Mulher e da Criança.



O serviço de pediatria deste hospital já é antigo pelo que necessita urgentemente de remodelação. "Um lugar para o Joãozinho" assume-se como um projecto de elevada responsabilidade e solidariedade social, no sentido de angariar fundos que permitam a construção do novo Hospital Pediátrico do Hospital de São João, que já se encontra em planta.

A pediatria médica localiza-se no 2° piso e engloba os serviços de pediatria A e B e Hemato-oncologia. No serviço de pediatria B (local onde decorreu o estágio) é permitida a permanência de um acompanhante por criança durante 24h, o outro acompanhante pode permanecer no serviço das 8h às 22h. O horário das visitas preconizado é das 16h às 18h, apenas uma pessoa de cada vez num total de 4 pessoas por dia. Durante a hospitalização da criança, as refeições são gratuitas para apenas um único acompanhante e são realizadas no refeitório situado no 2° piso.

O serviço está dotado de normas de segurança através da utilização de pulseira electrónica com sensor que alarma se a criança passar pela porta de entrada do serviço.

ESTRUTURA FÍSICA:

O serviço de pediatria B é constituído por:

- 7 Enfermarias
- g 1 Quarto para isolamento
- g Gabinete da Enfa Chefe Manuela Amorim
  Gabinete do Director de serviço Prof. Dr. Caldas Afonso
- wl Diversos gabinetes médicos
- g Sala de trabalho de enfermagem
- .g Sala de tratamentos
- g Sala da desinfecção
- a Armazém avançado de material
- g Copa de leites
- g Copa para funcionários
- g Biblioteca
- g Gabinete da UAG da mulher e da criança
- rdi WC para funcionários

Neste serviço são admitidas crianças dos zero aos dois anos de idade. A lotação do serviço é de 30 camas que se encontram distribuídas por 7 enfermarias e um quarto reservado para isolamento. Urna enfermaria está destinada para bebés que necessitam de realizar fototerapia pelo que possui berços com bilibed e uma incubadora para fototerapia intensiva. Todas as enfermarias possuem uma banheira comum para todas as crianças e cada unidade está equipada com berço/cama de grades, um cadeirão para quem permanece com a criança durante a noite, urna cadeira e um carro de apoio com uma caixa para a roupa suja da criança.

Como não existe espaço físico suficiente entre cada unidade, os pais dispõem de cacifos localizados à entrada do serviço para guardarem os seus bens. A casa de banho para pais e visitas está localizada no exterior do serviço de pediatria, junto do elevador.

É de salientar que no serviço não existe um espaço lúdico para as crianças, contudo, no serviço de pediatria A existe uma sala de brinquedos da qual as crianças internadas na pediatria B também podem disfrutar.

O serviço conta ainda com um cantinho de amamentação onde as mães podem extrair leite através de uma bomba eléctrica, solicitando o respectivo material para a extracção a uma auxiliar de acção médica.

RECURSOS HUMANOS:

A direcção do serviço está a cargo do Professor Doutor Caldas Afonso e a chefia de enfermagem a cargo da Enfermeira Manuela Amorim.

O serviço é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar, desde a equipa de enfermagem, equipa médica, auxiliares de acção médica, psicólogo, assistentes sociais, educadoras de infância e administrativos.

Relativamente à dinâmica organizacional, o horário de trabalho da equipa de enfermagem encontra-se estruturado da seguinte forma:

i - Turno da manhã — 8h-15h30
Turno da tarde — 15h-22h30
E..±! Turno da noite — 22h-8h30

A equipa de enfermagem é constituída pela Enf.a Chefe, uma Enf.a Especialista em Saúde Infantil e Pediatria com horário fixo de manhã que se exerce apenas funções de gestão, Enf.' com a Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria e Enf.' generalistas. Esta equipa é muito coesa e dinâmica, neste serviço está preconizado o método de trabalho individual, mas em diversos procedimentos técnicos existe colaboração por parte de outro elemento.

RECURSOS MATERIAIS:

Os recursos materiais são essenciais ao bom funcionamento do serviço e como tal devem ser preservados. Em relação à gestão de stocks e materiais, o sistema adoptado é o de reposição, cujos pedidos são realizados pela Enf.a Especialista com funções de gestão.

Existe uma diversidade de materiais e equipamentos pelo que não os mencionará. Apenas de referir que a quantidade de equipamentos e materiais nem sempre é suficiente para as necessidades reais.

FONTE:
www.hsjoao.min-saude.pt

Caracterização do serviço de Neonatologia do CHP — Unidade Maternidade Júlio Dinis



Breve História:

A edificação da Maternidade Júlio Dinis teve início no ano de 1928 tendo sido terminada apenas em 1937 por falta de verbas. A sua inauguração ocorreu em Setembro de 1939. Com a sua construção pretendeu-se satisfazer não só as necessidades de ensino da Obstetrícia e da Ginecologia, mas atender às crescentes reclamações de assistência social, em prol da mulher grávida e dos recém-nascidos, cuja mortalidade atingia proporções incrivelmente elevadas, mormente na capital do norte.

A Maternidade Júlio Dinis é um Hospital Central Especializado, incluso na rede nacional de hospitais do Serviço Nacional de Saúde, que presta assistência nas áreas da Saúde da Mulher e da Criança, atendendo a situações do foro da obstetrícia, ginecologia e neonatologia. O projecto "Nascer Cidadão" está instituído nesta instituição desde 2000, o qual oferece a possibilidade aos pais de procederem ao registo civil obrigatório dos recém-nascidos. Desde 1 de Outubro de 2007 que a maternidade integrou o novo Centro Hospitalar do Porto passando a ser designada como CHP — Unidade Maternidade Júlio Dinis. Em 2009 foi certificada pela OMS e UNICEF como a primeira Unidade do Norte e o quarto Hospital de Portugal "Amigo dos Bebés", uma iniciativa que premeia o incentivo do aleitamento materno. Esta certificação obedece a critérios estabelecidos mas na prática nem todos os critérios se aplicam nesta unidade, dada a sua especificidade. Um deles refere-se à permanência das mães 24h com os RNs que não é aplicável visto ser permitida a presença das mães até às 21h. O outro refere-se à não utilização de tetinas ou chupetas nas crianças amamentadas ao seio materno, facto que é

incomportável até porque, como revela a literatura, a sucção não nutritiva constitui uma das medidas não farmacológicas utilizadas no tratamento da dor e nos RNs com CPAP nasal o seu uso evita as fugas de ar pela boca.

O CHP — Unidade Maternidade Júlio Dinis disponibiliza para as mães que residem a mais de 30 km de distância, alojamento gratuito num edifício recuperado nas imediações que pertencente à Instituição designado por "Casa das Mães". Esta tem uma lotação para 8 mães. Trata-se de uma casa completa, composta por uma cozinha, casa de banho, sala e quarto, sendo que as refeições são gratuitas e efectuadas no refeitório da Maternidade Júlio Dinis.

Serviço de Neonatologia:

O Serviço de Neonatologia tem a mesma idade que a Maternidade Júlio Dinis e está situado no rés-do-chão do edifício principal, possuindo duas porta de entrada, uma com acesso à entrada principal e outra com acesso à porta de urgência e elevadores. Trata-se de uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, com acesso restrito a profissionais de saúde, pais e familiares (avós e irmãos) dos bebés internados. No serviço é permitida a permanência dos pais das 9h às 21h. Em relação às visitas de familiares (avós e irmãos do recém-nascido) é necessária combinação prévia com a Enf.a Chefe ou Responsável do serviço. A visita é realizada no horário das 14h às 20h, apenas entra uma pessoa de cada vez acompanhada pela mãe ou pai do recém-nascido não ultrapassando os 5 minutos de presença. O serviço está dotado de normas de segurança através da utilização de pulseira electrónica com sensor que alarma se o recém-nascido passar pela porta de entrada do serviço.

Este serviço dispõe do Sistema BabyCare pelo que, apenas na UCEN, as incubadoras e berços estão equipadas com uma pequena câmara de vídeo que permite aos pais (através de um código de acesso fornecido pela Enf.a Chefe) a visualização em tempo real dos seus filhos por acesso informático. Salienta-se o facto de este serviço não estar disponível 24h/dia mas apenas nos seguintes horários: 1h-3h, 7h-9h e 17h-20h.

O serviço acolhe todos os recém-nascidos até 28 dias, excluindo os portadores de patologia cardíaca e cirúrgica que são encaminhados para os Hospitais de S. João, Santo António e Maria Pia. Os RN internados são provenientes da instituição (Bloco

Operatório, Núcleo de Partos ou da Enfermaria), bem como de outras instituições hospitalares (públicas ou privadas), via INEM ou do domicílio. A Unidade dá apoio ao INEM, às 3aFeiras.

O Serviço de Neonatologia cuida essencialmente de recém-nascidos prematuros, sendo as patologias mais frequentes as seguintes:

Prematuridade;
RCIU;
Doença da Membrana Hialina (DMH);
Síndrome Dificuldade Respiratória (SDR);
Infecção;
Displasia Bronco - Pulmonar;
Pneumonia;
Retinopatia da Prematuridade;
Asfixia;
Enterocolite Necrosante (NEC);
Hemorragia Intra - Ventricular;
Taquipneia Transitória;
Hipoglicemia;
Hiperbilirrubinémia;
Síndromes de abstinência;
Aspiração de mecónio;
Malformações.

ESTRUTURA FÍSICA:

O serviço de neonatologia é constituído por um corredor de entrada onde se localiza:

/ Secretária de Unidade
Gabinete do Director do Serviço
Gabinete da Enf.' Chefe
/ Unidade de Cuidados Intensivos
> Unidade de Cuidados Intermédios
• Copa de leites

> Sala de ecografias
> Sala de sujos
> Sala de esterilização
> WC dos profissionais.

O acesso à Unidade é realizado através da passagem de uma porta, que por questões de segurança e controlo de infecção tem acesso restrito aos profissionais de saúde e aos pais/familiares devendo que estes apresentarem-se devidamente fardados ou providos com material de protecção individual (bata e caso se justifique, o uso de máscara) e proceder respectiva à higienização das mãos. Estas medidas constam do acto de acolhimento do RN/Família e são enfatizadas continuamente no decurso do seu período de internamento, as quais estão patentes em diversos cartazes informativos/divulgativos estrategicamente dispostos à entrada da unidade.

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

À esquerda, verifica-se a entrada para um hall, onde se encontram diversos cacifos onde os pais podem deixar os seus bens e um lavatório para procederem à higienização das mãos e que dá acesso à Unidade de Cuidados Intensivos;
Em frente, existe outro corredor que dá acesso a uma área com dois armários de stock de material e equipamento, uma Sala de Pausa, um Cantinho da Amamentação que possui 3 bombas extractoras de leite (que faculta às mães a possibilidade de extraírem o leite com mais tranquilidade e privacidade) e a Unidade de Cuidados Intermédios que é composta por quatro salas de internamento.

O serviço de neonatologia foi remodelado em 2007 pelo que conta actualmente com uma lotação de 30 recém-nascidos. A UCIN tem capacidade para 11 incubadoras. Cada unidade está devidamente equipada com a incubadora, monitor multi-parâmetros, ventiladores, cadeira ou cadeirão, fonte de iluminação, ... A UCEN é constituída por 4 salas (A, B, C e D) com capacidade para 5, 2, 6 e 6 incubadoras/berços respectivamente. Cada unidade possui cadeira ou cadeirão, monitor, fonte de iluminação, entre outro equipamento.

