



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Márcia João Meireles Macias

Porto – julho, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por

Márcia João Meireles Macias

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto- julho, 2021

Resumo

O presente documento insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa (Porto). Trata-se de um relatório de estágio que evidencia as aprendizagens realizadas neste percurso formativo com rumo à aquisição das competências e cujos principais objetivos são o de documentar, de analisar e de refletir sobre situações problema decorrentes deste caminho na assistência especializada à criança e família. Ressalva-se o facto da minha experiência profissional assumir relevância neste percurso tendo-me sido, por isso, concedida a aquisição prévia de algumas competências na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. As competências exigidas, e por uma questão de organização do documento, encontram-se agrupadas em quatro domínios de atuação: a prestação de cuidados, a formação, a gestão e a investigação. Com vista ao seu desenvolvimento e conseqüente aquisição, formularam-se objetivos, atingidos através da concretização de atividades, seguidos de uma análise crítico-reflexiva da ação, com fundamentação teórica à luz da evidência científica mais atual, que exigiu pesquisa bibliográfica, concedendo-lhe uma maior consistência, e, naturalmente, mobilização de conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do meu percurso pessoal, académico e profissional. Assim, para a concretização deste trabalho utilizou-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. O desenvolvimento deste processo ocorreu em diferentes contextos de estágio, no âmbito da Urgência Pediátrica, Neonatologia e Cuidados de Saúde Primários. A comunicação, a parceria de cuidados, a parentalidade, a promoção de Saúde Infantil e Juvenil e a dor são temas com especial enfoque no documento, e transversais aos diferentes contextos de estágio. A experiência levou-me a efetuar um balanço das experiências vivenciadas e a analisar as implicações para a prática profissional. Em suma, a realização deste trabalho reflete o percurso árduo até então, com vista à aquisição de competências do grau de mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, hoje por mim reconhecido como grande impulsionador da mudança, que visa a maximização da saúde da criança e família. Esta experiência foi vista, sobretudo, como um desafio, uma grande oportunidade e um contributo para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados prestados. **Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança, Família.

Abstract

This document is part of the Curricular Unit Final Internship and Report of the 12th Master's Degree Course in Nursing, including Specialization in Child and Paediatric Health at the Universidade Católica Portuguesa (Porto). This internship report highlights what has been learned in this training path towards the acquisition of skills, with the main objective of analysing and to reflecting on problem situations arising from this path in specialized care for children and families. It is worth mentioning that my professional experience assumes relevance in this path and, hence, I was granted prior acquisition of some skills in the area of Child and Paediatric Health Nursing. The required competences, and as per the organization of the document, are grouped into four action areas action: the provision of care, training, management and research. Focused on the development and consequent acquisition, objectives were formulated, accomplished through numerous activities, following a critical and reflective analysis of the action, with theoretical basis in light of more current scientific evidence, requiring bibliographical research, granting it greater consistency, and naturally, mobilization of knowledge and skills acquired along my personal, academic and professional path. Thus, to carry out this work, a descriptive and critical-reflective methodology was used. The development of this process took place in different internship contexts, within the scope of Paediatric Emergency, Neonatology and Primary Health Care. The themes of communication, care partnership, parenting, the promotion of child and youth health and pain bear special focus in the document, transversal to the different internship contexts. The experience led me to review experiences undertaken and analyse the implications for professional practice. In short, the accomplishment of this work reflects the arduous path thus far, with a view of acquiring master's degree skills and becoming a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, currently seen by me as a great driver of change, aimed at maximizing child and family health. This experience was seen, above all, as a challenge, a great opportunity and a contribution to improving the quality and humanization of care provided.

Keywords: Nursing, Child and Paediatric Health, Skills, Child, Family.

Agradecimentos

Aos meus **Pais e Irmãs**, pelo amor e pela força. O meu maior estímulo.

Ao **Nuno**, pela paciência, amparo e ausências toleradas.

Aos **Amigos**, por todo o incentivo.

Aos **colegas de trabalho**, pela flexibilidade e ânimo.

À minha **Professora Orientadora**, pelo apoio e conselhos durante todo o percurso.

Aos **tutores** dos diferentes contextos do estágio, pela partilha de conhecimento.

Lista de siglas e abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AES- Ação de Educação para a Saúde

APMI- Associação Portuguesa de Massagem Infantil

APSI- Associação para a Promoção de Segurança Infantil

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPTAS- *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale*

CSIJ- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção-Geral de Saúde

ECTS- *European Credit Transfer System*

EE- Enfermeiro Especialista

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EESC- Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

NACJR- Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP- *Neonatal Individualized Care and Assessment Program*

NSE- Necessidades de Saúde Especiais

OBS- Área de Observação

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNV- Programa Nacional de Vacinação

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSV- Programa Nacional para a Saúde da Visão

SIJ- Saúde Infantil e Juvenil

SIP- Saúde Infantil e Pediátrica

RN- Recém-nascido

RNPT- Recém-nascido pré-termo

RSVI- Rastreio de Saúde Visual Infantil

SBVP- Suporte Básico de Vida Pediátrico

SU- Serviço de Urgência

SUPP- Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP- Universidade Católica Portuguesa

USF- Unidade de Saúde Familiar

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia

Índice

1. Introdução.....	13
2. Competências previamente desenvolvidas no contexto da prática profissional	17
3. Contextualização do estágio.....	23
4. Competências desenvolvidas no estágio	27
4.1. Domínio da Prestação de Cuidados	28
4.2. Domínio da Formação	75
4.3. Domínio da Gestão	82
4.4. Domínio da Investigação	88
5. Conclusão.....	95
6. Referências Bibliográficas	99
7. Apêndices.....	107
Apêndice I.....	108
Ação da Educação para a Saúde - Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico	
Apêndice II.....	144
Ação de Formação para os Pares - “Suporte Básico de Vida Pediátrico”	
Apêndice III.....	187
Cartaz “Benefícios da Massagem – Curso de Massagem Infantil”	

1. Introdução

O presente documento insere-se no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) (Porto), que integra a Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório. A UC, cujo período foi compreendido entre 4 de fevereiro e 30 de junho de 2019, previu a realização do estágio em três valências distintas, com 360 horas de contacto nos seguintes contextos assistenciais: Urgência Pediátrica (90 horas), Neonatologia (90 horas) e Cuidados de Saúde Primários (CSP) (correspondente a 180 horas) bipartida entre uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Saúde Familiar (USF). Implicou também a realização de seminários e orientações tutoriais de cariz presencial, constituindo um complemento imprescindível na formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), bem como a realização do presente relatório de estágio, abrangendo cerca de 180 horas de trabalho individual. Assim, foram totalizadas as 750 horas de trabalho previstas no plano de estudos, correspondentes a 30 ECTS (*European Credit Transfer System*) contempladas para a UC, das quais 540 horas presenciais e as restantes 210 horas foram direcionadas para a realização de estudo individual no que respeita aos três contextos assistenciais, bem como à elaboração do presente relatório.

Este documento é alvo de objeto de apresentação e discussão pública, que tem como finalidade relatar, fundamentar e refletir acerca do percurso do estágio, com recurso à evidência científica mais atual, apresentando as atividades realizadas em estágio, no sentido de alcançar os objetivos previamente estabelecidos e, assim, desenvolver competências ao nível do EESIP. É de relevar que as competências definidas no plano de estudos da UCP surgem estruturadas em quatro domínios, entre eles, a prestação de cuidados, a gestão, a formação e a investigação, de acordo com os objetivos delineados e respetivas atividades. Pretendo através da consideração de competências, definição de objetivos específicos, e atividades por mim delineadas, ilustrar aquilo que foi a minha prestação ao longo deste percurso, nos diferentes contextos clínicos, seguindo linhas orientadoras e objetivos gerais preconizados pelo plano de estudos do curso de Mestrado:

- “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos

alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

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

A elaboração do presente relatório contempla o uso de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, baseada na utilização de diários de bordo que acompanharam o meu percurso ao longo dos diferentes contextos assistenciais, e no recurso a revisão bibliográfica que o fundamentou. Neste documento reflexivo pretendo, sobretudo, efetuar o reconhecimento das competências desenvolvidas ao longo desta unidade, em função das experiências proporcionadas e vivenciadas pelo estágio, enunciando alguns aspetos que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento das competências neste processo. Efetivamente, o interesse por esta área tornou-se evidente, levando-me a ingressar neste curso de mestrado, com o objetivo de aperfeiçoar as minhas competências, bem como adquirir, desenvolver e integrar novas, em diferentes contextos. A atual experiência profissional, fez com que me fosse creditada a unidade curricular “A Saúde da Criança e Família- Vigilância e Decisão Clínica”, também incluída no plano de estudos do Mestrado, visto que algumas das competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do EESIP são competências que tenho vindo a desenvolver e a desempenhar diariamente no meu contexto de trabalho. Assim, realizarei uma breve abordagem acerca deste conteúdo no próximo capítulo. Quanto à restante estrutura do relatório, segue-se a contextualização dos locais do Estágio Final, justificando as suas escolhas. O quarto capítulo refere-se às competências desenvolvidas no estágio e subdivide-se em 4 subcapítulos, correspondentes aos quatro domínios já referidos anteriormente, onde em cada um deles são agrupadas as competências, os respetivos

objetivos e atividades que as visam atingir. Por fim, concluo o trabalho efetuando um balanço do percurso formativo.

2. Competências previamente desenvolvidas no contexto da prática profissional

Com o intuito de justificar a creditação que me foi concedida, pretendo neste capítulo evidenciar algumas das competências desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Não posso, portanto, deixar de dar ênfase à minha atividade profissional que se desenvolve numa unidade diferenciada a nível nacional que abrange todas as especialidades pediátricas e que visa ser o exemplo na prestação de cuidados, tornando-se marca de referência do setor da saúde. Sendo a prestação de cuidados de saúde obviamente o vetor principal, a formação pré/pós-graduada e a investigação assumem também um papel preponderante na missão deste hospital universitário.

Por razões óbvias, faz sentido destacar o Centro Pediátrico que se encontra organizado em três áreas que integra os seguintes serviços clínicos: Área Médica, da qual fazem parte o Serviço de Pediatria, o Serviço de Cardiologia Pediátrica, entre outros; Área Cirúrgica, que abrange o Serviço de Cirurgia Pediátrica; e Urgência e Medicina Intensiva, da qual fazem parte o Serviço de Urgência Pediátrica, o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Serviço de Neonatologia. O meu percurso nesta área, teve início a 12 de outubro de 2015, num Serviço de Internamento de Pediatria Médica, e que em muito me ajudou a tomar este rumo. Destina-se ao utente pediátrico com idades compreendidas entre 1 mês e os 17 anos e 364 dias, com doença de natureza aguda e crónica, oncológica e incapacitante, onde são prestados cuidados diferenciados. Trata-se de um serviço que abrange várias especialidades, entre elas, medicina, cardiologia, neurologia, neurocirurgia, gastroenterologia, ortopedia e oncologia. Por vezes, quando os serviços estão lotados, é habitual recebermos também crianças da especialidade cirúrgica, como oftalmologia, maxilo-facial, otorrinolaringologia e estomatologia. Este serviço recebe crianças provenientes de várias áreas, tais como, Consulta Externa, Hospital de Dia, Bloco Operatório, Serviço de Urgência (incluindo OBS e cuidados intermédios), Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Neonatologia. A equipa multidisciplinar é constituída por 34 enfermeiros, dos quais 20 são EESIP, médicos Pediatras, Pedopsiquiatras, Nutricionista, Educadoras, Assistente Social, Assistentes Operacionais e Administrativas.

Ao longo dos anos, a aquisição de saberes de forma a dar resposta à situação clínica da criança, que tem sido uma constante, exige o desenvolvimento de **consciência crítica para os problemas da prática profissional**, fazendo-me **refletir na e sobre a minha prática**. Para além da aquisição destas competências, tenho desenvolvido parcialmente outras por via da minha prática profissional, quer em contextos agudos, quer crónicos, com o intuito de atender às situações com que me deparo no dia a dia da criança e da sua família, no contexto assistencial. Com vista ao **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**, a prestação de cuidados é desenvolvida segundo o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro fica responsável por cuidar de determinado número de crianças e suas famílias, durante o turno, dando resposta às suas necessidades. A hospitalização é das experiências mais traumáticas na vida de uma criança, uma vez que ocorre uma rutura com o seu quotidiano, no que toca à separação com os elementos que fazem parte do seu meio social, aos hábitos e atividades (Santos, Silva, Depianti, Cursino, & Ribeiro, 2016). A adaptação a um meio diferente, às novas rotinas, a separação e procedimentos que causam dor fazem parte desta realidade, e constituem fatores que potenciam o sofrimento das crianças, influenciando a componente psicológica e emocional (Santos, Silva, Depianti, Cursino, & Ribeiro, 2016). Também para os pais este é um acontecimento de crise que implica uma transição familiar e igualmente alterações psicológicas, sociais e também laborais e económicas (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018). Nomeadamente numa primeira fase, e quando se trata de um primeiro internamento, há um cuidado acrescido neste momento tão difícil de gerir pela criança e sua família, num ambiente que lhes é totalmente desconhecido. A fase de acolhimento, a meu ver, constitui um momento de extrema importância neste processo, onde é estabelecido um primeiro contacto com a criança e seus cuidadores, e por isso fundamental para que seja criada desde logo uma relação de confiança e de ajuda. Esta fase inclui a integração da criança e pais no serviço, informando-os acerca da sua dinâmica, regras e normas do serviço, apresentação da estrutura física, bem como os recursos disponíveis. Neste período é criado um momento que promova a comunicação expressiva de emoções e exposição de dúvidas, essencialmente por parte da família, expressando sentimentos de ansiedade, angústia, tristeza, medo e impotência. Segundo os resultados do estudo de Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira (2018), a situação de doença e hospitalização da criança abarca sentimentos vivenciados pela família como o medo, tristeza, angústia, ansiedade e incertezas e alterações que tornam tão complexa e

desgastante esta experiência. No decorrer deste contacto, o diálogo do enfermeiro é dirigido no sentido de confortar as crianças e famílias que se encontram tão vulneráveis, transmitindo-lhes alento, disponibilidade e segurança. A comunicação sempre foi um tema de enfoque por estar inevitavelmente intrínseco ao meu trabalho, e que na minha perspetiva continua a ser vista como um desafio, tendo em conta as mais diversas circunstâncias, crianças e famílias com que me deparo diariamente. Porque é impossível falar da criança sem fazer alusão à sua família, e constituindo-se esta parte integrante dos cuidados, ao longo destes anos fui, portanto, adquirindo técnicas e estratégias de comunicação com este binómio. Adotar um tom de voz suave, calmo e seguro para lhes transmitir confiança é de suma importância. A família jamais pode ser dissociada da criança, e, assim, os pais/cuidadores permanecem na sua companhia durante 24 horas, ao longo do internamento, mesmo aquando a realização de procedimentos no serviço. No entanto, no período noturno, apenas é permitida a presença de um acompanhante. Desta forma, e perante todas as situações que realcei, foi possível **desenvolver competências sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.** Nomeadamente nas crianças com doença crónica, o internamento é longo e complexo, sendo impossível cuidar dela e da sua família sem olhar aos seus hábitos, convicções e a tudo que com elas se relaciona. Cuidar implica isso mesmo, assisti-la de forma holística. Lidar com a doença crónica, implica instrução da família para a tornar capaz e desenvolver competências para posteriormente a levar para casa. Portanto, **produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas com que me deparo,** providenciar suporte e assistência à criança e família nestes processos de transição e adaptação, são competências que têm sido desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional neste contexto. Os pais/cuidadores surgem assim como grandes mediadores e, neste sentido, a sua presença e participação nos cuidados são fundamentais, respeitando sempre os seus desejos. Esta parceria faz com que se sintam parte integrante dos cuidados e, deste modo, encorajados, seguros e autónomos para cuidar da criança.

Durante o internamento, o confronto com algumas circunstâncias, foi algo com que tive de aprender a lidar. Refiro-me às situações de emergência, nomeadamente, convulsões e paragens respiratórias, com as quais foi necessário **demonstrar capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas.** Os cuidados paliativos pediátricos em fim

de vida, é outra área presente no meu contexto de trabalho, embora mais rara, mas que exige dos enfermeiros um acréscimo de responsabilidade e sensibilidade para lidar perante uma situação tão delicada, de forma a compreender as necessidades da criança e família neste processo. Assim, a minha atuação passa por **abordar questões complexas de modo sistemático, relacionadas com o cliente e família**, bem como na **avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas**. Nestas em particular, abrange uma grande carga emocional e, assim, a gestão de emoções e adoção de estratégias neste sentido, é algo que também tem vindo a ser trabalhado. Inerente ao meu contexto laboral, mais especificamente nesta área, o controlo e alívio da dor constitui-se um fator fundamental com vista à promoção do conforto para a criança e família. Neste sentido, a utilização e gestão de medidas não farmacológicas, essencialmente, e farmacológicas de combate à dor e/ou prevenção da dor assumem-se como essenciais para evitar o sofrimento da criança. Para um controlo efetivo da dor, **trabalhar de forma adequada** em cooperação com a equipa médica nestas e noutras circunstâncias é fundamental.

O investimento na formação contínua é uma ferramenta que me tem acompanhado ao longo do meu percurso e, deste modo, **manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**, visando a aquisição de conhecimentos e habilidades, melhorando o meu desempenho e, conseqüentemente, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade, tem sido um objetivo. No Hospital onde exerço funções e onde realizei o estágio em dois contextos, existe por exemplo, um departamento que se preocupa em possibilitar ações de formação, precisamente com o objetivo de manter os profissionais atualizados, e melhorar a qualidade dos cuidados. Neste sentido, é com regularidade que participo na formação proporcionada pelo mesmo. Destaco também a frequência na Pós-Graduação em Saúde da Criança e Cuidado Pediátrico, que me levou ao ingresso no curso de Mestrado corrente.

A procura pelo conhecimento científico mais atual orienta para a prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, encontro-me a colaborar num projeto de investigação, da qual faço parte de um grupo de trabalho direcionado para o conteúdo da dor na criança, com o objetivo de **incorporar na prática os resultados da investigação**. Nesta perspetiva, pretende-se **promover a formação em serviço e o desenvolvimento pessoal e**

profissional dos pares, alargando os seus conhecimentos e visando assim a uniformização e melhoria dos cuidados.

Colaborar na integração de estudantes de enfermagem, orientando alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, é também uma das competências que tenho vindo a desenvolver, que implica uma grande responsabilidade, pois o tipo de orientação e obviamente a competência do profissional são fatores que os influenciam e que se podem vir a refletir no desempenho destes futuros enfermeiros. Neste período de aprendizagem, é minha preocupação apoiá-los e provê-los de capacidades e consolidação de conhecimentos teórico-práticos, permitindo integrá-los no mundo profissional que se avizinha. O contacto com novos profissionais em fase de integração é também uma realidade do meu serviço, onde o apoio e a partilha de conhecimentos são uma mais valia para o crescimento e desenvolvimento neste processo.

Realizar a gestão de cuidados, é outra experiência com a qual tenho vindo a contactar. A atribuição como responsável de turno (cujo critério de seleção é ser EESIP ou, na sua ausência, o elemento mais experiente) ainda que de forma pontual, é uma das funções desempenhadas que passa pela realização do plano de trabalho e organização dos cuidados, gestão de vagas e de recursos materiais. Este elemento assume também um papel importante como gestor de conflitos. Sendo este elemento idealmente EESIP, hoje sei que é o elemento chave, dotado de competências, que lhe permite discutir de forma construtiva, na grande maioria das vezes com posterior aceitação por parte dos pares/equipa multidisciplinar/famílias.

Estou certa de que a aquisição destas competências que foram previamente adquiridas, tendo hoje noção que de forma parcial, puderam atenuar o seu desenvolvimento, aprofundando-as ao longo do estágio, e desenvolvendo outras.

3. Contextualização do estágio

Com este capítulo, pretendo ilustrar aquilo que foi o contexto da prática onde foram desenvolvidas as competências. De acordo com o Plano de Estudos do Curso, o Estágio Final decorreu em três contextos distintos e especializados no cuidado à criança: Serviço de Urgência (SU), Serviço de Neonatologia e CSP, no período compreendido entre 4 de fevereiro e 30 de junho de 2019.

Em contexto de SU, o estágio decorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP), sendo as crianças admitidas, não só do Grande Porto, mas também de outros locais da zona Norte dependendo da especificidade dos casos. Esta unidade polivalente visa tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes dos 0 até aos 17 anos e 364 dias de idade com doença aguda que ocorrem ao SU de Pediatria, sendo uma referência na assistência pediátrica na zona Norte do país, funcionando também como centro de trauma pediátrico, “preparado para o atendimento diferenciado de trauma grave, incluindo neurotrauma” (Ministério da Saúde, 2014). A seleção deste local para o primeiro contexto de estágio prendeu-se com o facto de se tratar de um serviço onde me poderiam ser proporcionadas uma panóplia de experiências e oportunidades no que concerne à assistência à criança e família, dado tratar-se como referi anteriormente, de um serviço de referência na região Norte do país. Sendo o único contexto de atendimento pediátrico urgente na área Metropolitana do Porto que implementa o Sistema de Triagem Pediátrica Canadiana, considerado adequado às características do utente pediátrico, que classifica a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica, também este constituiu-se um fator que me levou a optar por este SU. O facto de se tratar também da instituição hospitalar onde exerço funções na Pediatria Médica, permitiu-me uma melhor compreensão acerca da dinâmica do serviço, nomeadamente no que diz respeito à articulação intra-hospitalar (transferência dos doentes), percebendo as limitações e dificuldades nesse sentido. Trata-se de um contexto com capacidade para dar resposta a várias especialidades, com diferentes níveis de gravidade, levando por isso a um leque alargado de conhecimentos e prestação de cuidados diferenciados e variados, enquanto EESIP. Segundo o que pude apurar durante o meu percurso de estágio no contexto de SU, a este serviço recorrem cerca de 200 crianças por dia, cujos picos se situam entre as 19 e as 2 horas.

Relativamente à estrutura física desta unidade polivalente, destaco a área de admissão/receção, constituída por um gabinete administrativo onde são realizados os procedimentos necessários à admissão da criança e uma zona onde a criança e respetivo acompanhante aguarda chamada para ser triada; a área de triagem que integra duas salas onde permanecem dois enfermeiros que, eletivamente, são EESIP ou possuem pelo menos três anos de exercício no serviço urgência; a área de emergência pediátrica constituída por uma sala de emergência onde se efetua a receção, avaliação e estabilização inicial das crianças e adolescentes em situação emergente, onde existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato; a área de observação (OBS) para atendimento de 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 à transferência para outro serviço ou alta clínica. Funciona também como Unidade de Cuidados Intermédios sempre que as crianças necessitem de vigilância mais estreita num período superior a 24 horas, recebendo também transferências vindas de outros serviços quando a condição da criança assim o exige. Esta área compreende uma lotação de dez unidades (sendo uma delas destinada a isolamento por infeção ou imunossupressão) equipadas com monitorização de parâmetros vitais, e é assegurada por vigilância médica e de enfermagem de forma contínua e permanente. Nesta área é também permitida a permanência de um acompanhante junto da criança. Para além destas áreas funcionais que acabei de referir, existem também duas salas de espera onde a criança e respetivo acompanhante aguardam chamada para a consulta médica; sete gabinetes médicos, um dos quais designado sala de pequena cirurgia, destinado como o próprio nome indica, a doentes cirúrgicos, à exceção de doentes ortopédicos; e um outro para ortopedia. Existe também um gabinete de enfermagem (que dá apoio aos gabinetes médicos) onde são realizados diversos procedimentos (colheitas de espécimens, administração de terapêutica, punções lombares, entre outros); sala polivalente destinada ao pessoal, dispondo de meios informáticos e um sistema de retirada de medicação; sala de espera interna, da qual faz parte uma área destinada a inaloterapia, uma destacada para amamentação e outra para isolamento. Quanto aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 46 elementos, dos quais 19 EESIP. Os enfermeiros estão organizados em equipas de 7 elementos por turno, ficando distribuídos pelos diversos setores. Assim, 2 enfermeiros ficam destacados para a área de triagem, 1 para o gabinete de pequena cirurgia e/ou

ortopedia que presta cuidados lado a lado com a equipa médica, 1 elemento para o gabinete de enfermagem, 2 destinados OBS, e o chefe de equipa (EESIP) que a coordena e circula nos diversos setores mediante as necessidades.

Em contexto de Neonatologia, o estágio decorreu na mesma instituição que o anterior, numa unidade de cuidados intermédios e intensivos, assumindo-se também esta uma referência, sendo a mais diferenciada na região Norte do país, e cujo objetivo se centra na redução da morbilidade e mortalidade dos RN de alto risco. Esta unidade acolhe recém-nascidos pré-termo (RNPT) e recém-nascidos (RN) com outras necessidades, garantindo a prestação de cuidados de saúde específicos (incluindo os que apresentam patologias de foro cirúrgico e cardíaco). Trata-se de um serviço que contempla 15 unidades, sendo que 7 se destinam a cuidados intermédios e 8 a cuidados intensivos neonatais, e encontram-se orientadas em torno de uma área de trabalho destinada à equipa de enfermagem, dotada de monitorização central, e onde há visibilidade sob todas as unidades. Destaco a sala de estar destinada aos pais, onde podem descansar e ver televisão; uma casa de banho para os pais e outra para os profissionais; um “Cantinho de Amamentação”, área esta destinada às mães onde podem proceder à extração de leite materno (com recurso a dispositivos ao dispor das mães), e posteriormente ao seu armazenamento, se necessário, no frigorífico que essa zona possui; uma sala de aprovisionamento; uma sala de preparação e acondicionamento de medicação destinada aos enfermeiros, com material necessário à sua administração; área de desinfeção e uma copa para os profissionais. Dispõe de uma vasta equipa multidisciplinar responsável por fornecer cuidados assistenciais individualizados à criança e família. A equipa de enfermagem é constituída por 43 elementos, dos quais 25 especialistas: 22 em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), 2 em Saúde Materna e Obstétrica e 1 em Reabilitação, organizados por equipas de 6 enfermeiros por turno, sendo que o responsável de cada equipa é também EESIP e executa funções de gestão.

Por fim, o contexto de CSP realizou-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), também na zona Norte do país, que abrange uma população de 219 804 utentes inscritos. Este estágio decorreu numa UCC em atividade desde 2011, abrangendo 47 494 utentes, e numa USF com 14 127 utentes inscritos, em atividade desde 2016. A UCC é constituída por uma equipa de 9 enfermeiros, dos quais 8 especialistas em diferentes áreas, sendo um deles EESIP, responsável pela Saúde Escolar e pelo Curso de Massagem Infantil, 2 em

Saúde Materna e Obstétrica, 2 em Saúde Comunitária e 3 em Reabilitação. Fazem também parte integrante da equipa, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. Esta unidade tem como missão *“Prestar cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência funcional, atuando também em áreas de educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família”* (Ministério da Saúde, 2017) e visa ser considerada pelos cidadãos como uma unidade de excelência garantindo serviços de saúde diferenciados com elevados padrões de qualidade, através da aquisição e promoção de hábitos de vida saudáveis da população, ao longo do ciclo de vida. Neste tipo de unidades é sobretudo valorizada a cooperação, trabalhando em parceria com as estruturas da comunidade local e em articulação com todas as unidades funcionais do ACES (Ministério da Saúde, 2008), e a gestão participativa, cujo trabalho em equipa é essencial e assenta num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, melhorando o seu desempenho e aumentando a sua satisfação e motivação profissional.

Quanto à USF, esta tem como objetivo prestar cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares aos seus utentes pela equipa de saúde familiar, assegurando a acessibilidade, qualidade e continuidade dos mesmos. Esta equipa é constituída por 8 enfermeiros, 4 dos quais especialistas, 8 médicos e 5 secretários clínicos.

4. Competências desenvolvidas no estágio

O estágio corresponde a um conjunto de experiências que são proporcionadas em contexto real permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, assim como é descrito como um percurso de apropriação pessoal e reflexiva dos saberes teóricos e práticos (Aguiar, 2013). Neste contexto, torna-se fulcral esta modalidade na formação do Enfermeiro Especialista (EE) permitindo um processo reflexivo e desenvolvimento na sua prática clínica.

Segundo o Estatuto Profissional, consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o *“enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Ministério da Saúde, 1996). Ora, o EESIP desenvolve a sua atividade centrando-se no binómio criança/família como beneficiário dos seus cuidados. O seu trabalho é desenvolvido em parceria com a criança e família, seja qual for o contexto em que se encontre, promovendo a saúde, prestando cuidados individualizados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde, promovendo também a parentalidade. Cabe ao EESIP a prestação de cuidados desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo este período alongar-se até aos 21 ou 25 anos, em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência, até que se consiga a transição apropriada para a vida adulta (Ordem dos Enfermeiros, 2018). São inúmeras as áreas de atuação do EESIP, entre elas, a avaliação e promoção do desenvolvimento da criança, tendo especial atenção aos cuidados antecipatórios em relação às famílias com vista à promoção do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção prévia de situações bem como a sua referenciação que possam influenciar a qualidade de vida de forma negativa. Também a promoção da autoestima do adolescente e a responsabilização autónoma pelas opções relativas à saúde, são áreas de desempenho deste especialista. Para que o EESIP possa efetivamente nelas atuar, é essencial que possua competências para prever e responder também em situações de emergência, bem como para avaliar o núcleo familiar e dar resposta às suas necessidades, tendo especial atenção no que concerne à adaptação em caso de alteração do estado de saúde e dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros (OE) declara como competências específicas destes profissionais:

- “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida, e de desenvolvimento da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estas competências estão na origem das competências comuns do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que por sua vez, surgem agrupadas em domínios. Ora também estas estão na génese das competências definidas e propostas pelo plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em SIP que orientaram o estágio, e que surgem ao longo deste relatório. Portanto, estas foram agrupadas em quatro domínios, surgindo como que um paralelismo aos descritos nas competências comuns do EE, entre eles, a prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Com o intuito de enunciar a aquisição das mesmas, foram associados os respetivos objetivos do estágio e, posteriormente, as atividades por mim desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio de forma a dar resposta aos objetivos anteriormente delineados. Sendo que o principal objetivo do estágio foi promover o desenvolvimento de competências específicas na assistência das crianças, mas reconhecendo a família como uma constante na vida deste ser tão vulnerável, os restantes foram pensados e planeados no sentido de dar resposta às necessidades desse binómio, bem como às necessidades de formação e aprendizagem.

4.1. Domínio da Prestação de Cuidados

O papel do EE traduz -se na prestação de cuidados de nível avançado, dotada de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando dar resposta às necessidades desta díade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, e sendo o objetivo principal a prática assistencial de excelência, e consequentemente, a melhoria da qualidade de saúde da criança e família, são necessários conhecimentos específicos e aquisição de competências nesta matéria.

Competência desenvolvida

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

Objetivo específico

- Integrar a dinâmica do contexto clínico e da equipa multidisciplinar.

Atividades realizadas

- ✓ Conhecer a estrutura física e funcional do contexto;
- ✓ Efetuar visita guiada ao serviço;
- ✓ Compreender a dinâmica organizacional do contexto clínico;
- ✓ Conhecer os recursos humanos e materiais existentes no contexto clínico;
- ✓ Consultar as normas e protocolos existentes no contexto de estágio.

Reflexão crítica

Numa fase inicial, com vista à integração e adaptação nos diferentes contextos clínicos, o conhecimento da estrutura física e funcional dos mesmos foi fundamental. Assim, foi-me proporcionada uma visita guiada pelos diferentes serviços desconhecidos até então, contactando com a sua dinâmica organizacional. A dinâmica de acolhimento nos diferentes contextos foi realizada pela enfermeira chefe, seguindo-se da apresentação ao respetivo tutor e restante equipa multidisciplinar.

Em contexto de SU, aquando a visita guiada pelo seu espaço físico, foram-me transmitidas informações acerca do circuito da criança que recorre a este contexto, desde a admissão até à sua transferência/alta, que posteriormente tive oportunidade de observar. Como em qualquer serviço, também este deve garantir a segurança dos cuidados e estar dotado (para além dos recursos humanos) de recursos físicos que garantam uma prestação

de cuidados segura para o profissional, para a criança e seus pais/cuidadores. Assim, relativamente à estrutura física e organizacional do contexto, destaco alguns aspetos que achei relevantes, como a decoração tão particular da pediatria, com desenhos coloridos nas paredes que são úteis para recorrer à distração aquando os procedimentos, bem como ao método do brincar, que, segundo Santos, P., Silva L., Depianti J., Cursino E., Ribeiro C. (2016), ainda que não impeça a dor na criança, minimiza o impacto negativo causado pela hospitalização, fomentando a recuperação infantil; e o cantinho da amamentação que proporciona privacidade para as mães poderem amamentar. Por outro lado, e relativamente à dinâmica funcional do serviço, constatei que nos momentos do dia em que há maior afluência, nem sempre estão reunidas as melhores condições nomeadamente no que concerne ao espaço físico (disposição das macas nos corredores) que se torna reduzido, bem como ao ruído que se instala. A meu ver, este é um fator problemático que se traduz muitas vezes não só pela indisponibilidade de vagas nos serviços do hospital, mas pelo facto de algumas equipas médicas externas virem exercer funções neste serviço, transferindo as crianças que necessitam de internamento, para os hospitais das suas áreas de residência, o que provoca um maior aglomerado de crianças e pais neste serviço, enquanto aguardam pelo transporte. Deste modo, a agilização do transporte, quer seja para outro hospital, quer seja para o serviço de Pediatria Médica desta instituição (que é independente do edifício principal e requer meio de transporte para efetuar a transferência da criança), por exemplo, é um obstáculo que me fez refletir em vários momentos. Com efeito, este cenário implica tempos de espera aumentados e, conseqüentemente, sobrecarga do serviço.

Ao longo desta jornada, fui-me apercebendo que, efetivamente, a integração é um processo que assume um grande destaque para o sucesso da adaptação do aluno ao contexto de estágio, e para o seu eficaz desempenho durante este percurso. Deste modo, a envolvimento na equipa multidisciplinar e o conhecimento da dinâmica funcional do serviço permitiu-me uma melhor e mais organizada prestação de cuidados ao RN, criança, adolescente e família. Ora, com o intuito de favorecer tanto quanto possível este processo, consultei normas e protocolos de atuação existentes nos locais de estágio. Estes instrumentos de consulta foram bastante relevantes para esclarecimento de dúvidas, uniformização de procedimentos, acréscimo de segurança aquando a minha atuação ao longo do meu percurso, assumindo sempre um espírito crítico na e sobre a ação, proporcionando-me também a aquisição de competências específicas no que diz respeito

à atuação do EESIP. Aqui, destaca-se o protocolo de atuação na triagem (nomeadamente no que diz respeito ao papel do enfermeiro neste setor, que abordarei mais à frente), que tem vindo a ser atualizado pela equipa. Relativamente ao modelo de triagem utilizado, *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale* (CPTAS), este contexto foi pioneiro no país no que diz respeito à sua implementação, e tem vindo a ser alvo de atualizações quanto à sua abordagem. Nesta área, pude compreender a importância da triagem no que concerne ao correto encaminhamento das crianças para as respetivas especialidades e em tempo útil, prevenindo assim complicações ou agudização da doença.

Ainda em contexto hospitalar, o serviço de Neonatologia, foi sem dúvida um grande desafio, não só porque até então me era desconhecido, mas acima de tudo pela especificidade e minuciosidade dos cuidados que marcam de uma forma tão relevante esta realidade. Tendo em conta o que referi anteriormente e dado o curto período do estágio, este contexto em particular, exigiu de mim uma adaptação ainda mais rápida para alcançar os objetivos traçados. Assim, a consulta de normas e protocolos existentes para todos os procedimentos realizados no serviço foram sem dúvida um auxílio essencial. Nesta unidade, destaca-se a proximidade que a equipa de saúde estabelece, constituindo-se de extrema importância para a prestação de cuidados de excelência. Destaco, por exemplo, a relação médico-enfermeiro, que se traduziu pelo cuidado que ambos tinham em definir o melhor horário para executar determinado procedimento que envolvesse estes dois profissionais (colocação de cateteres epicutâneo-cava, colocação de dreno abdominal, tratamento de feridas cirúrgicas). Efetivamente, e tratando-se de uma unidade ampla, onde a área de trabalho se situa no seu centro e onde há contacto visual sobre todos (profissionais de saúde, pais e RN), a meu ver, este é tido como um ingrediente vantajoso no contexto da assistência e, para mim em particular, permitiu-me uma melhor compreensão no que diz respeito à dinâmica do serviço.

Relativamente ao contexto de CSP, numa fase inicial foi algo complexo uma vez que se trata de um contexto muito distinto da minha prática clínica diária, que decorre em cuidados diferenciados, mas onde foi possível compreender a sua organização, as respetivas unidades funcionais, bem como a dinâmica inerente. No que respeita à Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) e Programa Nacional de Vacinação (PNV), estes conteúdos foram desenvolvidos em contexto da USF, fundamentais ao aprofundamento de competências do EESIP, e que abordarei mais à frente. Neste âmbito, ressalvo um aspeto em particular em que percebi que a proximidade e a comunicação

entre a equipa são fundamentais. Exemplo do que acabo de referir decorreu precisamente no âmbito da CSIJ em que foi possível observar um momento em que esta foi realizada juntamente com o médico, assistindo aqui a uma coordenação eficaz entre o enfermeiro e o médico de família, e que penso que é benéfico no decurso da consulta. Salvaguardo o momento pontual a que assisti, em que o médico se dirigiu ao gabinete de enfermagem, de forma ocasional, encontrando-se nessa altura uma bebé despida, a ser sujeita à avaliação antropométrica pela enfermeira. Nesse momento, o pediatra aproveitou essa circunstância para proceder à sua avaliação, evitando ter de a despir novamente no decurso da sua consulta. Julgo que a adoção deste método por sistema, e não de forma pontual ou ocasional, podia ser mais privilegiada neste âmbito, evitando o desconforto da criança e muitas vezes a duplicação da informação. O planeamento das intervenções são extremamente importantes e garantem a prestação de cuidados de qualidade.

Na UCC, os enfermeiros das diferentes áreas de especialidade têm a seu cargo vários projetos de intervenção. No âmbito do “Programa Nacional de Saúde Reprodutiva”, o curso de massagem infantil está a cargo do EESIP, tendo sido possível assistir e colaborar neste ao longo do estágio. As sessões de massagem infantil funcionam em simultâneo com o curso de recuperação pós-parto, que é orientado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), que auxilia na execução dos exercícios. Ainda no âmbito do mesmo programa, pelo curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, estão responsáveis duas EESMO. Relativamente à área da Saúde Escolar, também a EESIP tem a seu cargo este projeto, trabalhando em parceria com duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Comunitária (EESC).

O atingimento deste objetivo foi fundamental não só no processo de integração, mas também na construção de conhecimentos e competências, tendo sempre presente que o saber ser, saber estar e saber fazer são fundamentais para o reconhecimento na equipa.

Competências desenvolvidas

Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;

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

Objetivo específico

- Aprofundar competências relacionais e comunicacionais com o RN, criança, adolescente e com a família.

Atividades realizadas

- ✓ Utilizei estratégias comunicacionais na abordagem ao RN, criança, adolescente e família;
- ✓ Utilizei técnicas de entrevista clínica;
- ✓ Observei e identifiquei o comportamento dos pais;
- ✓ Favoreci a comunicação expressiva de emoções da criança e família;
- ✓ Respeitei a cultura e as crenças individuais estabelecendo uma relação terapêutica com a criança e família.

Reflexão crítica

A comunicação é essencial na assistência à criança, jovem e família, já que este elemento constitui um fator fundamental e indissociável da assistência à criança, assumindo um papel de destaque na prestação de cuidados, sendo mais importante a forma como é traduzida e que caracteriza a sua relevância nas intervenções de enfermagem (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Segundo o estudo efetuado por estes autores, destaca-se a linguagem falada, linguagem comportamental e atitude do profissional como elementos

que constituem o processo assistencial à criança. Neste sentido, tanto a linguagem verbal como a não verbal têm um impacto significativo na realidade da criança e contribuem para que se estabeleça uma comunicação efetiva, nomeadamente quando esta se encontra inserida num ambiente estranho e ameaçador. Seja qual for o contexto de saúde em que a assistência é prestada, mas nomeadamente no universo hospitalar, a criança vivencia inúmeras experiências negativas, causando-lhe stress e ansiedade, uma vez que está perante um ambiente que muitas vezes lhe é desconhecido, rodeado de equipamentos e procedimentos que causam desconforto e dor. Todos estes fatores interferem no seu comportamento e influenciam a sua componente afetiva, psicológica e emocional, sendo por isso muito importante o papel do enfermeiro no reconhecimento desta ameaça. Para tal, é necessário que haja uma escuta ativa para conseguir perceber o impacto que este evento tem na sua vida e de que forma é vivida (Santos, Silva, Depianti, Cursino, & Ribeiro, 2016). Assim, ao longo dos diferentes contextos de estágios, procurei aprofundar a competência acima referida e fazer uso da comunicação de forma adequada e efetiva, considerando esta um ingrediente essencial e facilitador do processo assistencial, tendo sempre presente o respeito pela criança e sua família relativamente ao seu contexto cultural e social, bem como às suas crenças. Porque é impossível cuidar deste binómio sem olhar a tudo o que com ele se relaciona, devemos olhar a todas as suas esferas, prestando assim cuidados de forma holística. Em todos os contextos do estágio, percebi que o EESIP contacta com diversas culturas, exigindo que tenha conhecimento destas, agindo em conformidade. Utilizei estratégias comunicacionais com crianças de várias faixas etárias privilegiando sempre o relacionamento com os pais. O aprofundamento desta habilidade, foi relativamente simplificador pelo facto de exercer funções num serviço de Pediatria, e aplicar esta habilidade na minha prática clínica diária. No entanto, tratando-se de contextos diferentes da realidade onde exerço funções, foi sempre tida como um desafio e o investimento nesta temática foi transversal a todos os contextos clínicos, nomeadamente na unidade de Neonatologia, que abordarei à frente.