Tanto na UCIN como na UCEN, cada unidade dispõem de gavetas embutidas na incubadora/berço onde é colocado o material necessário para os cuidados ao recém-nascido como compressas, fraldas, termómetros, lençóis, ..., e de desinfectante alcoólico para as mãos.

RECURSOS HUMANOS:

A direcção do serviço está a cargo do Doutor José Pombeiro e a chefia de enfermagem a cargo da Enfermeira Luisa Matos.

O serviço é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar, desde a equipa de enfermagem, equipa médica, auxiliares de acção médica, psicólogo, assistentes sociais, e secretária da unidade.

o Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída por 54 elementos, com predomínio do sexo feminino, distribuídos da seguinte forma:

> Enfermeira Chefe: 1
> Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria: 11
> Enfermeiras Graduadas: 22
Enfermeiras Generalistas: 20

Relativamente à dinâmica organizacional, o horário de trabalho da equipa de enfermagem encontra-se estruturado da seguinte forma, cumprindo as 35 horas semanais:

Manhã/Tarde — 8h-20h30
rã! Noite — 20h-8h30
Descanso
Folga

Cada turno tem uma enfermeira responsável que é, quase sempre, uma enfermeira especialista que para além da prestação de cuidados fica encarregue de verificar a falta de material, os carros de urgência e o correcto funcionamento das incubadoras de transporte. A enfermeira especialista fica também responsável por se deslocar ao núcleo de partos ou ao bloco operatório sempre que um recém-nascido necessite de ser internado na UCIN ou UCEN. Esta equipa é muito coesa e dinâmica, neste serviço está preconizado o método de trabalho individual, contudo em diversos procedimentos técnicos existe colaboração por parte de outro elemento. O espírito de interajuda e colaboração está patente entre todos os elementos da equipa.

G Equipa Médica

A equipa médica é constituída por diversos pediatras da Instituição mas conta também com o apoio de diversos especialistas de outras instituições nomeadamente do Hospital St° António e Maria Pia, o que evita a deslocação dos recém-nascidos.

© Auxiliares de Acção Médica

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

RECURSOS MATERIAIS:

Os recursos materiais são essenciais ao bom funcionamento do serviço e como tal devem ser preservados. Durante o meu estágio pude constatar uma filosofia de rentabilização dos recursos materiais existentes. Em relação à gestão de stocks e materiais, o sistema adoptado é o de reposição, cujos pedidos são realizados pela Enf.a Especialista com horário fixo de manhã.

Existe uma diversidade de materiais e equipamentos: incubadoras, ventiladores, monitores de TA, FC, FR, Sat. 02, bombas perfusoras, aparelhos de fototerapia, carros de urgência... e saliento o facto de existirem 2 incubadoras de transporte (uma para

transporte a nível institucional - bloco de partos e bloco operatório e outra para transporte inter-institucional).

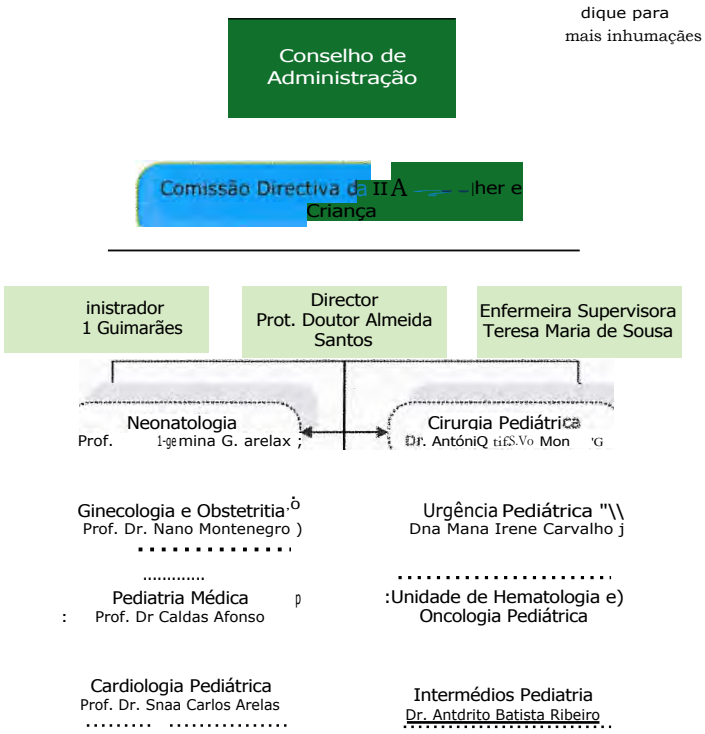
FONTES:

www.mjd.min-saude.pt

www.chporto.pt



O Hospital de São João é um hospital Universitário que, em Dezembro de 2005, passou a Entidade Pública Empresarial (EPE). Como hospital central presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes e actua como centro de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo. Todos os serviços deste hospital estão agrupados em Unidades Autónomas de Gestão (UAG) estando o serviço de urgência pediátrica inserido na UAG da Mulher e da Criança.



A Urgência Pediátrica do Porto (UPP) está integrada na rede da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP). A UPIP teve início em Outubro de 2006 e destina-se a crianças e adolescentes de idade inferior a 18 anos, inscritos nos Centros de Saúde dos Concelhos do Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos e Valongo. Esta rede assenta na articulação entre profissionais, através do suporte electrónico, fax e telefones fixos e móveis, fomentando o trabalho em equipa.

O serviço de urgência está localizado no 1° piso e embora seja diferenciado do serviço de adultos em algumas especialidades os serviços são comuns como é o caso da estomatologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Este serviço conta com o apoio da radiologia, farmácia, bloco operatório, esterilização, laboratório e rouparia. Para além destas estruturas de apoio estabelece linhas de comunicação com a Polícia, Serviços Sociais, Serviços de Saúde Comunitários, Serviço de Ambulâncias, INEM, Instituto de Medicina Legal e Tribunal de Família e Menores.

ESTRUTURA FÍSICA:

Este novo serviço de urgência pediátrica está organizado pelas seguintes áreas separadas por portas:

- Área de admissão e recepção onde se encontram os administrativos e se localiza a sala de espera, onde as crianças e acompanhantes aguardam até efectuarem a ficha de inscrição;
- Área de emergência — onde se faz a recepção, avaliação e estabilização inicial das crianças/adolescentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato;
- O Área de triagem- sala onde a criança/adolescente é orientada no atendimento segundo a gravidade da sua situação, esta é realizada pelo enfermeiro especialista com recurso ao sistema informático implementado atribuindo um nível de gravidade (I, II, III, IV, V) tendo por base 3 etapas: o triângulo de avaliação pediátrica, a queixa principal e as constantes fisiológicas;

O Área de internamento de curta duração (OBS) com capacidade para 10 camas onde permanecem as crianças que necessitam de vigilância e/ou tratamento com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta, está equipada com aparelhos de monitorização de parâmetros vitais, sendo permitida a permanência de um acompanhante durante todo o internamento.

Para além destas áreas funcionais existem ainda:

Gr Posto da polícia;

G 2 Salas de espera onde aguardam as crianças após a triagem (uma para adolescentes e outras para crianças que possui um cantinho de amamentação e fraldário;

- Gabinetes de observação médica - onde a criança é observada pelo médico que a orientará para o tratamento adequado ou para a realização de exames complementares de diagnóstico;
- Sala de pequena cirurgia;
- Área de trabalho de enfermagem onde se encontra toda a medicação e material para os procedimentos técnicos;

G Sala polivalente destinada ao pessoal;

O Gabinete do Enf.° Chefe;

O Gabinete do Chefe de Equipa;

Ci Gabinete da Directora do serviço;

- 1 Sala de espera onde permanecem as crianças após observação médica que aguardam resultados de análises ou exames ou que necessitem de realizar aerossolterapia e que possui também um cantinho de amamentação;
- WC dos funcionários;

G Sala de desinfecção.

O serviço de urgência desfruta de uma decoração única recriando o imaginário infantil através de desenhos e retratos coloridos de paisagens, castelos, bonecos e frases de grandes autores como Fernando Pessoa estampados nas paredes. Este projecto de

decoração ficou a cargo de um grupo de pais da Escola Básica Externato Sol Nascente que recriaram espaços e temas nos corredores e nas salas desta urgência.

RECURSOS HUMANOS:

A direcção do serviço está a cargo da Dr.a Maria Irene Carvalho e a chefia de enfermagem a cargo do Enfermeiro Francisco Mendes. O serviço é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar desde a equipa de enfermagem, equipa médica, auxiliares de acção médica e administrativos.

A equipa de enfermagem é constituída por 42 elementos distribuídos por 6 equipas que cumprem 40 horas de trabalho semanais em horário de roulemant distribuído por 3 turnos:

Turno da manhã — 8h-15h30
Turno da tarde — 15h-22h30
Turno da noite — 22h-8h30

Esta equipa é muito jovem (quer em idade cronológica bem como em tempo de exercício profissional) e dinâmica e o espírito de interajuda e colaboração está patente entre todos os elementos da equipa. Os enfermeiros estão organizados em equipas de sete elementos ficando distribuídos pelos diversos sectores da urgência:

- 1 Enfermeiro especialista que fica como chefe de equipa;
- 2 Enfermeiros na triagem;
- 1 Enfermeiro na sala de cirurgia;
- 2 Enfermeiros na sala de OBS;
- 1 Enfermeiro de apoio aos gabinetes que conta com a ajuda de um dos enfermeiros que está na triagem.

O chefe de cada equipa é um enfermeiro especialista que desempenha as funções de orientação, supervisão e prestação de cuidados de enfermagem especializados e de maior complexidade dando apoio a todos os elementos da equipa. Na distribuição dos

elementos de enfermagem pelos diversos sectores da urgência não é contemplada a sala de emergência, até porque esta é utilizada pontualmente, mas sempre que é necessário são destacados 3 enfermeiros (o chefe de equipa e os 2 elementos com mais experiência). O plano de trabalho é elaborado pelo Enf.° Chefe e na sua ausência pela Enf.' Especialista com horário fixo de manhã com funções de gestão que fica sempre como responsável de turno.

RECURSOS MATERIAIS:

Em relação à gestão de stocks e materiais, o sistema adoptado é o de reposição realizado pelas auxiliares, cujos pedidos são realizados pela Enf.' especialista com horário fixo de manhã.

Existe uma diversidade de materiais e equipamentos nomeadamente: monitores de TA, FC, FR, Sat. 02, máquinas perfusoras, várias fontes de 02, vácuo e ar, macas com plano duro e colchão amovível, planos duros, colares cervicais, ventiladores portáteis, mala de transporte, medicação diversa, entre outros. De salientar que todo o material e equipamento existente na sala de emergência é testado e contabilizado diariamente utilizando uma folha de inventário.

FONTE:
www.hsjoao.min-saude.pt

Anexo V

(Desdobrável "Acolhimento aos Pais")

~.~ R i a ~.w.~



Acasa de banho para os acompanhantes

rviço de Pediatria **junto à portaria.**

Nomomento da , São-lhe entr

rios documentos:

- **comprovativo** **acompanhante da** criança durante o internamento
- **comprovativo de alta** fazendo referência à eventualidade **de dúvida ou situação** preocupante **contactar o serviço, de** preferência até um período de 48horas **após a alta**

Retirar a **electrónica** **identificação do bebé ou da** criança coloc

Hospital de S.João, ooo

Pediatria Mé

da Professor Hernãni Monteiro

4200-319 Porto

Director de Serviço: Professor Doutor Caldas Afonso

Enfermeira•C ele: Enfermeira Manuela Am

Elaborado por:

la Moutinho, Graç Carvalho, Lúcia

Curso Pós-Licenciatura!