No SU, foi possível verificar que o EESIP assume um papel fundamental acerca desta temática, muito importante na eficácia do processo de triagem, bem como na relação que estabelece com a criança e família, já que este é o primeiro profissional de saúde a ter contacto com estes elementos. Ainda que seja breve, e por isso difícil estabelecer uma grande proximidade, percebi desde logo que é importante que se tire partido desta, transmitindo uma relação de confiança e disponibilidade, de forma a colher os dados para

tomar uma decisão informada sobre a situação com que se depara. Portanto, aliado à comunicação, também o pensamento crítico e a tomada de decisão rápida, são fatores preponderantes no decorrer da triagem que a tornam tão complexa, e que permitem uma avaliação efetiva dos doentes. Assim, compreendi a necessidade de orientar a entrevista de forma concisa, limitando a exploração da queixa apenas aos factos necessários, com o objetivo de perceber a queixa principal, que nem sempre é tarefa fácil, uma vez que o stress e a ansiedade destas famílias aquando estes eventos, muitas vezes podem dificultar a sua interpretação, e conseqüentemente, a sua validação em tempo útil. Neste sentido, foi possível verificar algumas dificuldades em reportar de forma objetiva o(s) motivo(s) que os levaram a recorrer ao SU. Assim, aprofundei competências no que diz respeito à interpretação do discurso dos cuidadores que acompanham a criança, bem como à construção de uma relação empática entre o enfermeiro e a família, tão relevante, face às situações adversas. Efetivamente, a comunicação deve ser valorizada, sabendo o que falar e como falar nestas circunstâncias, pois para além de favorecer esta relação de confiança com os pais/cuidadores, pode também constituir uma mais-valia para as crianças, sentindo-se mais apoiadas (Pinto, S. A. G., & Silva, E. M.V. B., 2013). Estes momentos foram também muito úteis para esclarecer dúvidas apresentadas pela família no cuidado à criança. Tive oportunidade de numa fase inicial assistir, colaborar e, posteriormente, efetuar triagem de forma autónoma, naturalmente sob a inerente supervisão. No ambiente agitado que caracteriza esta área, constatei que existem alguns aspetos que podem prejudicar a comunicação (ruído, stress, ansiedade, restrição de tempo, etc), e conseqüentemente, a triagem propriamente dita. Por este motivo, o desenvolvimento de estratégias neste sentido é essencial, sendo necessário que o EESIP adote uma postura tranquila e assertiva, linguagem clara e objetiva. Tão importante, é também a atitude e o comportamento do enfermeiro nesta fase. Refiro-me à paciência, bom senso, assertividade, espírito crítico, disponibilidade para ouvir, confiança e capacidade de trabalhar sob pressão, como alguns atributos necessários.

Em todos os contextos assistenciais, procurei adotar diferentes tipos de linguagem e formas de comunicação compatível com a idade e desenvolvimento da criança, recorrendo a estratégias comunicacionais verbais e não verbais quer com a criança, quer com a família. Assumir uma posição de igual para igual (contacto visual) falando calmamente, usando frases simples e curtas para dar tempo a que as crianças se expressem e se ambientem, explicar os procedimentos e utilizar a brincadeira como linguagem

universal da criança, foram algumas das táticas utilizadas. A comunicação não-verbal foi também alvo da minha atenção e tão importante no aprofundamento de competências a este nível, já que qualquer comportamento transmite uma mensagem. Refiro-me aos gestos, movimentos, postura, expressão facial e reações, incluindo o saber ouvir por parte dos enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). A comunicação não-verbal é muito importante nomeadamente em momentos de grande vulnerabilidade. Sabe-se que de uma forma geral, a criança mais nova torna-se desde cedo, capaz de compreender a paralinguagem, tendo por exemplo a competência de perceber a ansiedade ou medo transmitida pelos pais através da voz (ex: aumento da frequência ou aceleração do discurso) (Hockenberry & Wilson, 2014), sendo este elemento fundamental para dar consistência ao processo de comunicação. Assim, optei por apresentar um cuidado acrescido no que diz respeito ao meu próprio controlo da paralinguagem, fazendo uso da voz firme e suave, calma e uniforme, bem como de comportamentos de aceitação para se estabelecer a comunicação, devido à sensibilidade às mensagens não verbais que as crianças apresentam. Nos lactentes, a presença dos pais é fundamental para estes se sentirem seguros, sendo os estranhos uma ameaça potencial (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim sendo, permiti que o lactente mantivesse sempre o contacto visual com a imagem parental. Nas crianças em idade pré-escolar, aquando a preparação da criança, limitei-me ao concreto evitando descrições extensas; possibilitei que manipulassem os objetos que iriam ser utilizados, dando-lhes poder de escolha sempre que apropriado, e que usassem objetos de conforto. Recorri a estes objetos e empreguei-os como brinquedos terapêuticos, em contexto de urgência (quando oportuno), e nas consultas de saúde infantil. Este recurso foi bastante significativo na implementação dos cuidados fomentando a colaboração da criança aquando a realização dos procedimentos, tornando-os mais rápidos e simples (Freitas & Voltani, 2016). De uma forma geral, o recurso ao lúdico na preparação da criança e sua família antes da realização dos procedimentos, torna a experiência mais agradável e semelhante ao ambiente quotidiano da criança. Deste modo, é-lhe proporcionada tranquilidade, o que favorece a comunicação e, conseqüentemente a participação e aceitação de procedimentos, possibilitando a implementação de cuidados não traumáticos à criança e sua família, e fortalecendo o vínculo enfermeiro-paciente-família (Freitas & Voltani, 2016). Na idade escolar, expliquei os procedimentos e funcionalidades de alguns objetos, ajudei a criança a expressar os seus sentimentos e permiti que participasse nos cuidados (ex. premir o botão

do esfigmomanómetro digital) (Hockenberry & Wilson, 2014). Relativamente à comunicação com o adolescente, a abordagem a este nível é bem diferente, tendo em conta as suas características incontornáveis neste período de transição entre a infância e a fase adulta. A procura pela identidade, a necessidade de autonomia crescente e as suas mudanças físicas, cognitivas e sociais geram alguns confrontos com os que os rodeiam, nomeadamente com os pais e outros adultos. Inicialmente os processos de tomada de decisão são embrionários, no entanto, vão ficando mais consistentes à medida que os adolescentes vão ganhando mais autonomia e responsabilidade, e são os pais, os professores e os profissionais de saúde que têm um lugar de realce neste processo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Conferir autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo são princípios éticos que devem constar no atendimento ao adolescente e que promovem o estabelecimento de uma relação de confiança entre o EESIP e o adolescente, essencial nesta fase (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tanto em contexto do SU, como nos CSP, no âmbito da CSIJ, tive contacto com esta faixa etária, no entanto as experiências foram distintas. Em ambos os contextos, a tentativa de construção de uma relação de confiança foi uma constante, no entanto esta relação foi mais fácil de estabelecer no decorrer das CSIJ, ao invés do outro contexto (SU), uma vez que o contacto com este é mais curto, o ambiente menos propício e o adolescente apresenta-se numa condição, por norma, mais vulnerável e não tão predisposto para que se estabeleça esta relação. Já nas CSIJ, realço o facto de ser proporcionado um momento apenas com o adolescente de forma a não gerar qualquer constrangimento pela presença (do pai/mãe ou outro acompanhante), nomeadamente na exposição de dúvidas e abordagens de alguns assuntos relacionados com a segurança, consumos nocivos, puberdade, sexualidade e uso de contraceptivos, constituindo este momento uma mais valia no estabelecimento da relação. Uma consulta que tive oportunidade de realizar foi a um adolescente de 15 anos que vinha acompanhado pela sua mãe. Foi iniciada através da minha apresentação, seguida da avaliação dos dados antropométricos, e posteriormente a abordagem de alguns dos conteúdos previstos no PSIJ. Posteriormente foi solicitado à mãe se ausentasse, garantindo desta forma a privacidade e confidencialidade ao adolescente. No decorrer da entrevista percebi que o adolescente apresentava dúvidas relativamente à colocação do preservativo masculino, pelo que na altura improvisei um objeto e instruí-o nesse sentido, demonstrando e explicando a técnica.

Por outro lado, o silêncio do adolescente constituiu uma barreira e pode ser interpretado como uma atitude defensiva que tentei que fosse contornada através de questões mais informais, por exemplo, e usando o sentido de humor. Em ambos os contextos, a minha intervenção foi sempre no sentido de dar oportunidade a que o adolescente expressasse as suas ideias e sentimentos sem criticar nem julgar, respeitando os seus pontos de vista, não interromper e evitar comentários que indicassem desaprovação, bem como silêncios prolongados. Simultaneamente foi assegurada mais uma vez a confidencialidade e o direito à privacidade, o uso de uma linguagem simples e realista, dirigir-me ao adolescente mesmo quando acompanhado pelos pais, reforçar as suas competências, a sua autoestima e os comportamentos positivos, foram algumas das estratégias utilizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No SU, realço a recorrência de dois adolescentes a este contexto, vítimas de acidentes escolares, que sofreram uma queda aquando a aula de Educação Física apresentando traumas faciais, e em que foram aplicadas algumas das intervenções anteriormente mencionadas, bem como o reforço positivo da sua imagem corporal.

Ainda em contexto de CSP, as competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença foram desenvolvidas essencialmente nas consultas de saúde infantil como já referi, no Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) e no contacto com a educadora das crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). A referenciação destas últimas à Equipa de Saúde Escolar que necessitem de alguma intervenção no âmbito escolar necessita de ser articulada com a Equipa de Saúde Familiar e pode ser iniciada pela própria escola, pelos cuidadores ou pelo EESIP (Direção-Geral da Saúde, 2015). Na UCC onde estagiei, as crianças com NSE estão a cargo do EESIP que desempenha um papel fundamental na deteção de fatores facilitadores ou barreira no ambiente escolar, bem como em todo o acompanhamento, em função das necessidades da criança (Direção-Geral da Saúde, 2015), pois é este que tem as competências necessárias para avaliar toda as circunstâncias da criança e do seu contexto. Um dos momentos que posso ilustrar remete para uma visita, a uma escola com crianças com NSE, onde foi possível estabelecer contacto com elas e reunir com a educadora de forma a compreender os problemas ou questões que mais carecem do nosso cuidado, bem como as dificuldades sentidas. Percebi que estas se encontravam substancialmente na falta de segurança em lidar com uma criança em particular, com 10 anos, detentora de uma paralisia cerebral e epilepsia, que ultimamente tinha vindo a apresentar mais crises

convulsivas que o habitual. Durante a reunião percebemos que se tratava de uma família monoparental, cuja mãe era analfabeta. O papel do EESIP foi imediatamente no sentido de tentar compreender a situação e certificar-se que a medicação estava a ser administrada corretamente. Constatamos que a designação dos fármacos, as dosagens e os horários se apresentavam manuscritos num papel que havia sido entregue à educadora através da mãe. Após estabelecimento de contacto telefónico com a mãe da criança, percebemos que esse mesmo papel teria sido fornecido por um profissional de saúde aquando a alta do internamento, dias antes. A questão inevitável e preocupante que se colocou e nos provocou inquietação prendeu-se com o facto de esta mãe ter ou não estratégias bem definidas para administrar a medicação ao filho corretamente, e da fiabilidade do documento onde constava a medicação. De seguida foi contactado o centro de saúde, no sentido de agilizar a situação e convocar a mãe desta criança para uma consulta.

Em contexto de Neonatologia, a comunicação com o RN internado numa UCIN foi sem dúvida uma experiência única e desafiante, perante a peculiaridade e fragilidade deste ser. Segundo a literatura, sabe-se que o RNPT é capaz “*de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque*” quando estimulado e mostram-se serenos quando se conversa com eles (Farias, Cardoso, Silveira, & Fernandes, 2009). Segundo estes autores, para o RNPT, o toque (e o contacto humano imediato) é indispensável, tendo-o privilegiado e incentivado como forma de interação com os pais. Percebi que muito do papel do enfermeiro passa pelo reconhecimento e interpretação da comunicação do RN, que requer uma grande sensibilidade, habilidade e conhecimento. Assim, conhecer as suas manifestações comportamentais foi imperativo. Estar atenta à postura corporal, às expressões faciais e ao tipo de choro, são sinais que não podem passar despercebidos, devendo ser interpretados e que implicam a intervenção adequada do EESIP perante estas respostas do bebé. Neste sentido, direcionei o meu cuidado através da acalmia/tranquilidade (toque suave), constituindo um importante meio de comunicação, da contenção, ou através do tom de voz suave/de intensidade baixa, percebendo, efetivamente que a comunicação com o RN, tal como nas outras faixas etárias, é realizada nos dois sentidos, sendo evidente a obtenção de respostas por parte deste ser vulnerável. Através destes elementos estamos a apostar na minimização do stress do RN, reduzindo a probabilidade de interferir negativamente no seu desenvolvimento (Balbino, Cardoso, Silva, & Moraes, 2012).

A comunicação com a família é imprescindível qualquer que seja o contexto. Neste em particular, que acarreta uma grande carga emocional para a família, pelo confronto com a realidade por vezes inesperada, não estando os pais preparados psicologicamente para o internamento do filho, muitas vezes em risco de vida; pelo ambiente da unidade; pela separação física do bebé, quer quando a mãe está ainda internada no serviço de obstetrícia, quer quando esta tem alta mas o bebé continua internado, entre outros fatores (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Mais não seja pelo facto de o bebé se encontrar cingido a uma incubadora, que por si só já causa, inevitavelmente, distanciamento entre o RN e os pais. Ao longo deste processo tão delicado, de luto relativamente ao bebé idealizado, os pais vivenciam sentimentos de angústia, ansiedade, stress, medo, solidão, culpa, insegurança e incompetência para cuidar do bebé (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Neste sentido, face às dificuldades sentidas por parte das famílias, fez-me refletir que o desenvolvimento de competências comunicacionais é determinante no apoio aos pais/família. Ao longo desta experiência percebi que a criação de momentos para dialogar com estes pais são essenciais, com especial atenção na primeira visita dos pais ao bebé, demonstrando disponibilidade, empatia e segurança, sendo muito importante que se sintam acolhidos e parte integrante da equipa que vai cuidar dos seus bebés (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Neste turbilhão de sentimentos vivenciados pelos pais, muitas vezes percebi que a informação dada aos pais numa fase inicial, não era devidamente processada, tal como evidencia a literatura, corroborando que nos primeiros dias 90% da informação é esquecida (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014 cit. por Tamez 2009). Neste sentido, após alguns dias de experiência nesta unidade, a minha atuação passou por esclarecer aos pais as mensagens que não haviam sido compreendidas, encorajando-os a comunicar as suas emoções, a expor as suas dúvidas, angústias e preocupações, demonstrando disponibilidade para os apoiar. A adoção de uma postura calma, linguagem simples, clara e assertiva foram algumas estratégias adotadas.

Competências desenvolvidas

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

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

Planear e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Fazer a avaliação crítica/reflexão dos dados obtidos.

Objetivo específico

- Promover a parceria de cuidados e compreender a sua importância nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Centrei os cuidados na parceria enfermeiro-família;
- ✓ Incentivei, envolvi e capacitei a família na prestação de cuidados;
- ✓ Avaliei as capacidades da família em relação aos cuidados e registei em sistema próprio.

Reflexão crítica

O modelo de parceria de cuidados, da autoria de Anne Casey em 1988, é uma constante quando nos referimos à criança como alvo dos cuidados, e que identifica precisamente a família como contributo desta prestação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Para além disso, este modelo permite que os enfermeiros influenciem a parentalidade de forma positiva e pressupõe uma negociação, envolvimento e respeito pelos desejos da criança/família, que foi empregue de forma transversal nos diferentes contextos de estágio. Muito embora cada um deles apresente particularidades e focos de atenção à prática de enfermagem muito distintos, a assistência especializada à criança e família foi norteadada por este modelo, onde pude verificar e compreender a sua aplicabilidade, elaborar o plano de cuidados, assim como avaliar os resultados obtidos perante as intervenções realizadas,

utilizando a linguagem classificada. No contexto de Neonatologia, numa fase inicial, são os enfermeiros que prestam cuidados ao RNPT tendo em conta a sua fragilidade, mas desde logo, a interação dos pais com o RN é incentivada, caso demonstrem disponibilidade para tal, informando-os como devem abrir a incubadora para tocar e falar com o seu filho, por exemplo. Posteriormente, os pais vão sendo envolvidos nos cuidados de forma gradual, observando os cuidados prestados, efetuando em simultâneo, contenção manual ao seu filho, são incentivados a avaliar a temperatura, a colaborar na troca da fralda com o enfermeiro, é definido um horário juntamente com os pais para que estes estejam presentes nos cuidados de higiene e conforto ao RN e que ocorram em parceria com o enfermeiro, sendo instruídos devidamente. Mesmo em casos mais delicados em que o estado clínico do bebé era reservado, a minha atuação passou por incluir os pais nos cuidados, sempre que oportuno, fazendo-os sentir parte integrante dos cuidados, incentivando-os a colaborar de alguma forma e negociando os cuidados quer no dia corrente, quer para o dia seguinte. Elevar o bebé do ninho enquanto eram trocados os lençóis, a troca da fralda, avaliar a temperatura, efetuar contenção manual, pegar ao colo, foram alguns dos cuidados prestados pelos pais. Pude perceber que todos eles se mostraram motivados e disponíveis, ainda que com os receios, naturais, que esta fase implica. Neste sentido, a ligação ao filho, os momentos de educação tão importantes para a aquisição de competências parentais, a disponibilidade dos pais em querer aprender e o reforço positivo do seu desempenho são fundamentais para o sucesso desta etapa visando a satisfação do seu papel. Este trabalho é realizado de forma contínua e cautelosa, avaliando a capacidade dos pais no envolvimento, identificando as suas necessidades e registando no processo clínico a avaliação das competências a adquirir. Tive oportunidade de ensinar sobre cuidados de higiene e conforto ao RNPT, avaliação da temperatura corporal fazendo referência a algumas noções sobre a febre, eliminação, a importância do sono e repouso, vigilância em saúde, promoção do aleitamento materno, segurança, entre outros. No momento da alta, aferi que são efetuados registos através de uma *check list* onde constam uma série de intervenções que devem ser validadas, como a entrega do boletim individual de saúde e a realização do teste da cadeira de transporte em que o RN permanece monitorizado durante um período, mas ao qual não tive oportunidade de assistir. Estes momentos fizeram-me refletir e perceber que a documentação destes dados se reveste de extrema importância na deteção de eventuais falhas. Mesmo após a alta, pude apurar que a equipa de enfermagem tem o cuidado de entrar em contacto com as

famílias no sentido de perceberem como se estão a adaptar à nova fase, agora no domicílio, quais as dificuldades sentidas, mostrando-se disponíveis para os ouvir, apoiar e esclarecer dúvidas.

A parceria de cuidados envolve a criação de uma relação de proximidade e confiança com a família que se constitui fundamental para poder suportar e reforçar as competências parentais visando o aumento das suas capacidades para desempenharem o seu papel de forma segura e responsável. Esta parceria foi visível no âmbito das CSIJ, onde se reconheceu os pais como parte integrante dos cuidados à criança. Exemplo do que acabo de referir é o da mãe que se mostra disponível para amamentar a criança na vacinação ou para lhe administrar a vacina oral contra o rotavírus. Ao longo do estágio, a promoção da parceria de cuidados também envolveu o conhecimento e respeito pelas suas capacidades/habilidades em cuidar do seu filho. Em contexto de SU, nomeadamente na triagem, a parceria de cuidados nem sempre é tão evidente dadas as situações urgentes que esta área acarreta. Tive a percepção de que os pais ao sentirem-se receosos, inseguros e impotentes face à condição clínica da criança, “abandonam” o seu papel de cuidador, reservando-o para a equipa de saúde. No entanto, depois de avaliados e quando o plano de tratamento foi iniciado, os pais sentiram-se mais seguros, e foram incentivados a colaborar nos cuidados (respeitando sempre as suas vontades). Nesta fase foi possível a negociação e integração nos cuidados, na realização de nebulizações e administração de terapêutica oral, por exemplo. Esta parceria também foi visível na área de OBS, sendo a área de assistência que mais se assemelha ao meu contexto profissional. Ainda neste contexto e no que diz respeito à criança com doença crónica, destaco o facto dos cuidadores reconhecerem e valorizarem determinados aspetos que muitas vezes o profissional de saúde desvaloriza, mas que é de suma importância para o bem-estar da criança. Os pais são, sem dúvida, peritos nos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2015), são quem melhor os conhece, até mesmo na criança que não tem a capacidade de verbalizar, tendo a capacidade de interpretar o seu comportamento. Esta relação entre o enfermeiro, criança e pais/famílias, assente na parceria, assume extrema relevância uma vez que só assim são discutidas as necessidades dos cuidados à criança, resultando em mútuo acordo, visando dar-lhes resposta para o seu bem-estar (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey (2013) cit. por Newton (2000)).