Especialização Saúde Inf

CATÓLIC

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instituto de Ciências da S

Unidade Autónoma de Gestão

Mulhere da Criança

himento aos pais





No momento de admissão são entregues 2 documentos ou principal responsável criança: **Comprovativos de acompanhante das crianças.**

√ É **permitida a perm** **m** **acompanhante por criança** **horas do dia;** o outro pode permanecer no serviço das 8 ás 22 horas,

A família decide quem é **o acompanhante** da **uma pessoa**

o acompanhante é **rmitido trocar com** o , quando a família decidir e com a da enfermei chefe (durante devendo faze-lo das 8 às **21** horas. **Deverá avisar o enfermeiro quem é a pessoa que fica Junto à lança e no caso de ficar**

./ Horário das isitas: 16-18horas, 1 pessoa de cada vez, num total de 4 por dia

Os cartões de visita devem ser levantados no rviço de acolhimento pelo **acompanhante que fica responsá a gestão dos cartões durante todo o internamento.**



√ **Todos os visitantes devem andar id com os cartões.**

Alimentação da criança

A alimentação do bebé ou da criança fi do hospital. Isto significa que os familiares não devem trazer alimentos.

A criança deve cumprir a dieta prescrit

No caso de realizar uma dieta es informar a enfermeira ou o me co no sentido

afeições para os acompanhantes

único acompanhante Para que tenha acesso a esta senha é necessário solicitá-la administrativa (durante a semana) ou ao enfermeiro (fim-d

As principal refeições são realizadas no orno seguinte horário ;

) 12h-12h30; 14h-15h30;

Jantar: 19h-21h

Não podem comer n

Se estiver a amamentar

amamentação situado na ida do serviço de **Neonatologia** , onde pode retirar o seu leite.

√ **O material para extracção do leite** deverá solicitá-lo à auxiliar.



ti | e o VI

(Parametrização SAPE — "Amamentação")

Parametrização SAPE



Amamentação

Elaborado por:

Anabela Moutinho, Graça Carvalho, Lúcia Macedo

Curso de Pós-Licenciatura

Especialização Saúde Infantil e Pediatria

Sumário

1. Introdução

2. Fenómeno: Amamentar

2.1. Grupo Status 4

2.2. Intervenções de enfermagem

3. Bibliografia 6

Anexos

Anexo I - Definição de Vinculação

Anexo II — Definição de Lactação

Anexo III — Definição de Mastite

1. Introdução

A CIPE (Classificação para a Prática de Enfermagem) foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) visa uniformizar conceitos e elaborar diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros. Integrada nos sistemas de informação da saúde dá visibilidade à prática dos cuidados de enfermagem, permitindo descrever e integrar esses cuidados na investigação, na formação, na gestão e em políticas de saúde.

O módulo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) é uma ferramenta de apoio que tem como base a CIPE que visa o tratamento e organização da informação, facilitando a comunicação entre a equipa e também promove a qualidade da assistência de enfermagem.

Dado que a CIPE é um modelo multiaxial tornou-se necessário parametrizar conteúdos tendo em conta as especificidades de cada serviço. Neste sentido e por solicitação da Enf.a Chefe Manuela Amorim realizamos esta proposta de parametrização em relação ao foco AMAMENTAR uma vez que no serviço ainda não se procede aos registos informáticos no SAPE.

2. Fenómeno: Amamentar

2.1. Grupo de Status

> Especificações (espaço para descrição sob a forma de texto livre)

> Conhecimento sobre amamentação

Demonstrado

Não demonstrado

> Conhecimento sobre hábitos alimentares durante a lactação

Demonstrado

Não demonstrado

> Especificações compostas (espaço previamente definido para utilização de outros eixos dos fenómenos de enfermagem na construção do diagnóstico de enfermagem)

> Aprendizagem de habilidades sobre amamentação

Demonstrado

1 Não demonstrado

> Demonstração

- Demonstrado
- Não demonstrado

2.2 Intervenções de enfermagem

- Providenciar material de leitura sobre amamentação
- Facilitar o amamentar depois do trabalho de parto
- Incentivar a amamentação
- Incentivar a comunicação expressiva de vinculação (Anexo I)
- Educar hábitos alimentares durante a lactação (Anexo II)

-I Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido

- Ensinar sobre amamentar

à Ensinar sobre preparação das mamas

- Ensinar sobre prevenção de mastite (Anexo III)

.2 Ensinar sobre relação entre amamentação/vinculação mãe/filho

- Ensinar sobre relação entre lactação e estilos de vida

.2 Ensinar sobre técnicas de amamentação

- Ensinar sobre vantagens da amamentação

J Instruir sobre a preparação dos mamilos

-1 Instruir sobre amamentar

J Instruir sobre técnica de amamentação

.2 Instruir técnica de amamentação

- Treinar técnica de amamentação

3. Bibliografia

Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Práctica de Enfermagem CIPE/ICNP, Versão 1. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 210pps. ISBN: 92-95040-36-8.

Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein M. 2006. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7' Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. 1344pps. ISBN 978-85-352-1918-0.

Fernandes T, 2009. Manual de Utilização do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Matosinhos.

Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. 2001. O Mundo da Criança, 8' Edição. Lisboa: Mc Graw-Hill, 708pps. ISBN: 9789727730698.

Levy L, Bertolo H. 2002. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional — Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 43pps.

Anexos



Anexo I

Definição de Vinculação

Vinculação - acção de parentalidade com as características específicas: Ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos.

CIPE versão 1.0

"Qualquer forma de comportamento que tem como resultado predizível manter ou estabelecer a proximidade da criança com uma figura".

"Disposição para procurar a proximidade e manter o contacto com essa figura figura de vinculação)... Uma vez estabelecida tende a ser duradoira no tempo e no espaço".

J.BOWLBY

A vinculação é uma relação recíproca e duradoura entre o bebé e a figura de vinculação, especialmente a mãe, em que cada um contribui para a qualidade da mesma. Através da vinculação o bebé tem asseguradas as necessidades psicossociais e físicas. A segurança da vinculação desenvolve-se a partir da confiança em que tanto as mães como os bebés contribuem para essa confiança.

Os afectos constituem uma necessidade primordial, tão vital quanto comer ou respirar. O contacto visual, o toque, a voz são fundamentais na ligação pais-bebés.

Ainsworth estudou a vinculação e descreveu quatro estadios do comportamento da vinculação durante o primeiro ano de vida:

- Até aos 2 meses: os bebés respondem indiscriminadamente a qualquer pessoa;
- 2-6 meses: os bebés choram, sorriem e balbuciam mais para a mãe do que para outra pessoa mas continuam a responder aos outros;
- 6-7 meses: os bebés demonstram uma vinculação à mãe bem definida, e entre os 6-8 meses poderá surgir o medo dos estranhos;

A partir dos 8 meses os bebés desenvolvem a vinculação com uma ou mais figuras familiares.

Anexo II

Definição de Lactação

Lactação - Processo secretor com as características específicas: processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais; é o alimento base para recém-nascidos e lactentes (p. 73).

CIPE versão 1.0

A lactação consiste na produção de leite por acção de duas hormonas nas glândulas mamárias: a prolactina e a ocitocina. A prolactina está presente no sangue cerca de 30 minutos após a mamada fazendo com que a mama produza leite para a mamada seguinte. A ocitocina faz com que o leite flua através dos ductos para o mamilo, actuando antes ou durante a mamada.

Anexo III

Definição de Mastite

Os ductos de leite têm como função o transporte do leite até ao mamilo. Estes podem ficar obstruídos por diversas razões como o uso de roupas apertadas *(soutien),* má pega por parte do bebé, mamadas curtas e pouco frequentes, drenagem ineficaz da mama, traumatismo da mama, entre outras. Nestes casos a mulher que amamenta refere sentir um pequeno nódulo doloroso na mama com ligeiro rubor nesse local.

Este bloqueio dos ductos de leite conduz à estase do leite que se não for tratada conduz a mastite (infecção tecido mamário). Nestes casos, a mulher que amamenta refere um mal-estar geral e febre, parte da mama fica ruborizada, quente, com tumefacção e dolorosa.

Para tratar a mastite é fundamental:

.0 Identificar e corrigir a causa da mastite:

- Mamadas curtas e pouco frequentes
- Drenagem ineficaz da mama
- Tecido mamário danificado (por trauma)

.1 Entrada de bactérias (por gretas nos mamilos)

f„) Aconselhar a mãe a:

-1 Descansar

-I Retirar leite manualmente ou com bomba

- Amamentar do lado não afectado

-1 Efectuar massagem delicada em direcção ao mamilo

-I Aplicar compressas tépidas

Nos casos em que os sintomas são graves, em que estão presentes rágadas/fissuras e não há melhoria do quadro clínico após 24h, adicionar:

Antibiótico

Repouso absoluto

Analgésico

Anexo VII

(Guia farmacológico de pediatria de consulta rápida)

12.6



Gusa *fatin.acológico de cfediattia de consulta tépida*



Elaborado por Anabela Moutinho, Graça Carvalho, Lúcia Macedo

Curso Pós-Licenciatura)

Especialização Saúde Infantil e Pediatria



Sumário

1. Medicação usual no serviço de Pediatria B	
2. Antídotos	**18**
3. Bibliografia	**19**



I.1 Medicação usual no serviço de Pediatria B

A. Antibacterianos/Anti-infecciosos

Este grupo farmacológico normalmente está indicado nas infecções respiratórias, renais ou do tracto urinário

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Anfotericina B (Ambisome0)	Anti-fúngico	1.0-**1.5mg/kg/dia**	Diluído em água bidestilada e reconstituído em soluções glicosadas, Cuidados especiais: A técnica asséptica deve ser observada rigorosamente na preparação do tampão e da infusão. Os filtros podem ser usados para infusão intravenosa de anfotericina **B.**	Endovenosa, Perfusão lenta (30-60minutos)	Fotossensível. Necessário proteger da luz. Após reconstituição, deve ser imediatamente utilizado.	Erupção cutânea, diarreia, dor abdominal
Amicacina	Aminoglicosídeo	15nng/kg/dia de 8/8 ou **12/l2horas** para crianças com função renal normal	Diluição em soro fisiológico, heminormal ou glicosado	Em perfusão endovenosa durante 1-2 horas. Cuidados: Não administrar na mesma seringa amicacina com: Penicilinas, cefalosporinas, anfotericina, fenitoína, cloreto de potássio.	Conservar a temperatura inferior a 25°C. Embalagem reconstituída: 24 horas, conservar a temperatura inferior a 25°C e 60 dias se conservada no frigorífico (2-8°C).	Todos os aminoglicosídeos têm o potecial para induzirem ototoxicidade, toxicidade renal e bloqueio neuromuscular.



Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Amoxialina/Aado clavulânico (Augmentin®)	Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta	Não existem dados clínicos disponíveis relativos ao uso de doses superiores a 40/10 mg/kg/dia ou a 45/6,4 mg/kg/dia em crianças com menos de 2 anos.		Suspensão oral	Devem ser conservadas no frigorífico (2-8°C). O medicamento deve ser utilizado num prazo máximo de 10 dias	Diarreia, náuseas. Candidíase
Ampicilina	Aminopenicilina	250-500mg de 6/6 ou 4/4horas	Diluição: Ampola de água bidestilada (5m1)	Endovenosa Lenta ou em perfusão	Conservar a temperatura inferior a 25°C Aconselha-se o seu uso logo após a sua preparação em virtude da sua instabilidade. Se solução turva, o medicamento deve ser substituído	Reacções de hiperssensibilidade: rash cutâneo, prurido Diarreia, náuseas, vómitos Candidíase
Cefazolina	Cefalosporina de **I"** geração	25- I 00mg/kg/dia IV, divididos em 3 ou 4 doses.	**1** ampola de 10 ml de água bidestilada Pode-se diluir as soluções reconstituídas em soro fisiológico ou glicosadas	Endovenosa Administração directa lentamente (3 a 5 minutos).	**12** horas a temperatura ambiente (15-30°C) ou 24 horas sob refrigeração (2-8°C)	Erupções cutâneas, náuseas e vómitos



Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Cefotaxima	Cefalosporina de 3' geração	**100-150** mg/kg/dia de 6/6h ou de 12/12h. Até 200mg/kg/dia no caso de infecções graves	Diluição: Ampola de água bidestilada (4m1)	Endovenosa. Lenta (3-5minutos) Não deve ser administrada em simultâneo com outros antibióticos na mesma seringa ou sistema de perfusão.	Não conservar acima de 25°C	Reacções de hiperssensibilidade: rash cutâneo, prurido, febre Diarreia, náuseas, dor abdominal, cólicas
Ceftriaxona	Cefalosporina	Recém-nascidos até 14dias: 20-50mg/kg/dia, dose única diária Lactentes e crianças: 50-80mg/kg/dia, dose única diária	1 ampola de 10 ml de água bidestilada. Pode-se diluir as soluções reconstituídas em soluções endovenosas de cloreto de sódio a 0,9%, de glicose a 5% ou **10%**	Endovenosa. Administração lenta (2-4 minutos) ou em perfusão durante um período de 30 minutos.	Após reconstituição: sob o ponto de vista físico-químico, as soluções são estáveis durante 6horas a temperatura inferior a 25°C, sob o ponto de vista microbiológico, o medicamento deve ser utilizado de imediato.	Náuseas, vómitos, diarreia, inflamação da boca e língua; reacções alérgicas da pele
Flucloxacilina (Floxapen0)	Isoxazolil-penicilina (antibiótico de estreito espectro)	Suspensão oral: 50mg/kg/dia fraccionadas em 3 tomas administradas de 8/8 horas Endovenoso: 25-50rng/kg/dia fraccionadas de 6/6 ou 8/8 horas	Em pó: A reconstituição deverá fazer-se em água. Endovenoso: A reconstituição deverá fazer-se em soro fisiológico ou glicosado.	Suspensão oral: Deve ser administrado uma hora antes das refeições,	Após reconstituição deverá conservar-se a uma temperatura inferior a 25°C durante 7 dias ou 14 dias no frigorífico (2-8°C). Manter o frasco bem fechado.	Distúrbios gastrointestinais ligeiros





Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Gentamicina	Arninoglicosídeos	De 2semanas a 12 anos 2mg/kg de 8/8 horas; Smg/kg dose única diária	Diluição: 1 ampola de Soro fisiológico ou glisosado isotónico	Endovenosa Não deve ser administrada em simultâneo com outros antibióticos na mesma seringa ou sistema de perfusão.	Deve ser diluída imediatamente antes da sua administração	Reacções de hipersensibilidade aguda (prurido) Insuficiência renal (se níveis tóxicos) geralmente revertida após interrupção do medicamento
Imipinem + Cilastatina sádica	Antibiótico beta-lactâmico	15mg/kg a cada 6 horas. A dose diária não deverá ser 6Omg/kg.	Diluição e reconstituição em soro fisiológico. Reconstituição em água para injectáveis	Endovenosa. Perfusão lenta (30-60minutos).	Após reconstituição deverá ser utilizada de imediato (espaço de uma hora)	Reacções locais (eritema, dor no local), reacções alérgicas e/ou dermatológicas (prurido, exantema), reacções gastrointestinais (náuseas, vómitos, diarreia)
Meropenem	Carbapenemo	¦0-40mg/kg de 8/8horas	1 ampola de 10 ml de água bidestilada (para obtenção de uma concentração de 50mg/m1). Pode reconstituir-se em soluções de cloreto de sódio ou glicosadas.	Endovenosa, em perfusão durante um período de 30 minutos.	Após reconstituição: A perfusão deve ser realizada imediatamente. **O** intervalo de tempo entre o início da reconstituição da injecção ou perfusão não deve exceder uma hora	Dor abdominal, náuseas, vómitos, diarreia, cefaleias, erupções da pele, prurido, dor e inflamação.



Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Penicilina sódica	Benzilpenicilina e fenoxi - metilpenicilina	50.000-100.000 U.I./kg/dia divididos em 3 ou 4 doses.	Diluição em 5 ml água bidestilada, soro fisiológico ou glicose a 5%• Reconstituição em soro fisiológico ou glicose a 5%.	Endovenosa Directo ou em perfusão	Após reconstituição tem estabilidade durante 24horas a uma temperatura 2-**8°C**	Dor e tromboflebite no local de injecção Diarreia, náuseas e vómitos
Penicilina potássica	Benzilpenicilina e fenoxi - metilpenicilina	**25.000-50.000 U.I/kg/dia**	Diluição em 5 ml água bidestilada, soro fisiológico ou glicose a 5%. Reconstituição em soro fisiológico ou glicose a 5%.	Endovenosa Directo ou em perfusão	Após reconstituição tem estabilidade durante 24horas a uma temperatura 2-**8°C**	Dor e tromboflebite no local de injecção Diarreia, náuseas e **vómitos**
Piperacilina + Tazobactam (Tazobac®)	Penicilina semi-**sintética,** inibidor beta-lactamase	**12.5mg/kg** de 8/8horas	Diluição e reconstituição em 50 ml água bidestilada, soro fisiológico e soro glicosado. Agitar até completa dissolução. A reconstituição deverá ocorrer num prazo de 10 minutos	perfusão lenta (20-30 minutos) Não deve ser administrada em simultâneo com outros antibióticos na mesma seringa ou sistema de perfusão.	Após reconstituição deverá ser utilizada no prazo de 24horas se conservada a uma temperatura inferior a 25°C ou num prazo (2°C-8°C)	Erupção cutânea Diarreia, náuseas e vómitos
Sulfametoxazol + Trimetoprim (Bactrim®)	Sulfonamida	Crianças de 6 semanas-5 meses: 2.5ml a cada 12/12 **horas** Crianças de 6 meses-5 anos: 5m1 a cada 12/12horas	-	Suspensão oral (Xarope)	Proteger da luz Conservar em local seco e fresco	Náuseas (acompanhadas ou não de vómitos). Sinais de exantema – suspensão imediata. Deve ser administrado com cuidado em doentes com asma brônquica ou alergia grave

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Vancomicina	Outros anti-bacterianos (glicopeptido triclíclico)	Recém-nascidos até 7 dias: 15mg/kg, de 12/I2horas; De 7-14 dias: 15mg/kg, de 8/8horasAcima de 14 dias: 10mg/kg, de 8/8horas; Crianças: I0mg/kg de 6/6horas.	1 ampola de 10 ml de água bidestilada (para obtenção de uma concentração de 50mg/m1). Pode reconstituir-se em soluções de cloreto de sódio ou glicosadas.	Endovenosa. Em perfusão pelo menos por um período de 60 minutos para evitar situações de hipotensão grave (a uma velocidade não inferior **10mg/min)**	Após reconstituição, pode ser conservado no frigorifico por um período de 24 horas, sem perda significativa da sua actividade.	Hipotensão exagerada (incluindo choque), se administração rápida em bólus. Arrepios, naUseas, rash cutâneo.



B. Medicação do trato gastrointestinal

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Ácido ursodesoxicólico	Medicamento que actua no fígado e vias biliares (tratamento de litíase biliar)	I Omg/kg	Diluído em água	Suspensão oral e comprimidos	Não conservar acima de 25°C	Raros. Pode ocorrer diarreia em caso de sobredosagem
Domperidona **(Cinet®)**	Modificadores da motilidade gástrica e procinéticos	**0.25-** 0.5mg/kg, 6/6 ou 8/8 horas até uma dose máxima de 2.4mg/kg. (Nunca exceder 80mg/dia)	-	Oral — xarope Deve ser administrado antes das refeições (15-30 minutos)	**Frasco** fechado, Temperatura abaixo dos 25°C	Muito raros - gastrointestinais
Ranitidina	Anti-ulceroso (Antagonista dos receptores H2)	2mg/kg de 12/12 ou 24/24horas	Em soro fisiológico ou glicose 5% (20m1)	Endovenosa Lenta (pelo menos 2 minutos).	Após diluição - estabilidade 48horas, se protegido da luz (temperatura ambiente)	-





C. Medicação do trato respiratório

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Brometo de Ipratrápio (Atrovent®)	Anti-asmático/ Broncodilatador	Aerosol (20microgramas, 8/8horas)	Em 3m1 de soro fisiológico	Inalação por nebulização	Temperatura abaixo dos 30°C	Náuseas, cefaleias
Budesonido (Pulmicort®)	Broncodilatador/ antiasmático	Aerossol (50-400 microgramas de 12/I2horas até 800 microgramas)	Diluição em 2m1 de soro fisiológico	Inalação por nebulização	Proteger da luz Temperatura abaixo dos 30°C	Ligeira irritação na garganta, tosse, rouquidão
Salbutamol (Ventilan())	Broncodilatador (de rápida e curta acção)	0.25-1 ml	Diluição em 2m1 de soro fisiológico	Inalação por nebulização	Proteger da luz Temperatura abaixo dos 30°C	Taquicardia, cefaleias



D. Medicação anti-alérgica/anti-inflamatória

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Dexametasona (Oradexon®)	Glucocorticóide	No adulto: 0.05-0.20mg/kg). Na criança, a dose diária deve ser utilizado com precaução devido ao atraso de crescimento.	Diluição em soro fisiológico ou glicosado	Endovenosa	Conservar no frigorífico (2-8°C)	Se tratamento prolongado: arredondar da face, retenção de líquidos, atrasos de crescimento
Metilprednisolona (Solu-Medrol®)	Esteróide anti-inflamatório	0.5-1.7 mg/kg a cada 24 horas	Para reconstituir o medicamento, utilizar apenas a água bacteriostática para injectáveis (que acompanha o mesmo)	Endovenosa	Conservar o medicamento a temperatura 15-25°C Depois de reconstituída, a solução é estável durante 48horas	Os efeitos indesejáveis são comuns a todos corticosteróides sistémicos





E. Medicação analgésica/sedativa

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Ibuprofen°	Anti-inflamatório não-esteróide	7.5mg/kg a cada 6-8horas Não é recomendado em crianças com um peso inferior a 7kg		Suspensão Oral	Local fresco, seco (não conservar acima de 25°c) Protegido da luz	Gastrointestinais: diarreia, dispepsia Pele e reacções de hipersensibilidade: erupção cutânea Sistema Nervoso Central: fadiga, sonolência, cefaleias, náuseas
Hidrato Cloral	Sedativo	25-50mg/kg/dia a cada 6/8 horas, com um máximo de 500mg/dia (efeito sedativo)	-	Suspensão oral	Se temperatura ambiente — estável durante 7 dias	Riscos mínimos de efeitos adversos. Sonolência.
Morfina	Analgésico estupefaciente	0.01mg/kg de 6/6 ou 8/8 horas	Se endovenosa diluir em soro fisiológico	Endovenosa (de eleição)	Protegido da luz	Náuseas, vómitos, cefaleias (transitórios), obstipação
Paracetamol	Antipirético/ Analgésico	**10-15mg/kg,** podendo-se repetir até 4 vezes ao dia, com um intervalo mínimo de 4/4horas	-	Endovenosa Rectal Suspensão Oral	Local fresco, seco (não conservar acima de 25°C) Protegido da luz	Ligeiros e pouco frequentes. A maioria dos efeitos secundários diz respeito a casos de sobredosagem.