Objetivos específicos

- Aprofundar competências no apoio na transição e no desempenho da parentalidade, refletindo sobre a importância do papel do EESIP;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da vigilância de saúde infantil e dos cuidados antecipatórios.

Atividades realizadas

- ✓ Realizei consultas de Saúde Infantil e Juvenil preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ);
- ✓ Vacinei crianças de diferentes idades, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- ✓ Valorizei os cuidados antecipatórios, instruindo os pais de conhecimentos necessários ao melhor desempenho;
- ✓ Participei ativamente na realização do RSVI;
- ✓ Assisti e colaborei em sessões de educação para a saúde no âmbito da parentalidade;
- ✓ Planeei e realizei ação de educação para a saúde (AES) aos pais, intitulada “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico”;
- ✓ Apoiei no processo de amamentação.

Reflexão crítica

Os diversos conteúdos abordados ao longo do curso de Mestrado foram, sem dúvida, um enorme contributo para o percorrer deste caminho. Assim, a sua aquisição à priori, fomentou, no decurso do estágio, a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos, fundamental neste processo, permitindo-me ter uma outra sensibilidade e um olhar crítico-reflexivo perante os tantos assuntos com que me fui deparando nos diferentes contextos.

A parentalidade potencia a promoção da saúde e o bem-estar das crianças ou, por outro lado impede, que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional origine problemas quer a nível social, quer da saúde futuramente (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Segundo Meleis (2010) citado por Chick e Meleis (1986), a transição é definida como “*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*”, um conceito central para a Enfermagem (Meleis, 2010). Assim, a parentalidade emerge como um foco de atenção dos enfermeiros, que implica uma mudança no ciclo de vida caracterizada, por Meleis (2010) citado por Shumacher & Meleis (1994), como uma transição desenvolvimental, muito significativa para a família, que exige reajuste, adaptação e definição de novos papéis. É por isto muito importante que os enfermeiros centralizem a atenção e os cuidados na família, apoiando-a, satisfazendo as suas necessidades e contribuindo para facilitar o processo de transição para a parentalidade de uma forma saudável (Meleis, 2010), harmoniosa e estabilizada. Os pais transitam em serem pais, mas transitam também para o desenvolvimento da criança que deve ser executado de forma plena. É sem dúvida o EESIP que está melhor preparado para auxiliar neste processo de transição, sendo esta uma área de profissionalização determinante na saúde da criança e da família. Assim, em todos os contextos de estágio, o meu foco centrou-se neste âmbito, apoiando os pais na transição e no desempenho da parentalidade, dando respostas às necessidades dos pais no seu exercício, contribuindo assim para a aquisição de competências.

No contexto assistencial dos CSP, foi notório o investimento do EESIP no processo de vida da saúde da criança e da família, e tudo o que com eles se relaciona, nomeadamente no que concerne à parentalidade, constituindo um dos seus grandes focos de trabalho, direcionado para a valorização dos cuidados antecipatórios e para a educação das crianças e famílias. A vigilância da saúde infantil e juvenil engloba intervenções que têm como objetivo a promoção de saúde e a prevenção da doença. Em contexto de USF, as CSIJ cumprem a norma da DGS (2013) que integra o PNSIJ e que visa promover “*a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens*” (Direção-Geral da Saúde, 2013). Estas constituem um momento de destaque onde é beneficiado o contacto com as famílias e são calendarizadas em idades-chave, correspondentes a episódios relevantes na vida do bebé/criança/adolescente que envolve “*o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade*” (Direção-Geral da Saúde, 2013), devendo ser harmonizadas com o esquema de vacinação

recomendado, reduzindo assim o número de deslocamentos aos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013). No contexto onde estagiei, e de acordo com as orientações emanadas pelo referido programa, percebi que as idades para a realização da consulta não são rígidas, ou seja, por outros motivos, se a criança se deslocar à consulta antes ou à posteriori da idade-chave e caso a situação clínica o permita, o enfermeiro pode e deve “apoderar-se” dessa ida à consulta para vacinar, por exemplo, ou para efetuar outro nível de assistência. A realização destes exames de saúde oportunistas, para além de serem rentabilizados, diminuindo as deslocamentos ao centro de saúde, aumenta o número de crianças cuja saúde é vigiada, de forma regular (Direção-Geral da Saúde, 2013). Das várias intervenções que visam concretizar os objetivos no âmbito das CSIJ e que são da responsabilidade do enfermeiro, destaco: avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança; estimular comportamentos promotores de saúde; incentivar a adesão à vacinação, avaliando o cumprimento do calendário vacinal, segundo o PNV; detetar de forma precoce e encaminhar situações que possam afetar a saúde da criança, atuar na prevenção, identificação e abordagem das doenças comuns nas diferentes idades; sinalizar, apoiar e orientar as crianças com doença crónica/deficiência ou vítima de maus tratos e de violência e sua família, promover o exercício da parentalidade, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2013). Neste âmbito foi notório o conhecimento que o enfermeiro tem das suas crianças e famílias, o que permite um contacto mais individualizado e holístico relativamente às suas necessidades.

Ora, no decurso das CSIJ foi indispensável a consulta e aplicação do PSIJ, bem como de outros programas, que resultam dos conteúdos abordados neste âmbito, também estes contribuintes para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento infantojuvenil. Numa fase inicial, adotei uma postura mais de observação assistindo de forma atenta a algumas consultas. Posteriormente, fui-me integrando, colaborando de forma mais ativa, até que realizei autonomamente cerca de 20 consultas em praticamente todas as idades-chave, compreendidas entre os 13 dias de vida e os 17 anos, avaliando criticamente os parâmetros que estão definidos no PNSIJ para as diferentes idades, tais como, o peso, a altura, índice de massa corporal, o perímetro cefálico até aos 2 anos, tensão arterial a partir dos 3 anos, acuidade visual, audição, dentição, pele, desenvolvimento infantil, estado vacinal da criança e atualização de acordo com o PNV, segurança do ambiente, entre outros. Durante as consultas, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das crianças, interpretei os dados antropométricos registando-os no Boletim de Saúde Infantil

e Juvenil, e fiz uso da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada até aos 5 anos (Direção-Geral da Saúde, 2013), efetuando o seu registo no SClínico. Esta escala integra o programa informático dos CSP, permitindo um melhor conhecimento acerca dos parâmetros normais do desenvolvimento, bem como os seus limites (Direção-Geral da Saúde, 2013). Assim, valorizar os cuidados antecipatórios, promovendo a saúde e prevenindo a doença é uma das linhas-mestras a que obedece o PSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013), tendo sido alvo de avaliação e do meu cuidado nas consultas de enfermagem, abordando conteúdos, ensinando e instruindo no que concerne à alimentação, saúde oral, hábitos de sono, hábitos intestinais, acidentes e segurança, atividade física, tempos livres, puberdade, sexualidade, consumos nocivos e riscos associados, vacinação, entre outros. Como já referi, instruir os pais de conhecimentos necessários ao seu melhor desempenho no exercício da parentalidade e na promoção do desenvolvimento infantil foi algo que esteve sempre muito presente ao longo dos três contextos de estágio, abordando-os de forma individual, no âmbito das consultas de enfermagem, no contexto de neonatologia e mesmo no serviço de urgência, ou em grupo, nomeadamente em sessões de educação parental, no âmbito da UCC. Um dos temas que mais se destacou foi a alimentação nas diferentes faixas etárias, nomeadamente no primeiro ano de vida, tão importante para o desenvolvimento e crescimento da criança. No decorrer da primeira consulta do RN, promovi o aleitamento materno exclusivo, idealmente até aos 6 meses, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde, informando os pais acerca dos seus benefícios e esclarecendo dúvidas. No que respeita à introdução de novos alimentos, constatei que a maior parte dos pais apresentavam conhecimento prévio acerca do tema no âmbito das consultas com o pediatra, ainda assim, reforcei alguns conteúdos e pontos-chave nomeadamente, a ordem da introdução de novos alimentos e a importância do período janela na sua introdução, a confeção, entre outros. A saúde oral também foi outro dos temas mais abordados e trabalhados na consulta, sensibilizando os pais para incorporarem na rotina do bebé a higiene oral duas vezes por dia, logo após a primeira erupção dentária, utilizando para o efeito uma compressa, dedeira ou escova macia com um dentífrico fluoretado 1000-1500 ppm com quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança até aos 3 anos, sendo uma das vezes após a última refeição (Direção-Geral da Saúde, 2011). A partir dos 3 anos, já se deve ir fomentando na criança o início da escovagem, sendo executada pelos pais ou pela criança com supervisão, com a mesma quantidade de flúor do grupo anterior, e a

partir dos 6 anos aplicar na escova cerca de 1 cm de dentífrico fluoretado, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas ao deitar (Direção-Geral da Saúde, 2011). Deste modo, aumentei o conhecimento dos pais e dotei-os de capacidades para o cuidado da criança. Nas restantes idades, incentivei também a escovagem dos dentes e da língua após as refeições e nomeadamente ao deitar, bem como o uso do fio dentário.

Relativamente à vacinação, o acesso a esta é reconhecido como um Direito fundamental, e tem como objetivo promover a equidade e igualdade de oportunidades, promover a saúde e prevenir a doença, já que uma elevada cobertura vacinal permite a imunização de quem é vacinado e que visa a imunidade de grupo evitando, deste modo, a propagação de doenças, tendo já reduzindo em muito a mortalidade infantil e erradicado doenças (Direção-Geral da Saúde, 2016). Ainda no âmbito das consultas, procedi à vacinação prevista no PNV em praticamente todas as idades, e vacinação extraplano, nomeadamente contra a doença meningocócica por *Neisseria meningitidis B (MenB)* e contra o rotavírus. Informei acerca de possíveis reações adversas, esquema de vacinação e as doses necessárias, muito questionado pelos pais. No final da consulta tive o cuidado de informar e reagendar a próxima, dando ênfase à sua importância.

A atuação foi sempre no sentido de ir de encontro às necessidades identificadas junto do RN/criança/adolescente de acordo com as suas particularidades, como não podia deixar de ser, seja qual for o contexto da assistência prestada. Como referi, as consultas abrangem várias idades, pelo que a adequação dos cuidados e a abordagem dos conteúdos perante a criança e família que estamos a cuidar têm que ser tidas em conta, constituindo um princípio fundamental no aprofundamento de competências no que toca ao crescimento e desenvolvimento infantil.

No SU, pairaram sentimentos como a impotência, a preocupação, o medo e a angústia dos pais ao ver o seu filho doente. Nomeadamente na triagem, houve oportunidades de proporcionar momentos de apoio à parentalidade, realizando educação sobre alguns conteúdos no cuidado à criança, como a febre segundo a mais recente norma (Direção-Geral da Saúde, 2018), por exemplo, e prevenção de acidentes. Em OBS, o apoio foi dado através da oportunidade de serem os pais a prestar cuidados ao seu filho, para que se sintam motivados, parte integrante dos cuidados e, desta forma, um contributo para o processo de melhoria da criança.

No contexto da UCC, os cuidados antecipatórios foram mais uma vez lugar de destaque no Rastreamento de Saúde Visual Infantil e em sessões de educação para a saúde, promovendo um conjunto de intervenções especializadas visando a proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade. As sessões foram dinamizadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva-Laços, que incorpora o “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade”, onde tive oportunidade de assistir e participar, nomeadamente nas sessões de segurança infantil abordando o *“baby wearing”* e as orientações mais recentes sobre os sistemas de retenção, constituindo os acidentes rodoviários *“a maior causa de morte e incapacidades temporárias ou definitivas em crianças e jovens em Portugal, à semelhança do que acontece na União Europeia”* (APSI), cuidados de higiene e conforto ao RN, sono do bebé, e amamentação. O programa incorpora também o “Curso de Massagem Infantil”, que conta com a presença de uma EESIP, responsável pela atividade e certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI). A sessão consiste na instrução e treino da massagem ao bebé, pela mãe/pai/outro familiar, segundo a técnica de Shantalla, e destina-se a bebés e respetivos pais/outro familiar. Ao longo destas sessões foi possível perceber a ligação que é criada entre o EESIP e as famílias, e que permite delas cuidar. Foi possível observar, participar na execução de técnicas da massagem num bebé-modelo e auxiliar os pais, bem como informá-los sobre os seus benefícios, tendo sido possível observar alguns deles durante e após a massagem. Após algumas sessões foi notório o aumento da capacidade e segurança destes pais em assumirem o seu papel. Relativamente ao “Curso de Recuperação Pós-Parto”, na presença de uma EESMO, este é desenvolvido logo após a sessão de massagem infantil, onde são realizados alguns exercícios. De relevar que ambas as atividades são concentradas com o objetivo de evitar várias vindas à instituição, o que pode acarretar uma diminuição do número de participações. Ainda no âmbito do “Curso de Massagem Infantil”, salienta-se o facto de as mães frequentarem o curso e integrarem um grupo, onde a troca de ideias e dúvidas é uma constante, podendo criar-se a oportunidade para colmatar a falta de informação, aumentar as suas competências e autoestima. Assim, o EESIP cria um período de partilha, exposição e esclarecimento de dúvidas de um modo mais informal relacionadas com a parentalidade, nomeadamente as situações comuns que ocorrem no primeiro ano de vida, abordando conteúdos como a febre, a desobstrução nasal, a crosta láctea, o eritema de fralda, a diarreia, a cólica, entre outros, tendo efetuado no fim da sessão os registos correspondentes no programa informático. Pude constatar

que há uma preocupação acrescida por parte do EESIP para com os pais, no sentido de colmatar os seus medos e ansiedade, promovendo a parentalidade. Com o intuito de ter uma participação mais ativa ao longo de todas as sessões, ressalvo que tive o cuidado de me preparar previamente acerca das temáticas, esclarecendo algumas questões e partilhando experiências enquanto profissional de saúde. Após ter assistido a algumas sessões e perceber a sua dinâmica, em discussão com a enfermeira tutora e perante a identificação de necessidades, definimos realizar a abordagem de determinadas temáticas, dado tratar-se de conteúdos nos quais os pais apresentavam dúvidas, inseguranças e demonstravam interesse em saber mais. Neste sentido, planeei e realizei uma ação de educação para a saúde (AES) dirigida aos pais, intitulada “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico” (Apêndice 1). Esta sessão decorreu no âmbito do mesmo programa (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva-Laços) e foi delineada para ir de encontro às suas necessidades previamente identificadas e que se constituiu de extrema importância no que diz respeito à capacitação das famílias para intervirem em situações problemáticas, dotando-os de conhecimentos e habilidades, tonando-os mais capazes e seguros no cuidado aos seus filhos. A sessão foi dirigida a um grupo de mães e os conteúdos abordados versaram sobre a atuação em caso de quedas, feridas, hemorragia, queimaduras, intoxicações, eletrocussões, aspiração de corpos estranhos com obstrução da via aérea, ajudando-as a reconhecer o mecanismo de lesão e a instruí-las na sua atuação, fazendo referência ao suporte básico de vida pediátrico, com especial atenção para a desobstrução da via aérea. Após o preenchimento do questionário de avaliação e comparando os resultados no início e no fim da sessão, concluo que estes foram manifestamente positivos. Os primeiros socorros são as primeiras medidas a serem tomadas até à chegada de ajuda qualificada, pelo que a formação dos pais nesta área é uma medida fundamental para que o processo de cura ou recuperação seja mais rápido, e evite minimizar a origem de sequelas permanentes. É de relevar que a implementação dos primeiros socorros não substitui nem deve atrasar a ativação de ajuda diferenciada, mas sim alertar e ajudar, evitando o agravamento do estado de saúde da criança provocado pelo acidente. Sabe-se que a criança, à medida que vai crescendo, vai também desenvolvendo competências que o expõe a situações de risco, pelas suas características próprias, nomeadamente até aos 12 meses de idade, que podem originar graves acidentes, apresentando esta faixa etária a maior taxa de mortalidade por acidente ao longo do tempo, sendo a asfixia a primeira causa de morte em Portugal, segundo a Associação para

a Promoção de Segurança Infantil (APSI) (APSI, 2017). As quedas são o tipo de acidente que causa maior número de internamentos em todas as faixas etárias até aos 18 anos, seguindo-se os acidentes de transporte, e as intoxicações dos 0 aos 4 anos como 2ª causa de internamento, a asfixia, ingestão de corpos estranhos, queimaduras e, por fim, os afogamentos (APSI, 2017). Segundo a mesma fonte, no que diz respeito às chamadas de emergência reencaminhadas para o INEM, entre 2013 e 2016, constata-se que estas são efetuadas devido a intoxicação, obstrução das vias respiratórias, ingestão de corpos estranhos e queimadura/electrocução com crianças dos 0 aos 4 anos. Concluindo, os traumatismos e acidentes constituem ainda das principais causas de morte na população pediátrica que vive em Portugal, mas que tem vindo a reduzir significativamente ao longo dos anos (APSI, 2017). Esta problemática carece da atenção dos profissionais de saúde, podendo ser atenuada através de estratégias de educação. Assim, é imperativo que o EESIP desempenhe um papel ativo na instrução das famílias, consciencializando-as e capacitando-as a adotar comportamentos que visem uma resposta rápida e adequada em caso de urgência ou emergência, uma vez que nestas situações o tempo é extremamente precioso! No fim desta experiência e em todos os contactos que tive, percebi efetivamente, que é também este o profissional fundamental no acompanhamento da criança, promovendo a Saúde Infantil.

Pela experiência que tive e continuando na mesma linha de pensamento, no que concerne à proteção e promoção da SIJ e prevenção da doença, faz sentido aqui abordar a acuidade visual da criança, função esta muito importante no seu desenvolvimento e incorporada no PSIJ. Com o objetivo de promover a saúde visual no Serviço Nacional de Saúde foi implementada a realização do Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) como estratégia de intervenção para dar resposta ao Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV) (Ministério da Saúde, 2016). Este rastreio foi iniciado sob a forma de atividade piloto em quatro ACES no distrito do Porto com o objetivo de identificar todas as crianças com alterações visuais, visando a diminuição da incidência e prevalência da ambliopia na população pediátrica, prevenindo a cegueira (Ministério da Saúde, 2016). A aposta na intervenção precoce traz benefícios na prevenção e tratamento em tempo útil, diminuindo a prevalência e evitando a gravidade da ambliopia (Ministério da Saúde, 2016). Esta aposta para além de melhorar a acuidade visual, tem certamente um grande impacto na vida da criança a vários níveis, quer sejam individuais (psicomotores) no que toca ao bem-estar, aprendizagem no contexto escolar e autoconfiança, quer sejam sociais (Ministério

da Saúde, 2016). O RVSI abrange as crianças que perfazem 2 anos no semestre com as quais contactei, devendo repetir num segundo rastreio entre os 4 e os 5 anos. Assisti e realizei o rastreio de forma autónoma a 30 crianças que consiste na captação de uma imagem aos olhos da criança através de um refratómetro, de forma rápida e inofensiva, não exigindo qualquer contacto físico (a “fotografia” é tirada a uma distância de 1 metro). A oportunidade de integrar este rastreio foi importante, mais uma vez, para a aquisição de conhecimentos e habilidades e para o reconhecimento da importância do EESIP no contacto com as crianças, nomeadamente nesta idade, em que a pouca colaboração constitui uma barreira. Assim, ao longo do rastreio a adoção de estratégias para contornar alguns momentos foram fundamentais para o seu sucesso. A criança vem acompanhada pelo familiar e, no momento da captação da imagem, é colocada ao colo da mãe. O equipamento é atrativo, no entanto é necessário que as crianças direcionem o olhar para o refratómetro de modo a incidi-lo nos seus olhos, ainda que durante poucos segundos, para que seja possível a captação da imagem. Outro fator que se revela dificultador neste procedimento é o facto de exigir que seja realizado com as luzes apagadas. Penso que esta barreira foi contornada pelo EESIP, tendo o cuidado de manter as luzes acesas no momento em que as crianças entram na sala e durante a apresentação, apagá-las apenas no momento do disparo do equipamento e acendê-las logo a seguir. Nos primeiros rastreios que assisti, e numa primeira abordagem, a maior parte das crianças facilmente centra a sua atenção na cara sorridente com estímulo luminoso que se encontra no dispositivo. No entanto, nas abordagens posteriores à mesma criança, quando a imagem não ficava perceptível (que é necessária para que o oftalmologista proceda à avaliação), foi possível constatar que, com a sala ainda escurecida, a criança facilmente perde o interesse e desvia o olhar. Nestas circunstâncias, a minha atuação foi no sentido de distrair a criança, cantando, batendo palmas, utilizando objetos do seu interesse, de modo a direcionar a atenção e o olhar para o ponto pretendido (refratómetro). No final de cada rastreio, elogiei o comportamento da criança, oferecendo um diploma com desenhos coloridos e com o seu nome.