E. Medicação do foro neurológico

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Ácido Valpróico (Diplex ▬ ▬	Anti-epiléptico/ Anti-convulsivante	15-45mg/kg/dia, de 8/8 ou de **12/12horas.** Quando necessário aumentar semanalmente 5-10mg/kg/dia até 60mg/dia, de 8/8horas. Dose média: 30-60mg/kg/dia	-	Suspensão oral	Não conservar acima de 25°C; conservar na embalagem de origem para proteger da luz e fechar bem o frasco após cada utilização.	Raros mas podem ocorrer náuseas, vómitos, diarreia.
Diazepam (Valium®)	Anti-convulsivante	Via oral: **0.1-**0.8mg/kg (dose média) de 6/6 ou 8/8horas Via endovenosa: 0.04-0.2mg/kg Via rectal: 0.5mg/kg	**A** diluição deve ser feita no caso da administração endovenosa	Endovenosa (administrada lentamente por um período de 3 minutos em dose que não exceda 0,25mg/kg) Rectal	Conserve o produto na sua embalagem original, em temperatura ambiente **(15** a 30°C), protegido da luz e da humidade.	Cansaço, sonolência e relaxamento muscular; em geral estão relacionados com a dose administrada.



Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Fenitoina	Anti-epiléptico/ Anti-convulsivante	Endovenosa: 47mgidia em duas fracções. Dose máxima: 20mg/kg/dia. Suspensão oral: Inicialmente: 5mg/kg de 8/8horas Dose de manutenção: **4-8rng/kg**	Diluir exclusivamente em soro fisiológico a uma concentração 1-I0mg/ml -	Endovenosa lentamente. Ritmo de administração: I_3mg/kg/min. Necessidade de monitorização electro-cardiográfica e da pressão sanguínea.	Proteger da luz. Suspensão oral: Protegido da luz e da humidade, a temperatura ambiente.	Reacção local. Atenção: A administração deste medicamento deve ser suspenso em caso de rash cutâneo. Hipotensão de administração rápida.
Fenobarbital	Anti-epiléptico/ Anti-convulsivante	Solução oral: 3-6 mg/kg/dia. Via endovenosa: **4-6** mg/kg/dia.	Endovenoso: em soro fisiológico ou glicosado	Endovenosa lentamente Suspensão oral	Proteger da luz	Grande número de manifestações, particularmente relativas ao **SNC**
Levetiracetam (Keppra®)	Anti-epiléptico Anticonvulsivante	**10mg/kg** (dose terapêutica) podendo ir até uma dose máxima de 30mg/kg de I2/ 1 2horas	Pode ser diluído em água	Solução oral	Não são necessárias precauções especiais de conservação	Sonolência, sintomas gastro-intestinais





G. Vitaminas/Suplementos

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Colecalciferol (Vigantol®)	Vitaminas lipossolúveis	Lactentes: I gota/dia	-	Solução oral - gotas	Temperatura ambiente.	Em caso de sobredosagem): arritmias, náuseas, vómitos, poliúria e polidipsia.
Ferro	Antianémico	Dose diária: 2.5-5.0mg/kg. Prematuros, lactentes e crianças até 4 anos: Dose diária total: 25-50mg/dia	-	Oral — suspensão **Idealmente** antes das refeições	Não são necessárias precauções especiais de conservação	Sintomas gastrointestinais reversíveis com a diminuição ou suspensão do medicamento Escurecimento das fezes
Levocarnitina	Suplemento dietético oral (Modulares)	50-100 mg/Kg/dia dividida em fracções	Diluído em água/glicose	Solução oral	Não conservar acima de 25°C	Raramente pode dar náuseas, vómitos ou dores abdominais.
Protovit®	Multivitaminas	**12** gotas/dia	-	Oral — gotas	Não conservar acima de **15°C.**	Efeito laxante em bebé e crianças pequenas. Este efeito desaparece após a redução do n° de gotas
Vitamina C	Vitaminas hidrossoliiveis	Lactentes (até I ano): **12gotas** Acima de I ano: 24-36 gotas	-	Oral -gotas	Proteger da humidade. Conservar o frasco bem fechado.	Diarreia se sobredosagem.

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Venofer	Compostos de ferro	Posologia normal: 3mg/kg, duas ou três vezes por semana dependendo do valor da hemoglobina Posologia máxima: 7mg/kg	Apenas em soro fisiológico	Deverá ser efectuada uma dose de teste, se nunca administrado antes: metade da dose diária (1,5mg/kg). Se não ocorrer reacções adversas, durante um período de 15 minutos, pode ser dada a restante porção da dose inicial. Administração endovenosa lenta (gota-a-gota) durante pelo menos 3,5 horas por semana	Após reconstituição, a solução deverá ser utilizada num período de 12 horas, se estiver armazenado entre **4-25°C,** protegido da luz.	Náuseas, vómitos, hipotensão. No local da punção pode-se observar flebites e espasmos venosos.



G. Medicação tópica

Medicamento	Grupo	Posologia	Diluição/ Reconstituição	Administração	Conservação	Efeitos secundários frequentes
Betametasona	Anti inflamatório esteróide de utilização tópica	-	-	Tópica (pele) Não deve ser utilizado mais que 2 semanas	Não conservar acima de 25°C	Ardor, prurido, irritação, pele seca, dermatite de contacto alérgica, maceração
Lidocaína-Prilocaína (EMLA®)	Anestésico tópico	Para pequenos procedimentos cirúrgicos (como por exemplo: a inserção de uma agulha) remomenda-se a utilização de meio tubo (2.5g) com a aplicação mínima de I hora.	-	Tópica. Não deve ser utilizado em crianças com menos de **3** meses de idade (Peso inferior ou igual a 5kg)	Não conservar acima de 30°C)	Raros
Nistatina (Mycostatin®)	Anti-fúngico	100.000U de 6/6horas no tratamento das candidíases esofágicas e intestinais	-	Aplicação tópica na boca e subsequente ingestão	Temperatura inferior a 25°C	Muito raros



2. Antídotos

Medicamento	Antídoto	Eficácia	Posologia	Administração	Efeitos secundários frequentes
Morfina	Naloxona	Imediata.	0.01-0.02 mg/kg	Endovenosa. (directo ou em perfusão). Deve ser diluído em soro fisiológico ou glicose a 5%.	Náuseas, vómitos, aumento da frequência cardíaca
Paracetamol	Acetilcisteína	Significativa até 8horas após a ingestão do Paracetamol	Após lavagem gástrica ou indicação do vómito. Se Endovenosa: Dose inicial: 50mg/kg. Dose de manutenção: I 00mg/kg. Se oral: Dose inicial: ¦ 40mg/kg Dose de manutenção: 70mg/kg.	Se endovenosa: O volume da solução em glicose a 5% deve ser ajustado à idade e peso da criança d modo a evitar a congestão vascular pulmonar. Se oral: Cada dose deve ser diluída a 5% com uma bebida de cola, sumo de uva ou de laranja, antes de administrada devido ao seu odor desagradável. Se vómito (até ¦ hora), a dose deve ser repetida	Náuseas, vómitos, rinorreia



3. Bibliografia

Coimbra JHA, Cassiani SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para a prática segura com qualidade de assistência. Revista Latino-Americana, 2001; 9(2): 56-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515.pdf [15.10.10].

Infarmed. 2010. Prontuário terapêutico 9. Disponível em: <http://www.infarnned.pdportal/page/portal/IN FARM ED/PU BLICACOES/P RONTUARIO>. [06.10.10].

Nóbrega FJ. 2008. Manual de produtos habitualmente usados em Pediatria. Disponível em: <http://www.scri bd.com/doc/27765987/Med icamentos-Prod utos-Habitual mente-Usados-Em-Pediatria>. [07.10.10].

Anexo VIII

(Diagnóstico de situação "Cuidados ao coto umbilical")

Questionário sobre a prática de cuidados ao coto umbilical

No âmbito da Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do ICS-UCP, estamos a realizar um questionário para avaliar a prática dos enfermeiros do serviço de Pediatria B do Hospital S. João EPE do Porto relativamente aos cuidados ao coto umbilical.

Neste sentido, solicitamos a sua colaboração preenchendo este questionário. O seu contributo é fundamental para realizarmos o diagnóstico da situação, fundamentarmos a necessidade da realização de formação de pares relativamente a esta temática no sentido de contribuir para a uniformização de práticas tendo em vista a sua Excelência.

Em nenhuma parte do questionário lhe é solicitado que se identifique, por isso este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para os propósitos deste trabalho.

Oportunamente, divulgaremos os resultados.

Atentamente,

Anabela Moutinho, Graça Carvalho e Lúcia Macedo

1. Nos cuidados ao coto umbilical, que produto habitualmente utiliza de forma a promover a sua queda?:

❑ Água e sabão

❑ Álcool a 70°C

❑ Clorehexidina

❑ Soro fisiológico

2. Na realização de ensinos aos pais relativamente aos cuidados ao coto umbilical, qual é o produto que habitualmente aconselha?:

❑ Água e sabão

❑ Álcool a 70°C

❑ Clorehexidina

❑ Soro fisiológico

3. Na presença de **exsudado sem cheiro** que produto habitualmente utiliza?:

❑ Água e sabão

❑ Álcool a 70°C

❑ Clorehexidina

❑ Soro fisiológico

4. Na presença de **exsudado com cheiro** que produto habitualmente utiliza?:

111 Água e sabão

11_1 Álcool a 70°C

❑ Clorehexidina

❑ Soro fisiológico

Obrigada pela sua colaboração!

(Planeamento da formação "Cuidados ao Coto Umbilical")

Planeamento da Sessão

Grupo-alvo: Equipa de Enfermagem

Tema: Cuidados ao Coto Umbilical

Local: Serviço de Internamento de Pediatria B

Data: 10 de Novembro de 2010

Hora: 15:30 horas

Objectivos: Conhecer os resultados do questionário aplicado;

Integrar a evidência cientifica em relação a esta temática;

Compreender a necessidade de uniformização de critérios.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Introdução	5 minutos	- Apresentação dos formadores	- Diálogo informal	- Receptividade
Desenvolvimento	15 minutos	- Pertinência da formação - Revisão da literatura - Procedimento	- Apresentação em PowerPoint	- Receptividade; - Feedback.
Conclusão	5 minutos	- Esclarecer dúvidas; - Interacção entre os formadores e os formandos.	- Diálogo informal	- Receptividade; - Feedback;

Anexo X

(Slides da formação "Cuidados ao Coto Umbilical")

Cuidados ao coto umbilical



Realizado por:
Anabela Moutinho
Graça Carvalho
Lúcia Macedo

Sumário:

1. Pertinência da formação
2. Revisão da literatura
3. Procedimento
4. Bibliografia



Cuinadr,rocou,

1. Pertinência da formação

>Os **cuidados ao coto umbilical são** alvo dos **cuidados de enfermagem** e dos **pais.**

>Requer **cuidados especiais** de forma a **evitar que a colonização** *(Staphyloccocus aureus e Streptococcus)* **atinja níveis suficientes para desencadear a infecção,** até à sua completa cicatrização.