No âmbito da hospitalização da criança, esta gera mudanças muito significativas quer para ela, quer para as suas famílias. Assim, e no que toca à parentalidade, o apoio na sua transição e desenvolvimento nestas circunstâncias é complexo. Ora, se a transição para parentalidade é por si só um processo difícil, o nascimento do bebé real, em detrimento do bebé idealizado, que se apresenta numa condição débil, muitas vezes em risco de vida,

quer por patologia congénita, quer pela prematuridade, é algo muito complexo que acarreta sentimentos de frustração, impotência, culpa e vivências que deixam marcas para o resto da vida. O contacto com o ambiente da UCIN é impactante para os pais. Num dos momentos do estágio pude assistir a um primeiro contacto do EESIP com os pais, após a admissão de um RN onde foi visível o medo e desamparo instalado nos pais perante o cenário aparatoso da unidade onde o seu filho se encontrava, rodeado de sons, luzes e pessoas estranhas, procedimentos invasivos que contribuem para aumentar a ansiedade dos pais relativamente ao estado clínico do bebé (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). O facto de se encontrar numa incubadora cria de certa forma distanciamento e que constitui mais um motivo de receio e angústia. Logo nesta fase, é incentivado o toque ao RN e, quando possível, a colaboração dos pais no cuidado ao bebé. A atuação do EESIP numa fase inicial e de acolhimento ao serviço é muito importante, e passa por tentar desmistificar todo aquele ambiente, efetuar a integração no serviço explicando as suas regras, consciencializá-los para a importância da lavagem das mãos alertando para o risco de infeção acrescido a que os bebés estão sujeitos. De relevar que é entregue um folheto de acolhimento, para que os pais em casa possam com mais calma, ler e reter a informação que foi disponibilizada verbalmente. Neste processo de luto, o EESIP assume-se como um elemento facilitador e educador desta transição, detentor de conhecimentos e habilidades capazes de minimizar os sentimentos vivenciados pelos pais, transmitindo-lhes conforto, segurança e confiança através do discurso e da postura. Este apoio é, como disse, fundamental, já que este elemento passará a ser um forte elo entre os pais e o RN, estabelecendo assim uma relação de proximidade entre ambos (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). Esta relação terapêutica e de confiança favorece a comunicação expressiva de emoções e, neste sentido encorajei os pais a exporem as suas angústias e dúvidas, diminuindo os seus níveis de ansiedade, averigui as possíveis causas de stress, dei conhecimento da existência de profissionais especializados noutras áreas, como o psicólogo e assistente social. Neste momento de grande vulnerabilidade, o papel do EESIP é essencial na resposta às necessidades da família, tanto no momento do internamento como ao longo deste, pela falta de conhecimentos e dificuldades que estes têm em assumir funções de forma autónoma. Assim, um dos focos da atenção é impreterivelmente o cuidado centrado na família, que passa por capacitar os pais na aquisição e desenvolvimento de competências, no sentido de facilitar a independência para desempenhar o papel parental, através do apoio,

instrução e do treino, reforçando sempre o seu papel e incluindo-os na tomada de decisão, pois são eles os melhores intervenientes no cuidado à criança.

A amamentação é também uma área que carece da atuação do EESIP. No contexto da Neonatologia, a amamentação e o aleitamento materno são promovidos assim que possível. Constatei que desde que o RN reúna as condições necessárias, o bebé é colocado ao seio materno, ou, caso não seja possível a mãe é incentivada a extrair leite materno numa área designada para o efeito, mesmo que em pequena quantidade para iniciar a alimentação ao RN. Neste sentido, incentivei e apoiei esta atividade sempre que possível, baseando-me nas linhas orientadoras que a evidência científica mais atual nos fornece, informando acerca dos seus benefícios. Numa fase inicial, tive também oportunidade de assistir o EESIP na instrução da extração de leite materno através da bomba elétrica, à mãe, bem como do seu armazenamento, onde lhe é fornecido um documento informativo acerca da extração de leite materno no domicílio, constando todas as informações necessárias à sua concretização. De relevar um momento em que, aquando a prestação de cuidados de higiene e conforto ao RNPT, assisti ao uso de leite materno para efetuar a limpeza da cavidade oral do bebé como forma de promover a amamentação. Em contexto de CSP, esta atividade foi também privilegiada nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, aquando a vacinação, utilizada como medida não farmacológica no controlo da dor antes, durante e alguns minutos após o final do procedimento, tal como preconizado pela DGS (2012), e no “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade” onde foi possível assistir a uma sessão de educação para a saúde sobre a amamentação, onde foram abordadas as vantagens do aleitamento materno para o bebé e mãe, as posições a adotar, a frequência e duração das mamadas e os problemas/dificuldades precoces ou que poderão surgir, como prevenir e tratar. Em contexto de SU, a existência de um “Cantinho de amamentação” na sala de espera permite que as mães amamentem os seus bebés de forma mais tranquila, conferindo-lhes privacidade.

Objetivo específico

- Demonstrar e aprofundar competências na gestão da dor na criança.

Atividades realizadas

- ✓ Utilizei escalas adequadas à avaliação da dor na criança;
- ✓ Identifiquei e apliquei medidas não farmacológicas que promovam o alívio da dor, especialmente no RN.

Reflexão crítica

A dor é um fenómeno complexo que ocupa um lugar de destaque, dada a sua subjetividade. Considerada como o 5º sinal vital, a avaliação e monitorização frequente através do uso de escalas apropriadas, bem como o seu registo faz parte das competências do enfermeiro, indispensável para a excelência dos cuidados. Neste sentido, a pesquisa de estudos acerca deste conteúdo foi-me útil, acompanhou-me ao longo desta jornada e orientou-me para a prática, nomeadamente no contexto de neonatologia.

Sabemos que a dor tem um impacto muito significativo principalmente nos RNPT, podendo causar alterações hemodinâmicas, respiratórias e cerebrais (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). Este ser tão vulnerável para além de não estar preparado para lidar com o ambiente de uma UCIN, é submetido a imensos procedimentos dolorosos e estímulos que causam stress, e cuja avaliação da dor é sem dúvida um desafio, uma vez que o RN não é capaz de comunicar verbalmente. Segundo um estudo efetuado em 50 RN numa UCIN, constatou-se que cada um deles foi submetido a uma média de 11,25 procedimentos dolorosos e stressantes por dia, recebendo maioritariamente medidas não farmacológicas para controlo da dor (13 intervenções não farmacológicas e uma intervenção farmacológica a cada dois dias) (Maciel, et al., 2019). Com vista a minimizar/controlar este impacto negativo, o uso de um instrumento de avaliação da intensidade da dor é fundamental para diminuir malefícios no RN. Neste contexto, é utilizada a escala de EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) cuja abordagem é comportamental, sendo necessário atentar ao rosto, corpo, sono, interação e reconforto, identificando deste modo a dor do RN.

Sabe-se que *“o controlo eficaz da dor é um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos, não só do ponto de vista ético, mas também pelas*

implicações no neurodesenvolvimento” (Direção-Geral da Saúde, 2012). Atualmente, existem evidências científicas que comprovam que as estruturas do sistema nervoso central, necessárias para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes no RN. Sendo reconhecido que o RN tem dor, guarda memória, e que, quando não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (Direção-Geral da Saúde, 2012), esta acarreta uma preocupação real para os profissionais de saúde, que devem atuar nesse sentido. Assim, a mesma fonte orienta os profissionais para a adoção de estratégias não farmacológicas que contribuem para a minimização da dor e do stress, que abordarei mais à frente e que foram por mim empregues ao longo do meu percurso no estágio, gerindo os estímulos ambientais através do controlo do ruído e da luz, agrupamento dos cuidados respeitando os ciclos de sono-vigília; colocação do recém-nascido numa posição confortável e manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes (Direção-Geral da Saúde, 2012). Na UCIN, o que vi coincide com o que está na literatura, sendo essencialmente o uso da sacarose a 24% e a contenção práticas comuns e assumidas neste contexto no controlo da dor no RN, bem como outras intervenções não farmacológicas sensoriais (amamentação, massagem, sucção não nutritiva) que constituem o primeiro recurso para a prevenção e tratamento da dor (Direção-Geral da Saúde, 2012). A administração da sacarose 24% ou de soluções glicosadas antes do procedimento doloroso, reduzem a resposta à dor em recém-nascidos, no entanto, estudos mais recentes sugerem a sacarose a 24% como a solução mais eficaz em relação a outras soluções glicosadas, e que o seu efeito se torna mais potencializado quando administrada juntamente com a sucção não-nutritiva (Motta & Cunha, 2014), prática esta também frequente no contexto. No seu estudo ressaltam ainda que a Academia Americana de Pediatria sugere que múltiplas doses (2 minutos antes e 1 a 2 minutos depois dos procedimentos dolorosos) podem ser mais eficazes que a dose única, e que a sua administração em quantidades diminutas ao longo do procedimento doloroso pode contribuir para um efeito analgésico mais prolongado (Motta & Cunha, 2014). A DGS (2012) recomenda as doses mínimas eficazes, bem como as doses máximas por procedimento de acordo com a idade gestacional, devendo ser administrada na parte anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso. O seu efeito é mediado pela libertação de opióides endógenos, os quais possuem propriedades analgésicas intrínsecas, atenuando a experiência dolorosa (Motta & Cunha, 2014). Para além da combinação da sacarose a 24% e sucção não nutritiva, fiz também uso de outras

intervenções não-farmacológicas, tal como o posicionamento adequado do RN através da contenção em “ninhos” para os RN que promovem a sua organização comportamental e o uso de rolos de posicionamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013), a contenção física aquando os diversos procedimentos e cuidados de rotina, e a musicoterapia. Após a análise da literatura, foi possível concluir que mais benéfico do que usar cada medida não farmacológica de forma faseada, é associar as várias medidas não-farmacológicas, tais como o toque, a massagem terapêutica, o contato pele a pele ou técnica canguru, o aleitamento materno, a sucção não-nutritiva e a administração de soluções adocicadas para se verificar uma diminuição efetiva da dor nos recém-nascidos (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011).

Traduzindo a minha experiência nos restantes contextos por que passei, no SU e na USF, identifiquei algumas oportunidades de melhoria neste âmbito, constatando que medidas não farmacológicas previamente a qualquer procedimento doloroso podiam ser mais privilegiadas, bem como o uso de escalas, tendo percebido que na grande maioria dos casos se utiliza apenas a escala numérica. No que toca ao uso de medidas não farmacológicas, penso que, por vezes, em contexto de SU, seria possível realizar alguns procedimentos ao colo dos pais, por exemplo. Relativamente à monitorização da dor, para além da aplicação da escala numérica, fiz uso da escala de faces de Wong-Baker, FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) e FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised*). Fiz uso de medidas não farmacológicas como a amamentação (aquando a vacinação), a sucção não nutritiva, o aconchego, e em crianças maiores, a distração (através de objetos ou dispositivos eletrónicos), a imaginação guiada e o reforço positivo, a preparação e o recurso a exercícios respiratórios antes/durante/após os procedimentos (Direção-Geral da Saúde, 2012). Exemplo da adoção de algumas destas últimas medidas referidas foram praticadas em contexto de SU aquando sutura da região palpebral e aquando a execução de tratamentos a uma criança queimada na face e membros superiores, ambas naturalmente precedidas de implementação de medidas farmacológicas. Em todos os procedimentos, foi promovida a presença dos pais, elemento este muito importante no processo de gestão da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Neste sentido, a minha postura foi concordante com os princípios gerais recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2013) que garantem os direitos das crianças, fundamentais

para o efetivo controlo da dor. Intervir na minimização da dor é investir em boas práticas, que contribuem para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que o olhar crítico-reflexivo e a pesquisa mais aprofundada acerca deste assunto, com enfoque na utilização da sacarose a 24% que surge reforçada no domínio da investigação, foi bastante produtivo e gratificante. Estou certa de que fiquei ainda mais sensibilizada para esta temática, mantendo um cuidado acrescido para minimizar este sofrimento na criança e família.

Objetivo específico

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da assistência em Saúde Escolar.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Colaborei na sessão de educação para a saúde intitulada “Suporte Básico de Vida”;
- ✓ Assisti a sessão de educação para a saúde sobre violência escolar, nomeadamente, o *ciberbullying*;
- ✓ Participei na sessão de educação para a saúde intitulada “Medidas que salvam vidas” com abordagem ao SBV e segurança rodoviária;
- ✓ Participei na ação de educação para a saúde intitulada “Métodos Contracetivos”.

Reflexão crítica

Foi no contexto assistencial de CSP, que me foi possível desenvolver competências no âmbito da assistência em Saúde Escolar, uma das áreas de enfoque durante a minha passagem pela UCC. Esta experiência fez-me perceber que, efetivamente, as Escolas Promotoras da Saúde são de suma importância. A escola é, na verdade, um meio muito especial e ideal para se apostar neste trabalho já que é lá que as crianças passam grande parte do seu tempo. A promoção da saúde em meio escolar através da educação é uma

estratégia que visa elevar o nível de literacia para a saúde, consciencializando e capacitando as crianças a adotar comportamentos saudáveis, com decisões informadas, permitindo melhorar o estilo de vida da comunidade educativa, com obtenção de ganhos em saúde.

Para dar resposta ao objetivo delineado, foi imperativo o recurso ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (Direção-Geral da Saúde, 2015), onde a sua leitura atenta, bem como a oportunidade de integrar uma equipa que o aplica foram fundamentais. No entanto, julgo que o facto de ter iniciado o estágio neste contexto, no 3º período do ano letivo, acabou por ser menos vantajoso, na medida em que não houve margem (por uma questão de *timings*) para poder colaborar no levantamento das necessidades formativas das diferentes turmas, já que essa tarefa já havia sido realizada, com consequente definição das atividades de educação para a saúde. Ainda assim, tive a oportunidade de colaborar na concretização de parte da sessão de educação para a saúde, numa instituição de ensino, a alunos do 9º ano de escolaridade intitulada “Suporte Básico de Vida”, embora este projeto já estivesse a ser implementado antes do início do estágio neste contexto. Os alunos já tinham assistido à componente teórica da sessão, e esta disse respeito à componente prática que consistiu na demonstração do algoritmo em manequim de reanimação, explicando os passos e, posteriormente, o treino por parte dos alunos. Esta sessão teve como objetivo habilitar os alunos a realizar manobras de reanimação numa situação real, desenvolvendo consciência social e cívica que permita consolidar a cadeia de sobrevivência. Como se sabe, a intervenção imediata recorrendo ao pedido de ajuda e o início do SBV pode evitar danos graves e aumentar a probabilidade de sobrevivência para dois terços (Conselho Português de Ressuscitação, 2019). Durante a sessão, cada enfermeiro teve a seu cargo cerca de 5-6 alunos, o que me pareceu ajustado para garantir a supervisão adequada para cada aluno, no entanto, julgo que o número de manequins e o tempo de prática deviam ser superiores com o objetivo de garantir a efetiva aquisição de competências. Neste sentido, tentei dar o melhor contributo face à realidade com que me deparei. Foi uma experiência desafiante pela necessidade de adoção de algumas estratégias na organização da sessão e na abordagem dos conteúdos, já que o tempo era escasso, de forma a reterem os conhecimentos e consolidarem as competências, usufruindo ao máximo da componente prática. Para a concretização da sessão, preparei-me previamente, utilizando fundamentalmente o Manual do Instrutor do Curso de Competências Básicas em Emergência, muito útil na orientação da AES e adoção de

algumas estratégias. Numa fase inicial, o enfermeiro que me acompanhou começou por demonstrar a todo o grupo a demonstração, exatamente como deve ser realizada, sem explicações, tentando captar a atenção dos adolescentes e evitar comentários e conversas paralelas; de seguida foi efetuada novamente a demonstração de forma mais lenta, explicando cada um dos passos. Posteriormente o grupo foi dividido por cada enfermeiro, demonstrei mais uma vez o procedimento, mas desta vez direcionando a minha atenção para os alunos, pedindo-lhes que colaborassem, sendo os alunos a dizer o que deve ser feito passo a passo, de forma a interagirem comigo, orientando-me na realização da competência e motivando, assim, o grupo de forma a adquirirem os conhecimentos de forma eficaz. Nesta fase corrigi alguns erros, levando os alunos a refletir. Por fim, o aluno praticou a competência, com o meu feedback.

Houve ainda oportunidade de participar de forma ativa numa outra sessão de educação para a saúde, intitulada “Medidas que salvam vidas”, desenvolvida pela equipa de enfermagem em parceria com as escolas e com a Proteção Civil e Saúde Pública do concelho. Este projeto destina-se a crianças do Jardim de Infância e 1º ciclo, e tem como objetivo a consciencialização e adoção de comportamentos das crianças, novamente com abordagem à vítima inconsciente e em caso de paragem cardiorrespiratória, e à segurança rodoviária. A atividade envolveu três etapas, onde tive oportunidade de colaborar com turmas do 3º e 4º anos de escolaridade, preparando-me previamente relativamente aos conteúdos. A primeira etapa consistiu na visualização de um vídeo educativo e ilustrativo com uma canção, referente ao SBV, para facilitar a apreensão dos conteúdos e, posteriormente, instrução e demonstração, realizando um pequeno teatro. Na realidade, as crianças presenciam muitas vezes acidentes/emergências. Segundo o Conselho Português de Ressuscitação, as crianças com 10 anos ou ainda mais novas são capazes de aprender as competências básicas em emergência e, quando devidamente ensinadas, muitas delas conseguem aplicar os procedimentos como os adultos, dando ênfase à escola como local ideal para dar início a essa aprendizagem (Conselho Português de Ressuscitação, 2019). A atividade seguinte, no âmbito da segurança rodoviária, consistiu num jogo didático (tabuleiro) disposto no quadro, para que todos os alunos conseguissem ver, alusivo às regras de segurança e prevenção de riscos. O jogo implicou a formação de 4 equipas, em que a cada uma era atribuído um pino de uma determinada cor. Foram por mim colocadas as questões relativas ao código da estrada, com abordagem à criança como passageiro, como peão, e como condutor, e a cada pergunta acertada, a equipa avançava

no tabuleiro. A segurança rodoviária quer no ambiente peri-escolar, quer no percurso casa-escola, escola-casa é muito importante para a prevenção de acidentes (Direção-Geral da Saúde, 2015). Assim, com a realização desta atividade pretendeu-se incentivar o desenvolvimento de práticas de cidadania para uma cultura de segurança rodoviária, contribuindo assim para a adoção de comportamentos adequados, capaz de produzir efeitos positivos na redução da sinistralidade rodoviária infantil, que constitui “*a maior causa de morte e incapacidades em crianças e jovens em Portugal*” (APSI, 2019). A terceira e última etapa consistiu na visualização de um vídeo dentro da carrinha da Proteção Civil, alusivo à sua missão e à consciencialização do uso do número europeu de emergência (112).

A Saúde Escolar também promove capacitação da comunidade educativa na área da sexualidade com vista à adoção de estilos de vida saudável (Direção-Geral da Saúde, 2015). Neste sentido, existiu a oportunidade de assistir à sessão de sensibilização e informação sobre “Métodos contraceptivos” que integra o programa anual e se destina a alunos do 11º ano. Esta AES já havia sido planeada antes do início do estágio, mesmo no que diz respeito à conceção dos recursos materiais que visam a apresentação da AES. Ainda assim, estudei os conteúdos que iriam ser abordados e intervim sempre que oportuno. Esta AES teve como objetivo a consciencialização do público alvo para a tomada de decisões responsáveis nesta área visando a redução de comportamentos sexuais de risco, bem como das consequências que deles podem advir (Direção-Geral da Saúde, 2015). Todas estas experiências vieram potenciar a aquisição de conhecimentos, habilidades e desenvolvimento de competências comunicacionais e formativas dos alunos.

A violência é um entre muitos determinantes da saúde que condiciona a mortalidade e a morbilidade na infância e na adolescência, cada vez mais conhecida e compreendida à luz da evidência científica atual, podendo ser potenciada ou protegida pelos valores sociais e familiares, como os pares e ambientes escolares (Direção-Geral da Saúde, 2015). A violência escolar foi outro dos conteúdos abordados numa sessão de sensibilização e no âmbito preventivo, com o objetivo de responsabilizar as crianças pelas suas escolhas relativas à saúde. Esta ação foi destinada a alunos do 5º ano de escolaridade, com enfoque no *ciberbullying*, uma forma virtual do *bullying*, que se caracteriza por recorrer à internet ou redes sociais para realizar a agressão, através do envio e disseminação de textos ou

imagens prejudiciais ou violentos, com intenção de difamar ((Mendes, Queirós, Pedro, & Oliveira, 2019) citado por Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2011). Segundo a literatura, as tecnologias possibilitam a comunicação das crianças sem controlo ou supervisão e a forma como vão constituindo as suas identidades, podendo levar aos distúrbios alimentares ((Mendes, Queirós, Pedro, & Oliveira, 2019) citado por (Patchin & Hinduja, 2006)). A utilização excessiva da internet tem consequências emocionais e relacionais, a nível individual e de saúde pública, podendo levar ao suicídio. As vítimas de *ciberbullying* deparam-se muitas vezes com sentimentos de ansiedade, depressão, doenças psicossomáticas, violência retaliatória e suicídio (Mendes, Queirós, Pedro, & Oliveira, 2019) citado por (Sourander et al., 2010). Aqui, a intervenção do EESIP na comunidade assume mais uma vez lugar de destaque, uma vez que as consequências deste tipo podem prejudicar a saúde da criança ((Mendes, Queirós, Pedro, & Oliveira, 2019). Assim, o EE deve promover práticas que respeitem os direitos humanos, “*desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), importante para a promoção de uma cultura escolar positiva. Os enfermeiros devem também promover hábitos saudáveis na utilização das tecnologias de informação e comunicação, atentando à forma como são utilizadas, ao tempo despendido, aos sinais de alerta (obesidade ou redução de peso, agressividade, consumo de substâncias) e à frequência que recorrem aos cuidados de saúde, encorajando também a família a evitar usá-las (Mendes, Queirós, Pedro, & Oliveira, 2019), no decorrer das CSIJ, por exemplo, atuando no âmbito da deteção precoce.

Com esta experiência, percebi que também nesta área de intervenção, o EESIP é parceiro de toda a comunidade educativa. Sem dúvida que todos o reconhecem, até mesmo fora dos portões da escola, e identificam-no como um aliado no alcance dos seus objetivos que visam uma escola saudogénica, e onde todos saem privilegiados, quer a comunidade escolar que se torna mais saudável, quer o enfermeiro, na implementação das suas metas.

Competências desenvolvidas

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

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

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

Objetivos específicos

- Desenvolver competências acerca do Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP);
- Compreender o papel do EESIP na assistência ao RNPT;
- Refletir criticamente sobre as práticas instituídas, promovendo o conforto e a vinculação.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Observei o papel do EESIP no cuidado ao RNPT;
- ✓ Prestei cuidados de enfermagem baseados na filosofia de cuidados NIDCAP;
- ✓ Incentivei a utilização de algumas estratégias promotoras da vinculação, nomeadamente o contacto pele-a-pele (Método Canguru).

Reflexão crítica

Como referi, a unidade de Neonatologia permite a presença dos pais e desempenha o seu cuidado baseado no modelo de parceria de cuidados, envolvendo deste modo a família na participação dos cuidados aos seus filhos. Segundo Guimarães (2015), foi através deste caminho que se chegou aos cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT e na família, e que foram foco da minha assistência. A mesma autora refere que estes cuidados são também chamados “cuidados para o desenvolvimento”, não obedecendo a um protocolo, mas a linhas orientadoras para cada RN (Guimarães, 2015), que passarei a explicar mais à frente. Ao longo do estágio, das experiências mais gratificantes e enriquecedoras que tive foi poder integrar uma unidade onde é aplicado o modelo de cuidados NIDCAP (Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN) como uma estratégia que visa diminuir o impacto do ambiente

das UCIN nos RNPT, envolvendo também os aspetos sociais, englobando as intervenções direcionadas para a família, de forma a promover a estabilidade e organização do desenvolvimento e comportamento do RNPT (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). A unidade de Neonatologia trata-se também do primeiro e único centro de formação em Portugal integrado na rede NIDCAP desde 2015. Este programa é conduzido por profissionais treinados, e baseia-se em observações comportamentais que o RN evidencia antes, durante e depois dos procedimentos, com o objetivo de individualizar o cuidado (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). Foi, portanto, criado no sentido de permitir aos enfermeiros e médicos que aprendam a observar e avaliar o desenvolvimento do RNPT, de forma a oferecer os cuidados numa perspetiva individualizada e integrada numa família. Esta avaliação exigiu várias visualizações a diferentes bebés com o objetivo de interpretar o seu comportamento. Foi neste contexto que pude apurar que existem alguns profissionais de enfermagem da UCIN, nomeadamente EESIP, com formação em NIDCAP, sendo estes facilitadores ativos da implementação dos cuidados individualizados centrados no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT e no suporte às suas famílias. Num dos turnos, tive oportunidade de acompanhar uma EESIP, certificada em NIDCAP, podendo assistir ao processo assistencial que se baseia na observação atenta do comportamento do bebé, podendo compreender através dos sinais que o RN nos transmite, que é possível estruturar e adaptar os cuidados prestados, prevenindo ou diminuindo sinais de stress, desconforto e/ou dor (Santos A. O., 2011). Apesar de nem todas as enfermeiras serem certificadas neste modelo, todo o serviço se dedica em prestar cuidados baseados nessa filosofia através do apoio e orientação por parte dos elementos mais qualificados/formados no programa sobre a restante equipa. O objetivo é o de fornecer o melhor cuidado de desenvolvimento ajustado às necessidades individuais dos bebés prematuros, promovendo a mudança no futuro destas crianças. Após o seu nascimento, nomeadamente quando se encontram no ambiente de uma UCIN, estão sujeitos a estímulos sensoriais negativos francamente stressantes para o seu cérebro, que é ainda muito imaturo, prejudicando o desenvolvimento cerebral, tais como a exposição à luz e ao ruído, bem como aos diversos procedimentos dolorosos, que devem assumir relevância diariamente pelos profissionais de saúde que prestam cuidados a este bebés (Guimarães, 2015). Efetivamente, estudos demonstram que quando há menos intensidade da luz, denota-se uma diminuição da frequência cardíaca, melhoria do padrão de sono, diminuição da atividade e do stress e aumento do peso (Acevedo, Becerra, &

Martínez, 2017). Relatam ainda que mudanças repentinas na intensidade da luz podem provocar diminuição da saturação de oxigênio, recomendando que se opte pela luz natural e gradual ou uso de luzes progressivas com intensidade ajustável e uso de capas sobre as incubadoras (Acevedo, Becerra, & Martínez (2017) citado pela Sociedade Espanhola de Neonatologia). Posso constatar que a evidência vai de encontro ao que pude observar no contexto, e que o cuidado com o estímulo luminoso foi tido em conta, privilegiando a adoção de algumas das estratégias citadas, como a colocação da coberta sobre a incubadora de forma a proteger o bebê da luz e de outros estímulos sensoriais, e de outras, como por exemplo, colocar uma compressa sobre os olhos do RN antes de acender a luz do candeeiro para efetuar algum procedimento, uma vez que as suas pálpebras são muito finas, deixando passar facilmente a luz. À exceção do uso de candeeiro apenas para realizar alguma intervenção que assim o exija, é priorizada a luz natural. Antes do nascimento, o RN estava habituado ao meio escurecido, por isso a luz chega agora a ser perturbadora, pelo que o enfermeiro deverá ter sensibilidade nesse sentido. O ruído é outro fator prejudicial que pode provocar bradicardia, hipoxemia, aumento da pressão intracraniana, hipertensão arterial, apneia, stress, distúrbios de sono, irritabilidade, cansaço, vômitos e diminuição do apetite (Acevedo, Becerra, & Martínez (2017) citado por Fernández e Schapira et al. (2004)). A longo prazo poderá haver alterações auditivas com risco de surdez, por vezes irreversível, e com deficiência linguística (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017) citado por (Gallegos et al. (2011)). De relevar que a unidade possui um sonómetro que mede o ruído de forma contínua e que é aconselhado, segundo os mesmos autores da revisão da literatura. A minha assistência foi concordante com o que a evidência nos diz. Neste sentido, sempre que me aproximava da incubadora, tive o cuidado de evitar fazer barulho, abrindo e fechando lentamente as portas da incubadora para que o som não destabilizasse o RN, já que a incubadora potencia os sons e este, e este ato é dos ruídos mais ensurdecedores para o bebê que se encontra nesse meio. O cuidado postural no RN é outro fator a ter em conta e igualmente privilegiado como boa prática da UCIN, onde tive a atenção de manipular o bebê em flexão e em bloco, privilegiar os decúbitos laterais, estimular a flexão do tronco e extremidades através da utilização de ninhos e rolos de posicionamento que contribuem para a contenção e que promovem a autorregulação e acalmia, facilitando também a atividade mão-boca (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). Afinal era assim que o RN se encontrava no meio intrauterino! Desde o primeiro turno efetuado nesta unidade, que foi dada uma grande

relevância ao posicionamento do RN e, nomeadamente, à importância da contenção no RNPT, a fim de favorecer a sua estabilidade e organização comportamental e desenvolvimental, tendo sido a intervenção mais adotada no decurso de qualquer intervenção, nomeadamente durante o dia em que os procedimentos são mais frequentes. Nos procedimentos causadores de stress, estes eram realizados em dupla, sempre que possível, em que um enfermeiro ficava responsável por atender ao procedimento e outro (enfermeiro/pais) por atender às necessidades do RN (Santos A. O., 2011), realizando por exemplo, contenção manual. Quando me encontrava sozinha a prestar cuidados ao RNPT, efetuei contenção física com um lençol. Além destas estratégias também outras foram implementadas no cuidado ao RNPT, tais como a concentração de atividades ao longo das 24h, que constitui um elemento chave do NIDCAP. Pude constatar que a equipa de saúde tinha o cuidado de discutir o plano de cuidados para cada bebé e com a família, agrupando os cuidados de forma a respeitar os seus ciclos de sono, garantindo o descanso do RN no mínimo 1 hora entre cada procedimento. A amamentação e o contacto pele-a-pele (método canguru) foram usadas não só como medidas não farmacológicas no controlo da dor, mas também como elementos promotores da vinculação, muito importantes para o desenvolvimento da criança, aumento de confiança e competência dos pais. Sem dúvida que o envolvimento dos pais no cuidado aos seus filhos é fundamental e um dos elementos básicos da metodologia NIDCAP, em que a evidência nos diz que quando realizado de forma precoce, melhora o prognóstico do bebé (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). A promoção da ligação mãe/pai-filho em contexto de UCIN é vista como uma prioridade e foi implementada logo que possível através do incentivo e permissão do toque ao filho, bem como do uso da voz materna/paterna, por exemplo.

O método canguru trata-se de uma prática recorrente que é muito benéfica e segura, não tendo encontrado na literatura efeitos prejudiciais. Assim, tive oportunidade de incentivar e aplicar o método canguru colocando o RNPT apenas de fralda, junto ao peito da mãe, na posição vertical, estando os dois envolvidos numa faixa para o efeito, fornecida na UCIN, durante um período mínimo de 90 minutos. Tirar o bebé da incubadora prevê algum stress para o RNPT e, por isso, não é aconselhável que se realize este método num tempo inferior (Acevedo, Becerra, & Martínez, 2017). Estudos relatam que este método apresenta grandes vantagens na assistência humanizada a RNPT, tais como a promoção do aleitamento materno exclusivo, ganho de peso, sono tranquilo, controlo térmico, redução dos níveis de infeção, diminuição do internamento, aumento da ligação do

binómio pais-filho e do vínculo afetivo (Menezes & Reis, 2017). Foi notório o prazer das famílias aquando a realização deste método, contribuindo para a consolidação do seu papel e para a qualidade de vida deste binómio. Ressalvo a existência de um espaço junto da incubadora do bebé que apoia a presença dos pais, onde é disponibilizado um cadeirão reclinável, útil para a prática deste método ou para amamentar. Toda esta assistência passa por minimizar este impacto negativo no desenvolvimento do RNPT, promovendo aspetos que o favorecem e incluindo a adaptação dos cuidados de forma a apoiar o bem-estar do bebé. Nesta unidade, a preocupação da equipa pelo conforto do RN e o respeito por este ser tão vulnerável e pela sua família foram notórios, evidenciando alguns dos aspetos que referi que integram a filosofia NIDCAP, tal como nos diz Guimarães (2015): a honestidade das informações transmitidas, a colaboração com a família de acordo com as suas necessidades, a presença dos pais na unidade, a parceria de cuidados, a promoção do aleitamento materno e do contacto pele com pele (método canguru), a colaboração dos pais nos cuidados valorizando o seu papel como principais cuidadores, a transição para a alta e os cuidados domiciliários, os cuidados paliativos e acompanhamento no luto. Efetivamente percebi em vários momentos que o EESIP assume um papel extremamente importante no decurso da sua assistência que permite melhorar a qualidade de vida das crianças e famílias.

O contacto privilegiado com o NIDCAP fez-me refletir que embora todos os aspetos referidos anteriormente sejam de suma importância, penso que mais importante ainda é termos a noção de que o RN é interveniente ativo mesmo nos seus próprios cuidados, perante os sinais comportamentais que nos transmite.

Competências desenvolvidas

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

Objetivos específicos

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na assistência à criança e família em situações complexas;
- Aprofundar competências promotoras da gestão emocional, quer pessoais, quer relativas à criança e família;
- Compreender e utilizar o método de triagem em vigor no contexto do SU;
- Refletir sobre o papel do EESIP perante situações complexas.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Prestei cuidados de enfermagem ao RNPT e em situação de risco;
- ✓ Geri emoções pessoais e capacitei emocionalmente a criança e família;
- ✓ Realizei triagem à criança segundo o método de triagem canadiana;
- ✓ Observei o papel do EESIP e promovi momentos de reflexão sobre a sua atuação em situações complexas.

Reflexão crítica

Em contexto de SU, muitas vezes o imprevisto da ocorrência faz com que a criança não seja devidamente preparada pelos pais/cuidadores para o que vai acontecer. Assim, este é um dos motivos pela qual a hospitalização de urgência é considerada uma das experiências mais traumatizantes para a criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). É na triagem que ocorre a primeira interação com o meio hospitalar e entre o EESIP e as crianças e pais/cuidadores e, nesta fase, este elemento tem um papel fundamental no acolhimento e no auxílio da gestão de emoções da criança e família, com o objetivo de potenciar a relação terapêutica e a assistência dos cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Promover um ambiente seguro e transmitir confiança e disponibilidade por parte do EESIP são fundamentais para que se estabeleça desde logo

uma relação terapêutica, importante para a colheita de dados com vista à tomada de decisão informada sobre os sintomas, dando resposta às necessidades da criança, considerando também a percepção dos pais/família, pois são eles que melhor conhecem os seus filhos.

O método de triagem é um processo de avaliação preliminar, mas muito exigente na priorização dos cuidados, já que um inadequado ajuste de tempo e tipo resposta assistencial, que deve ser atempada, e inadequação dos recursos ao grau de urgência pode implicar agravamento do estado clínico da criança. Neste sentido, pude compreender o funcionamento deste método estruturado, bem como as competências e habilidades do enfermeiro triador, que idealmente deve ser um EESIP, detentor de conhecimentos especializados, olhar atento e crítico, com poder resolutivo e tomada de decisão rápida e assertiva, em momentos cruciais e decisivos que este processo implica, garantindo a eficácia dos cuidados, manifestando ao mesmo tempo segurança, racionalidade e calma. A triagem canadiana possui um programa onde consta o triângulo de avaliação pediátrico, que se prevê logo à partida que se olhe e escute a criança, mesmo sem tocá-la e identifique de imediato as alterações fisiológicas, a avaliação da queixa principal (integrada nos discriminadores) e a avaliação dos sinais vitais (modificadores), tendo em conta a idade e os fatores de risco de determinada criança. Após esta avaliação e a seleção dos itens de acordo com o estado clínico da criança é-lhe atribuída automaticamente uma cor relativa à prioridade da urgência. No entanto, pude perceber que a triagem só termina efetivamente com a análise e decisão por parte do enfermeiro, ou seja, o EESIP pode alterar a cor da pulseira caso se justifique, o que revela um acréscimo de responsabilidade do enfermeiro que tria perante a autonomia que possui na tomada de decisão, sendo ele quem define as prioridades e a especialidade a que destina cada criança. Compreendi que só um enfermeiro dotado de competências e habilidades como o EESIP pode assumir este papel, já que a maior prioridade à criança deve ser conduzida pelo olhar atento aos sinais e sintomas que o enfermeiro perito possui nesta área. Por outro lado, ao longo do estágio, e da experiência que fui adquirindo ao triar cerca de 100 crianças neste contexto, num momento de reflexão com o EESIP, constatei que este método de triagem embora se demonstre seguro e eficaz na prestação de cuidados, apresenta possibilidades de melhoria e que tem vindo a ser alvo de avaliação e adequação, com vista à uniformização da avaliação, para que todos procedam da mesma forma. O estudo dos autores (Magalhães, et al., 2016), corroboram esta ideia, referindo que os enfermeiros que trabalham nesta

área e que tiveram formação neste processo detetaram lacunas na utilização da triagem canadiana e que sentem necessidade de adequar e melhorar alguns parâmetros na sua utilização, tendo em conta algumas particularidades que não constam no sistema. Fazem referência, por exemplo, ao caso de um RN que recorre ao SU por um episódio de vômito, tendo desde logo prioridade sobre as outras crianças, por ser RN. Este défice do sistema suscitava, inicialmente, algumas dúvidas aquando a tomada de decisão (Magalhães, et al., 2016). Outro exemplo que posso mencionar e que foi igualmente alvo de discussão e reflexão, foi o caso de uma criança com 10 anos, sem antecedentes relevantes ou patologia associada, sem outros sinais/sintomas, que recorreu ao SU por apresentar febre. Segundo o sistema, ser-lhe-ia atribuída a classificação de nível 4 (pulseira verde), isto porque o sistema não contempla alguns itens que a meu ver são muito relevantes, como a duração da febre. A criança apresentava febre já com 7 dias de evolução, pelo que, nestes casos, e como referi anteriormente, o EESIP tem toda a autonomia para que lhe seja atribuído um grau de gravidade superior ao que resulta da aplicação da CPTAS, sempre que necessário, permitindo que a sua avaliação crítica seja considerada no processo. Assim, nestes casos, foi possível verificar que o enfermeiro triador muitas vezes tem que alterar alguns parâmetros ou então justificar a razão pela qual aumentou a prioridade, já que o sistema por si só não o permite. Deste modo, embora tenham um algoritmo inerente ao sistema, a utilização de um recurso por parte do enfermeiro para a melhor atribuição do nível de prioridade, não deixa de estar presente no dia a dia do enfermeiro triador.

A execução da triagem avançada, sempre que necessária, faz também parte do processo de triagem. Cabe ao enfermeiro triador iniciar protocolos de tratamento/medidas de auxílio primárias e a monitorização e reavaliação da criança, bem como a sua documentação. Neste sentido, aquando a triagem propriamente dita e na espera das crianças enquanto aguardam avaliação pelo médico pediatra, foram por mim iniciadas intervenções terapêuticas, tais como, administração de antipiréticos e analgésicos orais na criança que apresentava febre e dor respetivamente, administração de aporte de oxigénio a crianças com SDR ou com diminuição da saturação de oxigénio, por exemplo. Estas crianças carecem da nossa atenção e estão sujeitas a reavaliação. Sempre que se justifique, a criança é retriada, uma vez que durante a espera da avaliação médica poderão agravar ou não o seu estado clínico e, neste sentido poderá haver necessidade de alterar a cor da pulseira que lhe foi atribuída inicialmente. Na verdade, os sinais e sintomas que levam as crianças ao SU podem rapidamente evoluir para condições mais graves. Deste

modo, a retriagem é assim reconhecida como uma condição facilitadora neste processo dinâmico e de uma relevância extrema para minimizar/evitar complicações (Magalhães, et al., 2016). Os focos de atenção mais comuns que tive oportunidade de assistir foram: a febre, diarreia, vômitos, dor abdominal, tosse, sinais de dificuldade respiratória e traumatismos decorrentes essencialmente de quedas.

No decorrer desta experiência e no que toca às competências e habilidades do EESIP enquanto triador, foi possível constatar que a capacidade de comunicação e de organização, a capacidade para trabalhar sob pressão e reconhecer uma criança doente são atributos que fazem parte deste profissional. Ficou claro que é o EESIP o mais apto para a prestação de cuidados de excelência, com conhecimentos sobre sinais e sintomas em situação de urgência, sendo capaz de descodificar as situações, com níveis elevados de pensamento crítico e tomada de decisão da prioridade de atendimento de forma autónoma. Ainda neste âmbito, percebi que por vezes, e quando o *timing* o permite, o EESIP tem oportunidade de educar os pais/cuidadores sobre alguns conteúdos e consciencializá-los acerca das indevidas idas à urgência. Nestes casos é importante transmitir aos pais/cuidadores que existem outros recursos disponíveis, como os CSP. Na triagem tive oportunidade de realizar educação sobre a febre, informando os pais sobre os sinais de alarme que exigem a recorrência ao SU. Tudo isto levou-me a refletir que para se fazer este caminho, a atuação do EESIP em CSP é fundamental. Este assume um papel primordial no âmbito das consultas ou nas sessões de educação para a saúde, nos cursos de preparação para a parentalidade, por exemplo, podendo realmente fazer a diferença, consciencializando e dotando os pais/cuidadores de conhecimentos e capacidades para cuidar da criança no domicílio, não recorrendo imediatamente ao SU, evitando a sobrecarga destes serviços diferenciados.