Cuidadoso, coto



1. Pertinência da formação





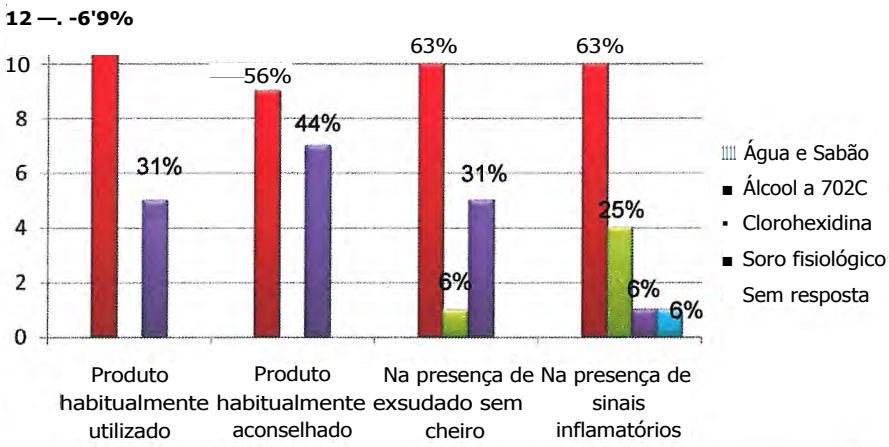


4



1. Pertinência da formação

Questionário aplicado aos enfermeiros relativamente à prática de cuidado ao coto umbilical (n=16)





2. Revisão da literatura

> DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?

PRODUTOS HABITUALMENTE UTILIZADOS



•A **desinfecção** deve ser feita com **álcool** após o banho devendo ser repetido a cada troca de fralda e após a sua queda (Ministério da Saúde, 2005).



clorohexidina é um anti-séptico de largo espectro que **tem sido referenciado** na **prevenção de infecção** no neonato pois reduzem os eventos adversos (Mullany *et al.* 2006 a,b; Kapellen *et al., 2009).*

2. Revisão da literatura

> DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?



PRODUTOS HABITUALMENTE UTILIZADOS

•A clorohexidina a 0.5% mostra ser superior ao álcool a 70%, por ter menor toxicidade e maior eficácia em reduzir a colonização por *Streptococcus* grupo A e *Staphilococcus aureus* (Adriano *et al.*, 2009)

Clildad, ar, c,



2. Revisão da literatura

➢ DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?



PRODUTOS HABITUALMENTE UTILIZADOS

Clorohexidina e Álcool

ARGUMENTOS A FAVOR DA DESINFECÇÃO

•0 uso de anti-sépticos esteve associado a uma diminuição de preocupação materna (zupan *et al. 2000).*

•Em países pobres ou em enfermarias neonatais, pode reduzir o risco de infecções bacterianas (Axeisson, 2002).



2. Revisão da literatura

> DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?

PRODUTOS HABITUALMENTE UTILIZADOS



Clorohexidina e Álcool

ARGUMENTOS A FAVOR DA DESINFECÇÃO

•O **tempo de queda** aumentado atribuído à aplicação de clorohexidina **não deve ser considerado um factor decisivo nos contextos onde o risco de onfalite seja alto;**

•Este produto **poderá reduzir significativamente o risco de infecção e mortalidade** (*Mullany et al.,* 2006).



2. Revisão da literatura

D DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?

ARGUMENTOS CONTRA A DESINFECÇÃO





•**Nenhuma diferença foi demonstrada entre os cotos tratados com os anti-sépticos comparado com a manutenção de um coto umbilical limpo** (Zupan *et al.* 2000).

•**Anti-sépticos retardam os processos de putrefacção** e por conseguinte, a sua queda (Walker, 1999; Zupan & Garner, 2000; Zupan *et al.* 2000) quando **comparado com a água** (Florentino & Gualda 1998; Schoaeib & EI-Barrawy, 2005).



2. Revisão da literatura

> DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?

ARGUMENTOS CONTRA A DESINFECÇÃO





O tempo de separação médio foi mais baixo nos caso da:

- Manutenção do coto umbilical seco (4.24dias)
- Limpeza com água e sabão (4.25dias)
- Desinfecção do coto com clorohexidina (5.32dias)

4

3.6 vezes mais provável de cair após 7 dias (Mullany *et al.*, 2006b)



2. Revisão da literatura

➢ DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?





- Não há relação entre o tempo da queda do coto e o tipo de método de cuidado ao mesmo (Nourian *et al.*, 2009).
- 0 uso de agentes anti-bacterianos para limpar e secar o coto do RN tem sido uma prática em desuso (Janssen *et al., 2003).*
- Não há evidência científica para continuar com a utilização do álcool mas é o produto mais utilizado.

2. Revisão da literatura

DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?



2. Revisão da literatura

•0 **processo normal de separação do coto poderá incluir odor** sem lhe ser atribuído algum significado patológico (VURAL *et ai.*, 2006).

-Numa população saudável **deverá ser utilizada uma abordagem naturalista** (Schoaeib & EI-Barrawy, 2006)





2. Revisão da literatura

> DESINFECÇÃO OU LIMPEZA DO COTO UMBILICAL?

ARGUMENTOS A FAVOR DA LIMPEZA

•Não há ainda uma resposta cabal para a questão de quais são os melhores cuidados com o coto (OMS, 1998)

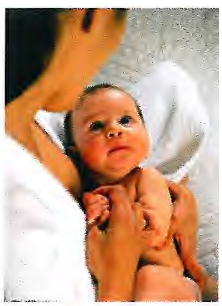
•Manter o coto umbilical limpo e seco através da higiene com água e sabão, tendo em especial atenção à base do mesmo, é actualmente recomendado (WHO, 1998; Zupan & Garner, 2000).





2. Revisão da literatura

D Outras práticas de cuidado ao coto: **Leite Materno**



• Não existem efeitos adversos e que até diminui o tempo de separação do coto umbilical em comparação com o uso de anti-sépticos (Shoaeib *et al.*, 2005; AHMADPOUR-KACHO, 2006);

•A incidência de infecção do coto foi significativamente mais baixa nas situações em que no coto foi aplicado leite materno(Vural & Kisa, 2006)

2. Revisão da literatura

FACTORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO DO COTO E SEU TEMPO DE SEPARAÇÃO



- A **amamentação** esteve associada a uma **menor incidência de infecção** e um **menor tempo de separação do coto;**

- A **incidência de infecção** esteve relacionado com o facto de se:
  - utilizar **métodos para secar a pele;**
  - **usar fraldas de pano;**
  - **dar banho de imersão ao RN ;**
  - **adiar o 12 banho** para o 7º dia de vida do **RN.**

(Schoaeib & EI-Barrawy, 2006).

17

3. Procedimento

Passos do Procedimento	Justificação
Quando?: Após o banho e em SOS. da área.	Promover uma boa higienização Em SOS para prevenir a infecção, se esteve em contacto com material orgânico como a urina ou fezes .
Lavar as mãos se contacto com material orgânico antes de proceder à limpeza do coto;	Prevenir a colonização por outras bactérias (por ex. *Escherichia Coli* e infecção.



18

3. Procedimento

Passos do Procedimento	Justificação
Levantar o coto umbilical, afastando-o do corpo;	Permite uma melhor visualização da base; Permite um melhor acesso ao local de inserção do coto
Limpar a base com soro fisiológico;	Promover o processo de mumificação do coto. O soro fisiológico promove a queda num período de tempo mais curto
Despistar sinais inflamatórios — rubor , tumor, calor e dor - na base do coto.	Detectar precocemente eventos relacionados com o coto. Prevenir complicações



3. Procedimento

Passos do Procedimento	Justificação
Secar cuidadosamente;	Absorver a humidade que ali tenha permanecido de forma a evitar um ambiente húmido; Promover a mumificação
Permitir que o local de inserção do coto esteja arejado	Manter uma boa oxigenação da área Prevenira presença da humidade pelo calor da pele.
Não puxara coto para que este se desprenda, mesmo que esteja quase a cair.	Evitar o aparecimento de uma porta de entrada para a infecção.





4. Referências bibliográficas

1. Adriano LSM, Freire ILS, Pinto, JTJM. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Ver. Electr. Enf., 2009; 11(1): 173-80.
2. Ahmadpour-Kacho M, Zahedpasha Y, Hajian K, Javadi G, Talebian H. The effect of topical application of human milk, ethyl alcohol 96%, and silver sulfadiazine on umbilical cord separation time in newborn infants [Abstract]. Arch Iran Med, 2006; 9(1): 33-8.
3. Axelsson I. A Cochrane review on the umbilical cord care and prevention of infections. Antiseptic solutions are not necessary in developed countries but life-saving in developing countries [Abstract]. Lakartidningen, 2002; 99(14): 1563-6.
4. Florentino LC, Gualda DMR. Cuidado do coto umbilical: estudo comparativo do uso de três tipos de soluções / Umbilical cord treatment: comparative study of use of three solutions. Rev. Paul. Enferm 1998; 17(1/3):46-59;

21



4. Referências bibliográficas

31. Kapellen TM, Gebauer CM, Brosteanu 0, Labitzke B, Vogtmann C, Kiess W. Higher rate of cord-related adverse events in neonates with dry umbilical cord care compared to chlorhexidine powder. Results of a randomized controlled study to compare efficacy and safety of chlorhexidine powder versus dry care in umbilical cord care of the newborn [Abstract]. Neonatology, 2009; 96(1): 13-8.
32. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança, 12 edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.0df [02.05.2010].
33. Mullany LC, Darmstadt DL, Khatry SK, LeClerq SC, Katz 1, Tielsch JM. Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% Chlorhexidine on time to cord separation among newborns in southern nepal: A cluster-randomized, community-based trial. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2006; 35(1): 123-28.
34. Mullany LC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Safety and impact of chlorhexidine antisepsis interventions for improving neonatal health in developing countries. Pediatr Infect Dis 1, 2006; 25(8): 665-75;

22



4. Referências bibliográficas

9. Nourian M, Allaii F, Heidari A. Comparison of the effect of alcohol 70° versus dry cord care on cord bacterial colonization and cord separation time among newborns. Pak J Med Sci, 2009; 25(1): 103-7.
10. Shoaeib FM, EI-Barrawy MA. Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care [Abstract]. J Egypt Public Health Assoc, 2005. 80(1-2)169-201.
11. Vural G, Kisa S. Umbilical cord care: a pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care [Abstract]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2006; 35(1): 123-8.
12. Walker CR. Care of the umbilical cord after birth: A limited review of recent literature. Paediatr Child Health, 1999; 4(2): 105-7.
13. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth [Abstract]. Cochrane Database Syst Rev, 2000; 2: CD001057.
14. World Health Organization. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva: WHO, 1998.