Relativamente à atuação na sala de emergência, este foi um dos objetivos inicialmente por mim delineado, no entanto, por não surgir nenhuma oportunidade a este nível durante a minha permanência no estágio, não foi totalmente alcançado. Não me tendo sido possível observar e colaborar perante uma situação emergente propriamente dita, impossibilitou o desenvolvimento de competências a esse nível, de forma plena. De modo a minimizar e contornar esta lacuna, tive o cuidado de aferir com a enfermeira tutora os aspetos considerados mais relevantes neste tipo de atuação que deve ser rápida, podendo constatar que a coordenação e articulação da equipa de saúde, a sequência das

intervenções, bem como a comunicação entre ela são fundamentais para o sucesso da mesma. Também foi abordada a questão relativa à disposição dos equipamentos e materiais, necessários à assistência nestas circunstâncias.

Para além do potencial comprometimento vital e toda esta envolvimento que pode acarretar uma urgência/emergência, jamais se poderá esquecer a carga emocional que dela advém, seja por parte da criança, família ou mesmo pelos profissionais de saúde. Ainda neste contexto, surgiu a oportunidade de assistir à entrada de uma criança com 9 anos, vítima de uma queda quando se encontrava a andar de *skate*. A criança entrou em plano duro, com colar cervical, e apresentava-se consciente e orientada e com algumas feridas traumáticas dispersas pelo corpo. Aqui foi possível perceber uma aproximação da equipa de saúde à família, com o objetivo de os tranquilizar e manter informados sobre os procedimentos nomeadamente em caso de vítimas de trauma, que exige que se efetue uma série de exames complementares. Como referi anteriormente, há episódios que surgem de forma inesperada e que não há tempo para preparar devidamente a criança para o que vai acontecer, originando o sentimento de medo na experiência da criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Gerir o medo nestas circunstâncias faz parte das intervenções de enfermagem para que a criança se sinta apoiada, tendo sido minha preocupação atuar nesse sentido, fazendo reforços positivos e mobilizando estratégias de distração conversando sobre temas do seu agrado, permitindo que a criança se expresse e questione, contribuindo assim para que a criança se sinta segura, calma e valorizada pelo sentimento de controlo face à situação que vivencia (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Durante este episódio foi preservado o contacto com os pais, promovida uma escuta ativa e adotada uma postura calma e tranquilizadora. Porque para gerir as emoções dos outros (crianças e família), temos de saber gerir primeiramente as nossas para assim podermos cuidar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

A Neonatologia é também um contexto emocionalmente exigente tanto para as famílias como para os profissionais de saúde, uma vez que nos deparamos muitas vezes com situações em que os bebés se encontram instáveis, seja pela prematuridade, seja pela patologia congénita, pondo em risco a própria vida. Nestas circunstâncias, um dos momentos que certamente não esquecerei, foi durante a visita de um pai ao seu filho, RNPT de 31 semanas e 4 dias, com distrofia miotónica tipo I, cuja mãe era portadora da doença genética autossómica dominante, e que se encontrava também internada numa

Unidade de Cuidados Intensivos, com prognóstico reservado. O bebé encontrava-se sob ventilação invasiva. A gestão de emoções perante esta circunstância não é tarefa fácil para um profissional de saúde, quanto mais para o pai que se encontrava completamente desesperado e desamparado. A atuação do EESIP foi no sentido de incentivar este pai a expressar os seus sentimentos, confortá-lo, tentando minimizar a sua dor, evidente através do choro persistente, visando uma relação de ajuda. Foi-lhe questionado se queria tocar no bebé ou colaborar na troca da fralda efetuando contenção manual, ao qual recusou, acenando negativamente com a cabeça e permanecendo em silêncio. Face a esta recusa, ainda assim, a minha intervenção passou por insistir na ligação pai-filho explicando que o RN beneficiaria do seu toque e de ouvir a sua voz, valorizando desta forma as suas habilidades e capacidades parentais, com o intuito de promover a vinculação deste binómio, mas respeitando a sua vontade. Nesta circunstância em particular, foi para mim difícil gerir as emoções, já que nunca havia passado por uma situação semelhante, no entanto, sinto que fui capaz. Todas estas experiências fizeram com que me fosse possível desenvolver estratégias de modo a gerir a minha própria emocionalidade, bem como proporcionar um equilíbrio emocional da criança e família, levando ao aprofundamento de competências neste sentido. Para além da gestão emocional que este contexto exige, cuidar do RN foi sem dúvida outro grande desafio encontrado neste percurso, pela inexperiência na área, minuciosidade e especificidade na prestação dos cuidados, constituindo estes aspetos como que uma dupla complexidade. O contacto com a prematuridade que muitas vezes implica necessidade de suporte ventilatório invasivo/não invasivo constituíram-se situações complexas neste contexto, essencialmente pelos cuidados que exigem e pela instabilidade clínica que alguns RN apresentam. Este contexto foi muito enriquecedor pelas variadas experiências que tive oportunidade de vivenciar e colaborar, prestando assistência a RNPT e de termo, com diferentes patologias associadas, que exigiam cuidados diversificados, que se encontravam em cuidados intensivos ou intermédios. Prestar cuidados ao mesmo RN e suas famílias em alguns turnos consecutivos foi um aspeto favorável na minha integração, uma vez que promoveu a continuidade de cuidados e, conseqüentemente, a relação com os pais. Por outro lado, penso que o facto de nos primeiros turnos ter iniciado esta experiência pelos cuidados intensivos pode ter sido complexo, confuso e dificultador para quem acaba de chegar a esta realidade. Só o facto (que pode parecer simples) de introduzir os meus braços na incubadora e perceber o espaço que as minhas mãos lá ocupavam, foi para mim um

desafio! Nos cuidados intensivos foi possível o desenvolvimento de competências na assistência ao RNPT sob suporte ventilatório não invasivo e invasivo. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem associados à ventilação não invasiva (*Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)*), tive oportunidade de gerir o uso de *interface* (máscaras e *prongs* nasais) otimizando a touca de fixação do RN (através da medição do perímetro cefálico) e os *prongs* nasais que devem ser as de maior calibre possível mas sem causar pressão nas narinas; verificar a sua permeabilidade instilando soro fisiológico e evitando a aspiração a fim de causar traumatismo da mucosa, aspirando de seguida a orofaringe nas regiões laterais para não induzir o vómito; utilizar a chupeta para evitar/diminuir fuga de pressão. No que se refere à ventilação invasiva fui capaz de identificar o tipo de ventilação e proceder à aspiração de secreções através do tubo endotraqueal (TET), orofaringe e cavidade nasal. Em ambos os tipos de ventilação, geri o aporte de oxigénio, vigiei a pele do RN, certificando-me da existência ou não de úlceras de pressão provocadas pelo uso de máscara/*prongs* nasais/TET e avaliei o perímetro abdominal do RN, permitindo a deteção de algumas complicações, tal como como a distensão abdominal. Prestei cuidados ao grande prematuro de 28 semanas e 2 dias, de muito baixo peso (MBP) (1,250 kg), com enterocolite necrotizante (NEC), verificando-se agravamento clínico ao 8º dia de vida, havendo necessidade de entubação nasofaríngea, que tive oportunidade de observar, e posterior colocação de dreno abdominal para drenagem peritoneal em RNPT com perfuração intestinal. Nesta situação em particular, só o facto de pegar pela primeira vez num RN com este peso, aqui tive realmente a perceção do quão vulnerável pode o ser humano ser. Ainda neste contexto, na minha passagem pelos cuidados intermédios, deparei-me essencialmente com o processo de transição para a alimentação oral no RNPT e com o aspeto referente às suas competências alimentares. Aqui foi possível o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados a esse nível, sendo importante vigiar o conteúdo gástrico, vigiar sinais de distensão gástrica, identificar os sinais de prontidão alimentar, estimulação oral associada à sucção com chupeta, importante para o desenvolvimento de habilidades (Neto, 2014), visando alcançar a alimentação por via oral. Pude constatar que este passa por diversas etapas, onde são implementadas diferentes estratégias, até ser alimentado de forma espontânea (oralmente). Nesta fase foi possível assistir ao EESIP na oferta do biberão com leite materno, uma vez que a mãe não estava presente, não tendo sido possível assistir à colocação do bebé à mama nestas circunstâncias prematuras. Conter o

RNPT com o lençol/fralda, mantendo uma postura fletida e colocar as mãos junto à zona da face/boca foram algumas estratégias utilizadas nesta fase para que o bebê se sentisse aconchegado, seguro e autorregulado (Neto, 2014) para que não houvesse descoordenação neste processo. Ainda assim, foi possível verificar que a adoção de outras intervenções são favorecedoras nesta etapa de desenvolvimento das competências alimentares. Deste modo, posicionar o bebê, lateralizando-o, apoiar o maxilar aquando a alimentação, controlar o fluxo de leite, impor uma pausa respiratória a cada 3-5 sucções consecutivas para prevenir o cansaço e manter a estabilidade fisiológica foram outras medidas adotadas face às habilidades imaturas do RNPT (Neto, 2014). Sem dúvida que a Neonatologia me trouxe um grande leque de conhecimentos para os quais não estava desperta anteriormente.

Concluo este domínio destacando o papel do EESIP que, ao longo do estágio pude constatar que é exercido de forma efetiva e a vários níveis. Tive oportunidade de o analisar de forma crítica e reflexiva, observando diretamente os cuidados prestados ao RN, criança, adolescente e família, podendo constatar que estive perante uma prestação de cuidados diferenciados dotada de uma consistente base teórica, visando dar resposta às necessidades específicas da população que cuida.

4.2. Domínio da Formação

Sendo a enfermagem uma ciência em constante atualização, e atendendo aos padrões de qualidade descritos pela Ordem dos Enfermeiros é determinante “*a existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem da Criança e do Jovem, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015) dos cuidados que estes prestam. Assim, este processo deve ser inerente a cada enfermeiro, desenvolvendo-se em torno da procura de respostas às suas necessidades, sendo da sua competência desenvolver “*o autoconhecimento e a assertividade*” e basear “*a sua praxis clínica especializada em evidência científica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019) devendo este manter-se a par do conhecimento científico mais atualizado, visando a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Competência desenvolvida

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivo específico

- Promover o crescimento pessoal e profissional.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Consultei normas e protocolos existentes nos diferentes contextos de Estágio;
- ✓ Participei no dia 3 de abril de 2019 no Encontro “Caminhar com Sucesso no Contexto Educativo Inclusivo” - Prevenção dos maus tratos na infância, promovido pela CPCJ;
- ✓ Assisti ao III Fórum de Especialidades desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), que decorreu no dia 7 de março de 2019;
- ✓ Assisti ao *13th International Seminar on Nursing Research*, promovido pela Universidade Católica Portuguesa, que decorreu nos dias 9 e 10 de maio de 2019.

Reflexão crítica

O desenvolvimento profissional passa impreterivelmente pelo desenvolvimento pessoal, e temos de ter em conta que a formação das competências são fruto de um processo realizado individualmente, e ao qual se deve atribuir relevância, visando uma prestação de cuidados de qualidade. Assim, ao longo deste meu percurso, o meu investimento foi sempre no sentido de desenvolvimento pessoal e profissional em todos os contextos assistenciais, potenciando os meus conhecimentos e desenvolvendo competências para uma prática especializada. Efetivamente, o Estágio abrange um conjunto de experiências que em muito enriqueceu este caminho, quer pela diversidade dos contextos, quer pela

sua especificidade/diferenciação. O recurso aos conteúdos das aulas lecionadas no curso de Mestrado, a consulta de normas e protocolos de atuação existentes nos serviços para além de possibilitarem a integração no contexto, contribuíram também para o aprofundamento de conhecimentos nas diferentes áreas, aumentando o meu crescimento. Efetivamente, uma integração bem-sucedida é sem dúvida um contributo fundamental para o êxito deste percurso, tirando posteriormente o maior partido das oportunidades que nos são dadas.

Pude constatar que a formação contínua era uma preocupação demonstrada por grande parte dos profissionais no contexto de Neonatologia, por exemplo, em que um grupo de profissionais iria promover momentos de formação, onde seriam abordadas várias temáticas como: “Cuidados Especiais Neonatais”, “Reanimação Neonatal” e “O essencial da Neonatologia” com apresentação de casos clínicos, mas ao qual não tive oportunidade de comparecer.

No âmbito do contexto de estágio de CSP, e relacionado com o NACJR, tive oportunidade de comparecer no Encontro “Caminhar com Sucesso no Contexto Educativo Inclusivo” promovido pela CPCJ do concelho, no âmbito do Mês da Prevenção dos Maus Tratos na Infância. Este evento teve como objetivo sensibilizar a comunidade face à problemática dos maus tratos na infância, recorrendo à revelação de dados processuais do concelho, consciencializando os profissionais para o seu papel na prevenção, promover boas práticas apresentando estratégias através da sensibilização e campanhas de prevenção com vista à promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, atribuindo relevância à inclusão no contexto educativo.

Como é evidente e segundo a literatura, os maus tratos têm repercussões no desenvolvimento da criança, refletindo-se ao longo da sua vida (Direção-Geral da Saúde, 2008). O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil vem dar novo enfoque à questão relacionada com os maus tratos, relativamente ao Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (2005), considerando esta temática muito importante no decurso da vigilância em saúde infantil (Direção-Geral da Saúde, 2013). Os maus-tratos na infância implicam *“qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima”* (Direção-Geral da Saúde, 2011). Esta formação fez-me refletir acerca

desta temática e perceber, tal como afirma a Direção Geral de Saúde, que a criança maltratada corresponde efetivamente a um problema de saúde pública “*que consubstancia, regra geral, uma forma de “hereditariedade social”*” (Direção-Geral da Saúde, 2011). Quer isto dizer, que se nada se fizer para evitar esta problemática, o fenómeno da violência tender-se-á a repetir-se e reproduzir-se de geração para geração (Direção-Geral da Saúde, 2011). Portanto, a intervenção neste sentido é imperativa, e a análise dos dados apresentados corrobora a ideia de que esta deverá ser a mais precoce possível, e levada a cabo por uma equipa multidisciplinar. O NACJR enquanto primeira instância, e sendo este promotor dos direitos e proteção das crianças e jovens, quando estas se encontram em situação de risco ou perigo, visa a intervenção atempada junto deste grupo tão vulnerável satisfazendo as suas necessidades de saúde, procedendo ao seu encaminhamento e articulando se necessário com outras entidades, como a CPCJ ou tribunais. No âmbito do contexto onde estagiei, fazem parte deste Núcleo cinco elementos, dos quais, um EESIP, um EE em Saúde Comunitária, um médico pediatra, uma técnica de serviço social (coordenadora do NACJR) e uma assistente técnica, que assumem um papel importante no apoio e colaboração com os profissionais neste processo, sejam eles enfermeiros, médicos, professores, já que são estes os intervenientes que numa primeira linha lidam diretamente com as crianças e com as circunstâncias que delas advêm, no seu quotidiano (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Ao longo deste evento pude refletir que todos os contextos por onde passei são extremamente importantes na deteção e intervenção dos maus tratos infantis, constituindo inevitavelmente um foco de atenção do EESIP, que zela pela segurança da criança e que muitas vezes é ele o primeiro interveniente na quebra destes ciclos. Há que identificar, centrando-nos na família, as necessidades de cada criança e sinalizá-las. Outro ponto fundamental e que passa também pela proteção dos direitos da criança a que o EESIP deve estar alerta, diz respeito ao desenvolvimento infantil a nível físico ou cognitivo que por vezes se encontra comprometido. Cabe, portanto, ao EESIP a identificação dos sinais junto das crianças com NSE, bem como a continuidade do processo de prestação de cuidados eficaz ao seu problema de saúde, com vista ao apoio na inclusão destas crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Está claro que este processo apenas terá sucesso se for respeitada a inserção da criança e família na comunidade e haja uma articulação entre os intervenientes (pais, professores, enfermeiros) nos cuidados. No decorrer do evento, foi possível constatar que a aposta numa escola inclusiva tem sido alvo de debate. Se por um

lado, esta é uma prioridade que vem efetivar o direito de todos e de cada um dos alunos a uma educação inclusiva que dê resposta às suas necessidades com a participação de todos e em condições de igualdade (Ministério da Educação, 2018) com vista à qualidade educativa, por outro, a educação inclusiva é vista como um desafio, uma vez que exige mudanças na organização e ação dos profissionais, implicando a criação de condições, estratégias e recursos para dar respostas à inclusão dos alunos, em função das características e condição de cada um. De relevar que a Equipa Local de Intervenção e Equipas de Saúde Escolar são neste sentido recursos específicos fundamentais para o apoio à aprendizagem e inclusão (Ministério da Educação, 2018). Mais importante do que o propósito da saúde escolar em dar resposta às necessidades destas crianças e contribuir para a inclusão, é promover os Direitos da Criança reconhecendo a diversidade e o valor pessoal (Direção-Geral da Saúde, 2015). A meu ver é sem dúvida uma mais-valia em que todos poderão aprender com todos.

Em contexto académico, também tive a oportunidade de usufruir de momentos relevantes e que muito se destacaram neste percurso, dado o conteúdo tão enriquecedor de carácter científico acerca da investigação que tem vindo a ser realizada. Assim, foi possível assistir ao III Fórum das Especialidades, no âmbito dos cursos de mestrado de enfermagem, ancorado no tema “Cuidado de Enfermagem Integrado: inovação e desafios”, transversal a todas as áreas de especialização em enfermagem do referido curso. Este evento contou com a presença de Enfermeiros membros da OE (Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e Vice-Presidente) que como nota introdutória elucidaram para o uso do conhecimento como matéria-prima, reforçando que este precisa de ser produzido, reproduzido e valorizado, constituindo um elemento essencial para a prestação de cuidados e evolução da disciplina. Posteriormente foi abordada a temática major, a especialização, destacando o valor acrescentado dos cuidados especializados em enfermagem e o seu impacto no que diz respeito aos clientes e população, profissionais e mercado de trabalho e entidades prestadoras. Este momento foi sem dúvida um contributo para o meu desenvolvimento e que me fez refletir acerca dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem para a melhoria contínua da prática especializada. A reflexão permitiu-me adquirir uma visão/pensamento crítico perante os desafios da prática e um maior controlo sobre esta, dadas as competências adquiridas, facilitando a tomada de decisão. A meu ver é aqui que o Enfermeiro Especialista se destaca. Remetendo para a minha área de especialização, o trabalho com um ser tão vulnerável como a criança e com a sua família exige uma

aquisição de conhecimentos/habilidades complexos e a necessidade de basear constantemente a nossa prática na evidência. Este surge como um caminho árduo que só assim promove o desenvolvimento pessoal e profissional como EESIP, visando a qualidade dos cuidados prestados. Na fase final também houve espaço para a apresentação de alguns trabalhos das diferentes especialidades, desenvolvidos no âmbito do Mestrado.

Assisti também ao *13º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem*, evento da responsabilidade do Curso de Doutoramento da UCP, que consistiu essencialmente na apresentação de projetos e trabalhos de investigação, onde existiu oportunidade para discussão de determinadas temáticas, partilha de conhecimentos e experiências, favorecendo a aquisição de saberes conducentes a uma prática especializada, com especial interesse na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

Competências desenvolvidas

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;

Promover a formação em serviço na área de EESIP.

Objetivos específicos

- Desenvolver competências ao nível da formação de pares;
- Promover a reflexão com a equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação em serviço;
- Treinar competências comunicacionais em audiências especializadas.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Identifiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem;
- ✓ Realizei formação ao grupo de pares sobre “Suporte Básico de Vida Pediátrico”.

Reflexão crítica

A formação em serviço é favorecedora do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e da qualidade dos cuidados, pelo que deve ser uma aposta em cada contexto da assistência à criança. Considero por isso a formação fundamental e indispensável, constituindo um processo dinâmico, de aprendizagem mútua, na medida em que a partilha e a troca de experiências são também promotoras na qualidade dos conhecimentos e das competências de todos os implicados na realidade assistencial.

Ao longo do estágio, verifiquei que em todos os contextos o EESIP é visto como um elemento de referência e como meio de transmissão de informação atualizada, esclarecendo muitas vezes dúvidas aos seus pares. Com este percurso, não só adquiri conhecimentos e habilidades, como também foi meu objetivo partilhar os meus saberes e aptidões.

Em contexto de CSP, constatou-se uma carência formativa no seio da equipa de enfermeiros da unidade, no que diz respeito ao “Suporte Básico de Vida Pediátrico”. Posto isto, manifestei disponibilidade em intervir no sentido de contribuir para a difusão de conhecimentos e conseqüente formação de pares, sugerindo fazer também referência à Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE)/engasgamento, tendo sido aceite e orientada pela EESIP, em colaboração com a docente orientadora do estágio. A seleção e elaboração desta ação formativa (Apêndice II) prendeu-se, portanto, com a deteção da necessidade identificada na equipa, e teve como propósito colmatá-la, visando o seu domínio, promoção do desenvolvimento e aprofundamento de competências neste aspeto através da aquisição de conhecimentos, contribuindo de forma significativa para a elevação dos padrões de qualidade.