23



Obrigada



24

Anexo XI

(Questionário para avaliação da formação "Cuidados ao Coto Umbilical")

Avaliação da formação "Cuidados ao Coto umbilical"

Solicitamos a sua colaboração para preencher este questionário no sentido de avaliar a adequação da formação às necessidades de formação e do serviço. Em nenhuma parte do questionário lhe é solicitado que se identifique, por isso este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para os propósitos deste trabalho.

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

Aspectos/Avaliação	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
1. Concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço					
2. Correspondência do conteúdo da acção às expectativas esperadas					
3. Interesse do tema					
4. Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
5. Condução a novos procedimentos					
6. Adequação da duração da acção					
7. Apreciação Global					

Sugestões:

Anexo XII

(Avaliação da formação "Cuidados ao Coto Umbilical")

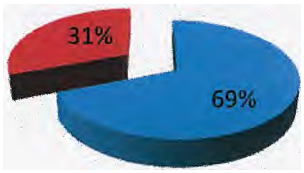
Avaliação da formação para pares "Cuidados ao Coto Umbilical"

De forma a simplificar a apresentação dos dados obtidos, tendo em conta que foi necessário apresentar a formação duas vezes, a análise realizada refere-se ao total de enfermeiros presentes em ambas as sessões. Apresenta-se de seguida a análise estatística dos dados obtidos pelos questionários de avaliação entregues no final da formação, para uma amostra de 13 enfermeiros.

As variáveis em análise foram, respectivamente: concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço, correspondência do conteúdo da acção às expectativas esperadas, interesse do terna, utilidade dos conhecimentos adquiridos, condução a novos procedimentos, adequação da duração da acção e apreciação global.

Foram aplicadas um total de 5 categorias: Muito Bom, Bom, Médio, Mau e Muito Mau. Os dados encontram-se traduzidos em gráficos circulares, em percentagens.

Em relação à la questão (concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 9 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 4 no Bom (Gráfico 1).



■ Muito Bom
■ Bom
Médio
■ Mau
■ Muito Mau

Gráfico 1

Em relação à 2ª questão (correspondência do conteúdo da acção às expectativas esperadas) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 10 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 3 no Bom (Gráfico 2).

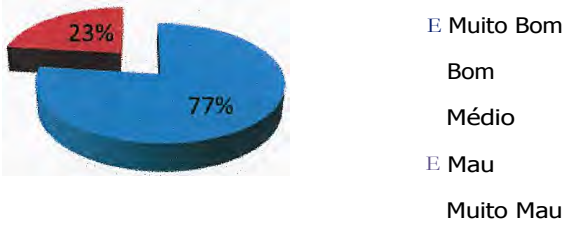


Gráfico 2

Em relação à 3a questão (interesse do tema) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 11 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 2 no Bom (Gráfico 3).

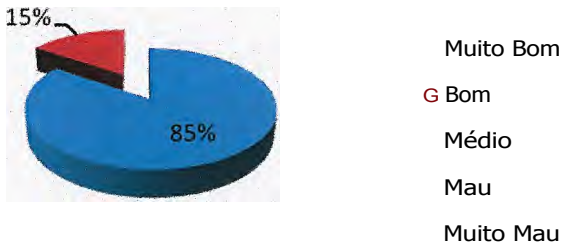


Gráfico _

Em relação à 4ª questão (utilidade dos conhecimentos adquiridos) verificou-se que o total de 13 enfermeiras classificou a formação no Muito Bom (Gráfico 4).



Gráfico 4

Em relação à 5a questão (condução a novos procedimentos) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 6 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 7 no Bom (Gráfico 5).

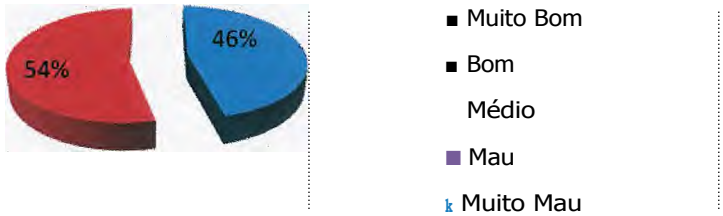


Gráfico 5

Em relação à 6' questão (adequação da duração da acção) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 11 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 2 no Bom (Gráfico 6).

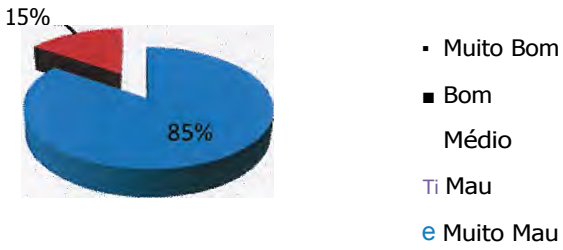


Gráfico 6

Em relação à 7ª questão (apreciação global) verificou-se que do total de 13 enfermeiras, 9 classificaram a formação no Muito Bom e as restantes 4 no Bom (Gráfico 7).

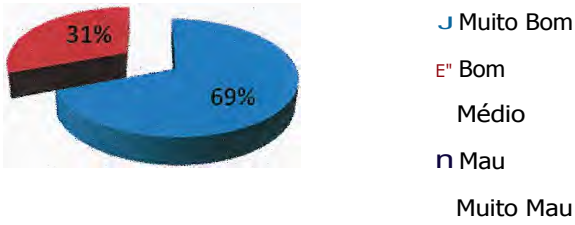


Gráfico -

Pela análise de todos os gráficos pode-se afirmar que esta formação se revelou útil e interessante para as enfermeiras que assistiram, levando a concluir que o objectivo inicialmente traçado para a realização da formação foi alcançado.

Anexo XIII

(Proposta de norma de serviço "Cuidados ao Coto Umbilical")

SÃO JOÃO	**Proposta de norma de serviço**
	Cuidados ao Coto Umbilical

Elaborado por: Anabela Moutinho, Graça Carvalho, Lúcia Macedo

Curso Pós-Licenciatura Especialização Saúde Infantil e Pediatria

Destinatários: Enfermeiros do serviço da Pediatria **B**

Data de realização da norma: 10.11.2010

Assunto: No cuidado ao coto umbilical não existe consenso na prática e na transmissão de informação que se transmite aos pais relativamente a este cuidado. Assim, é necessário uniformizar as práticas (tendo em conta a prática baseada na evidência) e fornecer aos pais, enquanto principais prestadores de cuidados, instruções claras sobre os cuidados ao coto umbilical e sinais de complicações no processo da cicatrização daquela zona.

O coto umbilical requer cuidados especiais de forma a evitar que a colonização *(Staphyloccocus aureus* e *Streptococcus)* atinja níveis suficientes para desencadear a infecção, até à sua completa cicatrização. Existem estudos que demonstram nenhuma diferença foi demonstrada entre os cotos tratados com os anti-sépticos comparado com a manutenção de um coto umbilical limpo (Zupan *et al.* 2000) e que os anti-sépticos retardam os processos de putrefacção e por conseguinte, a sua queda (Walker, 1999; Zupan & Garner, 2000; Zupan *et al.* 2000) quando comparado com a água (Florentino & Gualda 1998; Schoaeib & El-Barrawy, 2005). Existem estudos que defendem uma abordagem naturalista (Schoaeib & El-Barrawy, 2006). É nesta vertente de cuidados que surge a recomendação de manter o coto umbilical limpo e seco através da higiene com água e sabão, tendo em especial atenção à base do mesmo. Actualmente, é esta prática a recomendada (WHO, 1998; Zupan & Garner, 2000).

Ainda, o tempo da queda do coto foi mais baixo nos casos da (1) manutenção do coto umbilical seco, (2) da limpeza com água e sabão e (3) da desinfecção do coto com clorohexidina foi de 4.24dias, 4.25, 5.32 dias, respectivamente (Mullany *et al.,* 2006b).

Objectivo do assunto:

- Promover a queda do coto e completa cicatrização tendo em conta a prática baseada na evidência

- Uniformizar a prática de cuidados ao coto umbilical

Tempo médio de execução do procedimento: 2 minutos

Material necessário:

- Soro fisiológico
- Compressas limpas

Procedimento:

- Promover um ambiente aquecido
- Reunir todo o material antes da realização de todo o procedimento
- Lavagem higiénica das mãos
- Explicar o procedimento aos pais
- Durante a realização do procedimento promover medidas de conforto (sucção nutritiva, por exemplo)
- Levantar o coto umbilical, afastando-o do corpo
- Limpar a base com soro fisiológico
- Despistar sinais inflamatórios — rubor, tumor, calor e dor - na base do coto
- Colocar a fralda dobrada abaixo do coto
- Não puxar o coto para que este se desprenda, mesmo que esteja quase a cair.
- Avaliar a fase do processo de mumificação do coto umbilical

Data de identificação do problema	Descrição das características do coto umbilical	Intervenções de enfermagem	Avaliação do processo de mumificação do coto (resultado)	Data de resolução do problema identificado

Procedimento de ensino para os pais/pessoa relevante — Preparação para a alta:

- Explicar aos pais o momento mais adequado para prestar os cuidados ao coto umbilical
- Informar sobre a necessidade de reunir todo o material antes da realização do procedimento
- Explicar a importância da lavagem das mãos antes da manipulação do coto umbilical
- Desmistificar conceitos erróneos acerca do coto umbilical
- Ensinar aos pais a técnica de limpeza do coto umbilical
- Instruir os pais a técnica de limpeza do coto umbilical
- Treinar os pais a técnica de limpeza do coto umbilical
- Avaliar a técnica de limpeza do coto umbilical prestada pelos pais
- Informar sobre a importância da manutenção de uma boa oxigenação do local de inserção do coto umbilical
- Alertar os pais para sinais de alerta de possíveis complicações
- Avaliar os conhecimentos
- Encorajar a verbalização de dúvidas acerca da técnica e sinais de potenciais complicações

Grelha de avaliação:

Legenda da avaliação do enfermeiro relativamente aos cuidados ao coto prestados pelos pais/pessoa relevante:

Não foi observado - O

Requer orientação/incentivo - 1

Requer ajuda - 2

Autonomia - 3

Cuidados ao coto umbilical	Data do ensino	Data da observação	Avaliação do enfermeiro	Data do ensino	Data da observação	Avaliação do enfermeiro
Promoção de um ambiente aquecido						
Reunião do material necessário						
Técnica da limpeza do coto umbilical						
Promoção de um coto limpo e seco						

Referências bibliográficas:

1. Adriano LSM, Freire ILS, Pinto, JTJM. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Ver. Electr. Enf., 2009; 11(1): 173-80.

2. Ahmadpour-Kacho M, Zahedpasha Y, Hajian K, Javadi G, Talebian H. The effect of topical application of human milk, ethyl alcohol 96%, and silver sulfadiazine on umbilical cord separation time in newborn infants [Abstract]. Arch Iran Med, 2006; 9(1): 33-8.

3. Axelsson I. A Cochrane review on the umbilical cord care and prevention of infections. Antiseptic solutions are not necessary in developed countries but life-saving in developing countries [Abstract]. Lakartidningen, 2002; 99(14): 1563-6.

4. Florentino LC, Gualda DMR. Cuidado do coto umbilical: estudo comparativo do uso de três tipos de soluções / Umbilical cord treatment: comparative study of use of three solutions. Rev. Paul. Enferm, 1998; 17(1/3):46-59;

5. Kapellen TM, Gebauer CM, Brosteanu O, Labitzke B, Vogtmann C, Kiess W. Higher rate of cord-related adverse events in neonates with dry umbilical cord care compared to chlorhexidine powder. Results of a randomized controlled study to compare efficacy and safety of chlorhexidine powder versus dry care in umbilical cord care of the newborn [Abstract]. Neonatology, 2009; 96(1): 13-8.

6. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança, la edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.bribvs/publicacoes/manual%200902.pdf [02.05.2010].

7. Mullany LC, Darmstadt GL, Khatry SK, LeClerq SC, Katz J, Tielsch JM. Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% Chlorhexidine on time to cord separation among newborns in southern nepal: A cluster-randomized, community-based trial. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2006; 35(1): 123-28.

8. Mullany LC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Safety and impact of chlorhexidine antisepsis interventions for improving neonatal health in developing countries. Pediatr Infect Dis J, 2006; 25(8): 665-75;

9. Nourian M, Allaii F, Heidari A. Comparison of the effect of alcohol 70° versus dry cord care on cord bacterial colonization and cord separation time among newborns. Pak J Med Sci, 2009; 25(1): 103-7.

10. Shoaeib FM, El-Barrawy MA. Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care [Abstract]. J Egypt Public Health Assoc, 2005. 80(1-2)169-201.

11. Vural G, Kisa S. Umbilical cord care: a pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care [Abstract]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2006; 35(1): 123-8.

12. Walker CR. Care of the umbilical cord after birth: A limited review of recent literature. Paediatr Child Health, 1999; 4(2): 105-7.

13. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth [Abstract]. Cochrane Database Syst Rev, 2000; 2: CD001057.

14. World Health Organization. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva: WHO, 1998.

Anexo XIV

(Planeamento da sessão "Amamentação")

F°a2ra

Planeamento da Sessão

Grupo-alvo: Mães

Tema: Amamentação

Local: Serviço de Internamento de Pediatria **B**

Data: 16 de Novembro de 2010

Hora: 15h30

Objectivos: Assimilar a importância de amamentar
Compreender passos da amamentação eficaz
Esclarecer dúvidas

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Introdução	**5** minutos	- Apresentação dos formadores	- Diálogo informal	- Receptividade
Desenvolvimento	15 minutos	- Vantagens da amamentação para a mãe e bebé -Até que idade amamentar - Como amamentar - Duração e intervalo das mamadas	- Apresentação em PowerPoint	- Receptividade - Feedback
Conclusão	5 minutos	- Esclarecer dúvidas; - Interacção entre os formadores e os formandos.	- Diálogo informal	- Receptividade - Feedback

ç'C;

Anexo XV

(Slides da sessão "Amamentação")

Amamentação



Curso de Pós-Licenciatura
Especialização Saúde Infantil e Pediatria
Anabela Moutinho, Graça Carvalho, Lúcia Macedo

Amamentar é...

Um **acto de amor** que exige carinho, atenção, paciência e disponibilidade;

Um momento íntimo e de **prazer.**



O leite materno é...



e Um **alimento completo** e **natural, adequado a** quase **todos os recém-nascidos;**

®O **alimento ideal para o bebé** e tem vantagens também para si.

Vantagens para o seu bebé...





® **Alimento completo** de fácil digestão;

® **Reforça** a **vinculação;**

- **Reforça** o **sistema imunitário** do seu bebé, diminuindo o risco de alergias e infecções;
- **Diminui** o **risco** de **obesidade;**

e **Propencia o seu desenvolvimento.**

Amamentação

Vantagens para a mãe...

- **Reforça** a **ligação mãe-filho;**
- **Gratuito;**
- Está **sempre pronto** e à **temperatura ideal;**
- **Facilita a recuperação pós-parto** ajudando a retomar o peso que tinha antes da gravidez;
- **Reduz** o **risco de cancro da mama** e dos **ovários.**





Aniernentoc ɵ

Até que idade pode amamentar?

- A **amamentação exclusiva** garante um crescimento perfeito **até aos 6 meses;**

* A partir dos **6 meses** é necessário **introduzir novos alimentos;**

e A **amamentação deve continuar sempre** que possível.



Que cuidados deve ter com a alimentação durante a amamentação?





- Deve **beber líquidos** (cerca de 2 litros por dia);
- Fazer uma **alimentação equilibrada** e **variada;**
- **Evitar alimentos com corantes** e **conservantes, bebidas alcoólicas** e **excitantes** (café, chá preto,...).

Amomentcçtk,

Como amamentar?



- **Lavar bem as mãos** com água e sabão, antes das mamadas;
- Escolher um **ambiente calmo e tranquilo;**
- Adoptar uma **posição confortável** (sentada, deitada,...) apoiando o corpo do bebé no seu braço.









A670rnenU1477!)

Como amamentar?

A **cabeça** e o **corpo** do **bebé** devem estar em **linha recta;**





A face deve estar de frente para a mama;



eve o bebé à mama não a mama ao bebé!

Como amamentar?

- **Encoste o mamilo** nos **lábios** do **bebé** e ele abrirá a boca;
- **Quando a boca estiver bem aberta aproxime o bebé** rapidamente **da mama;**
- O **queixo e o nariz do bebé** devem estar **encostados à mama.**





Como amamentar?

- O **bebé deve abocanhar** a **aréola** (parte escura à volta do mamilo) e **não apenas** o **mamilo,** para mamar eficazmente;



Uma boa pega de aréola



Uma má pega de aréola

Como amamentar?

- **A mão deve ser colocada em forma de C** e os dedos não devem estar junto do mamilo.





Como amamentar?

- Na primeira mama, o **bebé deve estar o tempo necessário para esvaziá-la** e se depois desse tempo mostrar sinais de fome é que lhe é oferecida a outra mama;

- **Esvaziar a mama é o segredo** para uma maior produção de leite.



Como amamentar?

- No início da mamada, o leite é mais rico em água e lactose e durante a mamada vai-se tornando **mais rico em gorduras** e **proteínas** pelo que o bebé ficará mais satisfeito;



- Na **mamada seguinte iniciar pela última mama oferecida.**

Amomentaçao

Como amamentar?

- **Durante** e no **final da mamada** deve **colocar o bebé a arrotar** de forma a expulsar o ar engolido;
- **Encoste o bebé no seu ombro** na posição vertical apoiando a cabeça e o pescoço.



Armmentw§o

Como amamentar?

- Se **o bebé** adormecer **durante a mamada deve ser estimulado;**



- **Após a mamada espalhe umas gotas de leite no mamilo** e **aréola para protecção** e deixe secar.



Qual a duração e intervalo das mamadas?





- A duração da mamada não é importante pois **a maioria dos bebés mamam 90% do que precisam em 4 minutos;**

- Alguns bebes prolongam as mamadas até 30 minutos ou mais.

Qual a duração e intervalo das mamadas?

- O **horário das mamadas deve ser adequado às exigências do bebé** – o bebé deve ser alimentado quando tem fome



- A frequência das mamadas é diferente em cada bebé, **habitualmente os intervalos entre mamadas são de 3 horas**

Qual a duração e intervalo das mamadas?

t) **Não limite o tempo da mamada,** deixe que seja o bebé a largar o peito quando estiver satisfeito;



6f) **O importante é perceber se o bebé está mesmo a mamar ou se está a usar a mama da mãe como chupeta;**





O seu bebé agradece!



Referências bibliográficas

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - **Manual de Aleitamento Materno** – Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional — Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés —2002

Anexo XVI

(Questionário de avaliação da sessão "Amamentação")

Avaliação da formação "Amamentação"

Solicitamos a sua colaboração para preencher este questionário no sentido de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Em nenhuma parte do questionário lhe é solicitado que se identifique, por isso este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para os propósitos deste trabalho.

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

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

Sugestões:

Anexo XVII

(Avaliação da sessão "Amamentação")

Avaliação da sessão de educação para a saúde "Amamentação"

Apresenta-se de seguida a análise estatística dos dados obtidos pelos questionários de avaliação entregues no final da sessão de educação para a saúde, para uma amostra de 7 mães.

As variáveis em análise foram, respectivamente: interesse do tema, correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas, utilidade dos conhecimentos adquiridos, adequação da duração da sessão e apreciação global.

Foram aplicadas um total de 5 categorias: Muito Bom, Bom, Médio, Mau e Muito Mau. Os dados encontram-se traduzidos em gráficos circulares, em percentagens.

Em relação à 1ª questão (interesse do tema) verificou-se que do total de 7 mães, 1 classificou a sessão no Muito Bom e as restantes 6 no Bom (Gráfico 1).

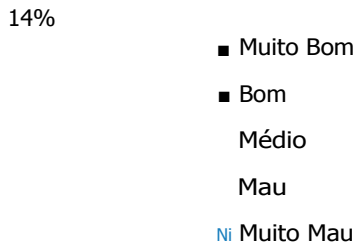


Gráfico 1

Em relação à 2ª questão (correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas) verificou-se que o total de 7 mães classificou a sessão no Bom (Gráfico 2).

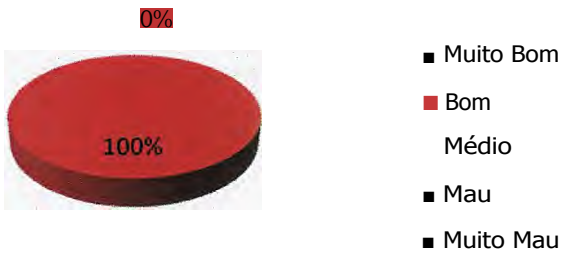


Gráfico 2

Em relação à 3a questão (utilidade dos conhecimentos adquiridos) verificou-se que do total de 7 mães, 1 classificou a sessão no Muito Bom e as restantes 6 no Bom (Gráfico 3).

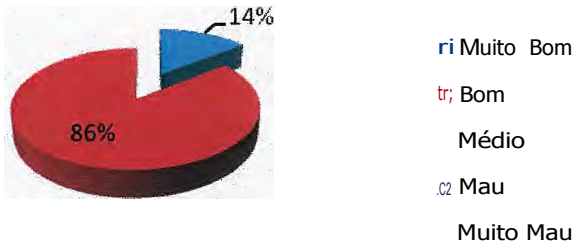


Gráfico 3

Em relação à 4a questão (adequação da duração da sessão) verificou-se que as 7 mães classificaram a sessão no Muito Bom (Gráfico 4).

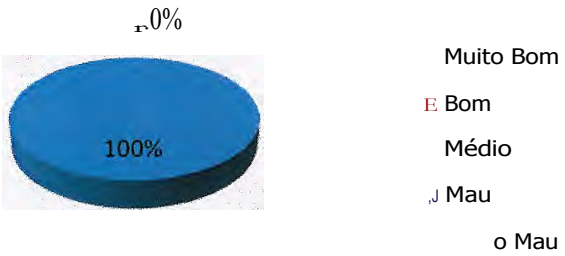


Gráfico 4

Em relação à 5ª questão (apreciação global) verificou-se que as 7 mães classificaram a sessão no Bom (Gráfico 5).



_Tráfico 5

Pela análise de todos os gráficos pode-se afirmar que esta sessão se revelou útil e interessante para as mães que assistiram, levando a concluir que o objectivo inicialmente traçado para a sua realização foi alcançado.

Anexo XVIII

(Póster "Amamentação — A escolha mais saudável")

Amauwk4c) A @wc)0 marg @c:met& 0

Curso Pós-Licenciatura Especialização Salde Infantil e Pediatria
Anabela Moutinho, Graça Carvalho , Lúcia Macedo



Referências Bibliográficas: Manual de aleitamento materno, Comitê Português para a UNICEF.Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, 2007 .