O momento de reanimação é caracterizado por ser uma situação emergente, na qual a atuação rápida e o eficaz desempenho é essencial. A formação teórica e prática revela-se imprescindível, sendo fundamental para que o enfermeiro reconheça uma criança em situação crítica e saiba atuar de acordo com as *guidelines* recomendadas. Como se sabe, a paragem cardiorrespiratória num lactente ou criança é um acontecimento pouco comum, tendo em conta as particularidades anatómicas e fisiológicas desta faixa etária (INEM & DFEM, 2017), mas que tem conseqüências gravíssimas que contribuem para a morbilidade e mortalidade deste grupo vulnerável. Esta condição implica que alguns

enfermeiros, nomeadamente os que não são da área da SIP, sintam limitações na sua atuação que poderão, porventura, estar relacionadas com a falta de experiência ou ausência de treino. O reconhecimento precoce e o socorro imediato à vítima evitam a progressão para uma situação de paragem cardiorrespiratória, aumentando assim a sobrevivência e a diminuição de sequelas. Desta forma, é imprescindível que os profissionais de saúde saibam atuar em caso de emergência pediátrica, que tem particularidades muito distintas da emergência em adultos, conhecendo e colocando em prática o algoritmo de SBVP.

Os profissionais de saúde da UCC têm como obrigação não só cívica, mas principalmente profissional, de saber reconhecer precocemente a gravidade da situação e de atuar de acordo com o algoritmo de SBVP. Assim, esta ação de formação reveste-se de particular importância, dado que a afluência de crianças à UCC é significativa, permitindo se necessário um socorro à vítima adequado e em tempo útil. Para concretizar a atividade formativa, foi realizado um planeamento da sessão de formação com o propósito de clarificar os aspetos organizacionais da mesma, definindo objetivos, determinando conteúdos, gerindo recursos e organizando estratégias que orientaram toda a sessão em contexto formativo, bem como fundamentar a sua relevância no estágio. Neste sentido, com a elaboração do planeamento, para além das referidas definições, pretendi desenvolver competências no âmbito do planeamento em saúde e compreender a importância de planear uma ação de formação visando atingir os objetivos a que me propus inicialmente.

Quanto a mim, sinto que desenvolvi competências na sua concretização promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. É imprescindível que todos os enfermeiros se mantenham ativos quanto ao desenvolvimento da sua formação, implicando uma atualização contínua dos seus conhecimentos, não podendo basear-se apenas na teoria, mas aliando-a também à prática e à reflexão crítica constante.

4.3. Domínio da Gestão

Neste domínio, e de acordo com o Regulamento das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) pretende-se que este gira os

cuidados potenciando os comportamentos da enfermagem e da restante equipa; e adequa a liderança e a gestão dos recursos de acordo com as diversas situações e o contexto com que se depara, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

Competências desenvolvidas

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Realizar a gestão de cuidados na sua área de especialização.

Objetivos específicos

- Integrar a metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem;
- Conhecer as estratégias de gestão de recursos em vigor nos vários contextos;
- Conhecer o plano de ação e algumas particularidades das estratégias de gestão da UCC;
- Reconhecer a importância da acreditação de um serviço;
- Compreender o papel do EESIP na gestão dos cuidados à criança e família.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Analisei criticamente a metodologia de trabalho utilizada;
- ✓ Assisti à monitorização dos indicadores implicados na gestão da UCC;
- ✓ Conheci aspetos relacionados com a acreditação de um serviço;
- ✓ Observei a atuação do EESIP na gestão de cuidados, colaborando oportunamente.

Reflexão crítica

A cultura de implementação de cuidados e melhoria contínua de qualidade, foi uma preocupação que me acompanhou ao longo de todo o estágio. Assim, foi inevitável

atender aos padrões de qualidade como foco para a prestação de cuidados em qualquer contexto. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), um dos elementos essenciais na promoção da qualidade face à organização dos cuidados de enfermagem é a utilização de uma metodologia de trabalho, razão pela qual se justifica o interesse por esta problemática e que constituiu o ponto de partida para alcançar um dos objetivos acima mencionados.

Com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, na grande parte dos serviços onde estagiei (à exceção dos CSP), em cada turno existe um elemento de referência normalmente denominado “responsável de turno”, sendo este por norma, EESIP. Este elemento deve atuar na gestão dos recursos disponíveis e indispensáveis para a qualidade do processo da prestação de cuidados, apresentando competências humanas e técnicas específicas para gerir os cuidados. O contacto com os diferentes contextos de estágio na área de SIP permitiu-me o reconhecimento das diferentes abordagens no âmbito da gestão, assumindo o EESIP uma posição de destaque na dinâmica organizacional do serviço e na gestão dos cuidados a prestar.

Em contexto do SU, este elemento assume funções distintas, ficando responsável pela coordenação de todas as áreas do serviço, identificando as necessidades de cuidados e respetiva alocação de elementos. No que concerne à metodologia de trabalho realizada neste contexto, embora os enfermeiros sejam distribuídos pelos diferentes setores do serviço, e predomine o método de trabalho individual, trata-se de um contexto onde em várias situações é bem visível o trabalho em equipa entre os pares, pois tratando-se de um serviço onde o imprevisto é uma constante, a atuação vai sendo adequada às áreas de maior afluência e sempre que se justifica, como é o caso, por exemplo das situações emergentes. Nomeadamente nestas circunstâncias (e noutras que envolvam o método de trabalho em equipa) é destacada a capacidade de liderança/coordenação da equipa de enfermagem demonstrada pelo EESIP (Costa, 2004), que define as prioridades e as funções de cada elemento.

Pude ainda verificar que o trabalho coordenado entre a equipa multidisciplinar, nomeadamente entre médico e enfermeiro, é uma característica deste contexto, evidente na área de apoio aos gabinetes médicos, onde se desempenham essencialmente ações interdependentes e que tive oportunidade de colaborar. É de relevar que à medida que o médico vai efetuando prescrições (ex. administração de terapêutica, colheitas de sangue), estas muitas vezes são executadas por diferentes enfermeiros à mesma criança, num curto

espaço de tempo. Este trabalho parcelado, faz com que cada elemento se centre mais nas tarefas do que no doente, o que pode provocar a fragmentação dos cuidados ((Costa, 2004) citado por Pinheiro (1994)) à criança. Nestas circunstâncias, é fundamental a comunicação entre a equipa de enfermagem e o registo destas intervenções para evitar erros, como a duplicação de procedimentos, por exemplo. Numa fase inicial, esta dinâmica suscitou-me algumas dúvidas, uma vez que nem sempre conseguia ter uma perceção geral dos cuidados prestados a determinada criança.

Ao acompanhar a EESIP neste papel, foi possível incorporar outros aspetos de gestão de cuidados, nomeadamente na análise das necessidades que possam surgir em cada turno, tais como: a otimização de recursos materiais, no que diz respeito à verificação de todo o material, medicação e funcionamento dos equipamentos na sala de emergência, para que, em caso de emergência esta se encontre operacional. Pude também presenciar o papel do EESIP no que diz respeito à gestão de conflitos da equipa com a família, que são muitas vezes traduzidos por situações de angústia e stress, revelando por vezes atitudes agressivas para com os profissionais de saúde, sendo fundamental que o EESIP, dotado de habilidades e competências, intervenha e gira esses momentos calma e assertivamente, transmitindo à família que o foco do cuidado de todos é o bem-estar da criança, mediando desta forma os conflitos.

Em contexto de Neonatologia, a organização e o método de trabalho foi notório, conseguindo compreender o seu funcionamento. Assisti a um método de trabalho individual que implica que cada enfermeiro fique responsável pela totalidade dos cuidados a determinados recém-nascidos (Costa, 2004) consoante a especificidade de cuidados que requerem. Nomeadamente neste contexto, em que a instabilidade de grande parte dos RN é frequente, o estabelecimento de prioridades é fundamental, sendo muito importante a identificação e resposta às necessidades dos RN e respetiva família.

Foi possível verificar que a gestão do material e equipamentos em cada turno é também assegurada pelo EESIP, bem como a gestão do plano de trabalho. Compreendi a importância do seu papel e o recurso a critérios na planificação e distribuição dos cuidados pelos membros da equipa para cada turno. É tida em conta a experiência e competências de cada elemento e o grau de complexidade dos cuidados aos RN e família, promovendo assim uma maior qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste sentido, tive a oportunidade de a acompanhar em algumas destas atribuições, bem como,

na verificação dos equipamentos que havia disponíveis e na mobilização de alguns destes, tendo em conta as necessidades do serviço. Pude também observar o papel do EESIP enquanto gestor, no que concerne à gestão de vagas de cuidados intensivos e intermédios, que pela imprevisibilidade, poderão surgir novas e urgentes entradas, implicando transferências para outros serviços intra (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Internamento de Pediatria Médica) ou inter-hospitalares (normalmente para outra UCIN). Estas situações implicam quer coordenação, quer comunicação com a equipa multidisciplinar, e obviamente com a família que, nestas circunstâncias, muitas vezes se sente insegura e não encara a transferência de forma positiva.

Na USF, o método de trabalho adotado é o de Enfermeiro de Família que trabalha de forma articulada com os restantes profissionais de saúde, em que este “*cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família*” (Ministério da Saúde, 2014), permitindo conhecê-los de forma holística, sendo possível a prestação de cuidados personalizada e efetiva, mantendo a continuidade de cuidados. A meu ver, trata-se de um método benéfico, uma vez que este acompanhamento é facilitador na criação de uma relação de confiança entre o EESIP e família, revestindo-se de extrema importância no conhecimento da dinâmica familiar. Ao longo da prestação de cuidados neste contexto, pude constatar que o EESIP apresenta uma autonomia que se destaca da realidade hospitalar, sobretudo no que diz respeito à gestão de tempo no âmbito das CSIJ, tendo que o adaptar aos cuidados concebidos para cada situação, o que me permitiu desenvolver estratégias de gestão neste sentido. Numa fase inicial, tendo em conta os *timings* instituídos de 15 minutos para a realização de cada consulta, estes constituíram uma barreira, tendo alguma dificuldade em cumprir o tempo previsto para explorar tantos conteúdos, sendo que a gestão do tempo foi também uma habilidade adquirida ao longo do tempo, conseguindo mais tarde orientar a consulta da melhor forma possível.

Na UCC, a Enfermeira coordenadora, EESC, integra o NACJR e desempenha as funções de gestão da unidade. Contudo, a gestão relativa às restantes atividades, inerentes à assistência que prestam, é assumida pelos restantes elementos da equipa de enfermagem, nas respetivas áreas de intervenção. Destaco o EESIP neste contexto, no que diz respeito ao planeamento das sessões da massagem infantil e AES no âmbito da Saúde Escolar (realizada a par com uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária), que envolve

timings que devem ser cumpridos, reuniões, bem como a gestão de recursos materiais necessários à sua concretização.

Ainda neste contexto, tive a oportunidade de juntamente com a Enfermeira-coordenadora da unidade, ter algum contacto com a carta de compromisso da UCC, que me despertou interesse, simplesmente porque nunca tinha tido uma experiência anterior a este nível. Neste contrato acordado entre o coordenador e o Diretor Executivo do ACES, é possível consultar o plano de ação da Unidade onde constam os problemas e objetivos, as atividades, o plano de formação, os recursos, os indicadores de monitorização e o índice de desempenho global (IDG). A monitorização é efetuada com a publicação de forma continuada dos resultados dos indicadores, devendo este acompanhamento ser realizado em tempos/espacos formais pelos órgãos de gestão do ACES. Assim, pretende-se garantir um efetivo acompanhamento das Unidades Funcionais, com vista a potenciar os ajustes necessários que promovam a adequação do plano aos objetivos traçados (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2018). Deste modo, percebi a importância de registar todas as intervenções associadas aos cuidados de enfermagem, para que posteriormente sejam extraídos esses dados no sentido de tornar visível o desempenho dos profissionais.

Outros instrumentos estratégicos em uso nos locais de estágio, indispensáveis a uma gestão de cuidados de qualidade, são também a existência de manuais de atuação, protocolos, normas, entre outra documentação que deve ser de interesse de todos os profissionais, uniformizando procedimentos, diminuindo assim o risco de erro. Em cada contexto de estágio foi minha preocupação a consulta e análise destes instrumentos. Destaco o contexto da Neonatologia, onde pude constatar que relativamente aos outros por onde passei, denotei um cuidado acrescido no que diz respeito à documentação organizada de todos esses instrumentos, não fosse este um serviço certificado e acreditado (NIDCAP), ou seja, submetido a *“um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho em relação a padrões pré-estabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente”* (Direção-Geral da Saúde, 2014). Esta melhoria contínua apoia-se, portanto, no potencial que possuem quer as pessoas, quer as organizações, havendo neste processo de autoavaliação, espaço para produção de consensos e melhoria partilhada (Direção-Geral da Saúde, 2014), refletindo a qualidade da assistência prestada. A meu ver, a busca pela melhoria da qualidade deverá ser uma

constante intrínseca aos serviços, com o objetivo de garantir a segurança e satisfação do cliente, sendo os profissionais de saúde dos respetivos serviços, os principais autores desta melhoria. É a estes que cabe a introdução e integração das melhorias necessárias para a sua prática, reduzindo o erro (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Resumindo, considero assim que estamos perante metodologias de trabalho eficazes e adequadas às necessidades de cada contexto, que garante a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, ressalvando que o trabalho de equipa é, incontornavelmente, uma realidade da nossa prática clínica diária, quer entre os pares, quer multidisciplinarmente. A meu ver, o EE deve ser capaz de adotar a gestão como um equilíbrio de partes, onde se instala a motivação e participação dos colaboradores, a comunicação e a interação entre os profissionais, face a um objetivo comum: a prestação de cuidados de qualidade.

Perante o exposto, posso concluir que os EESIP foram um elemento fulcral para a aquisição das competências.

4.4. Domínio da Investigação

A Enfermagem, como qualquer disciplina, necessita de produção e de renovação contínua de conhecimento, o que poderá ser assegurado efetivamente pela investigação, no sentido de dar um contributo fundamental à prática de enfermagem, permitindo o contínuo desenvolvimento da profissão.

Tal como nos reforça a Ordem dos Enfermeiros, a procura incessante do conhecimento e consequente aquisição de novos saberes *“é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006), tornando-a cada vez mais vigorosa. Para isso, é também necessário fomentar uma atitude de carácter crítico-reflexivo, questionando aquilo que se faz, encontrando respostas para a resolução dos problemas, visando o desenvolvimento da enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros entende assim que a Investigação em Enfermagem é um pilar imprescindível para o desenvolvimento de uma prática baseada na mais recente evidência, melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, visando a otimização dos resultados em saúde. Neste sentido, o crescente interesse por esta área ao longo de todo o estágio foi para mim

notório, fomentando a pesquisa, a revisão contínua da prática, com o objetivo de cada vez mais dar resposta às necessidades, aplicando a melhor evidência disponível.

Competências desenvolvidas

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

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

Objetivos específicos

- Aprofundar competências na área da investigação;
- Valorizar a investigação como contributo válido para o desenvolvimento na área de EESIP;
- Integrar o conhecimento científico atual da área disciplinar na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família.

Atividades realizadas

- ✓ Realizei revisão bibliográfica na procura da mais recente evidência científica, perante os desafios da prática;
- ✓ Transferi os conhecimentos para o contexto da prática de cuidados;
- ✓ Promovi a discussão construtiva acerca dos cuidados prestados;
- ✓ Refleti acerca das práticas observadas com as recomendadas pelo conhecimento mais atual.

Reflexão crítica

Cada vez mais, a investigação é considerada uma prioridade que permite aos profissionais tomar decisões fundamentadas e prestar cuidados, melhorando a sua qualidade. Deste modo, ao longo do estágio preocupei-me em manter-me atualizada face ao conhecimento científico e integrá-lo de forma sistemática, investindo na autoformação visando o desenvolvimento profissional e tendo sempre presente a experiência decorrente da minha prática clínica ao longo destes anos, bem como a experiência académica ao longo do curso de Mestrado. Sustentar a minha tomada de decisão incorporando os resultados científicos na prática clínica especializada, adotando a evidência científica mais atual na área da Saúde Infantil e Pediátrica, foi o caminho trilhado ao longo de todo o estágio, visando a excelência dos cuidados.

Como referi anteriormente, a reflexão dos enfermeiros sobre a prática clínica reveste-se de particular importância, visando uma prestação de cuidados que vão de encontro às necessidades da criança e família com elevados níveis de qualidade. Durante o estágio vi-me confrontada com situações que me levaram a refletir criticamente acerca de algumas práticas. Posto isto, o meu interesse pela investigação foi aumentando, e a sistemática procura da evidência científica mais recente foi uma das componentes que me acompanhou ao longo deste percurso, no sentido de cada vez mais dar resposta às solicitações do meu dia-a-dia, às minhas inquietações, e aprofundamento de conhecimentos no processo de assistência ao RN, criança e família. A revisão bibliográfica e a experiência profissional originaram momentos de reflexão, partilha de ideias e discussão com as enfermeiras tutoras EESIP e alguns colegas acerca de determinados temas, incentivando desta forma a partilha de informação, bem como o crescimento pessoal e profissional. Foi, portanto, necessário um investimento maior sobre temas mais diferenciados que foram alvo de pesquisa visando o aprofundamento de conhecimentos e que me trouxeram mais conteúdos novos, como a triagem canadiana, a prematuridade, a dor, a massagem infantil, cuidados ao RN com ventilação invasiva e não invasiva, a filosofia de cuidados NIDCAP, as competências alimentares no RNPT, PSIJ, a prevenção da infeção nosocomial associada aos cuidados de enfermagem na UCIN, no que concerne à punção venosa periférica e manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais, entre outros, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem no contexto da assistência. Especificamente na área da dor, a utilização de medidas não

farmacológicas previamente a qualquer procedimento doloroso, foi algo que esteve sempre presente no percurso do estágio, sendo foco da minha atenção, talvez porque já estaria mais sensibilizada para este tema. Clarificando o meu processo de formação no seu todo, ressalvo que esta área já havia sido alvo de pesquisa numa das Unidades Curriculares no curso de Mestrado, onde foi realizada uma revisão integrativa da literatura denominada “A sacarose no controlo da dor em pediatria” para dar resposta à questão de investigação: “Qual a eficácia do uso da sacarose no controlo da dor, no lactente?”. Este trabalho resultou de uma inquietação decorrente da minha prática clínica, no contexto laboral referente ao internamento de Pediatria Médica: a administração diminuta da sacarose no controlo da dor, pelo que foi inevitável ficar mais desperta e sensibilizada para o uso desta prática, considerando relevante incluir alguns resultados da minha pesquisa anterior ao estágio, bem como reunir outros aquando o mesmo, perante os desafios da prática. Além disso, penso que estas práticas devem ser encorajadas no seio das equipas, já que se tratam de intervenções autónomas e são sem dúvida fundamentais na promoção do bem-estar da criança. O controlo da dor assume-se como uma prática de cuidados de saúde que se reveste de extrema importância no que toca ao bem-estar das crianças, visando melhorar a experiência da criança e a qualidade dos cuidados prestados. As intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor têm como finalidade principal prevenir a intensificação de um processo doloroso, o stress e a agitação, minimizando as suas repercussões (Falcão, Sousa, Marina, & Lima, 2012). Uma das recomendadas pela DGS (2012) é a administração de sacarose para o controlo da dor nos procedimentos dolorosos, tendo sido já confirmada a sua eficácia até ao primeiro ano de idade. No contexto de Neonatologia, o uso desta medida é frequente aquando os procedimentos dolorosos. Além disso, deparei-me também com o uso do leite materno no controlo da dor do RNPT, o que me levou a questionar, comparativamente com outras soluções glicosadas, qual teria mais eficácia. Após revisão da literatura, pude concluir que o uso da glicose a 25% tem um efeito superior ao do leite materno durante a punção do calcanhar (Morais, et al., 2016).

Por outro lado, como referi no domínio da prestação de cuidados, em contexto de SU e CSP identifiquei algumas oportunidades de melhoria neste âmbito, constatando que o uso da sacarose como medida não farmacológica previamente a qualquer procedimento doloroso, não era uma técnica adotada por ambos os contextos. Em contexto do SU constatei que, dada a afluência de crianças e a rápida necessidade de resposta, o uso da

sacarose a 24% administrado dois minutos antes do procedimento como é recomendado pela DGS (2012), era uma barreira à implementação desta prática. No contexto de CSP, a realização da atividade formativa para os pares acerca desta temática foi na altura uma hipótese, no entanto, após conversa com a enfermeira tutora, constatei que a USF não possuía a solução (sacarose a 24%/glicose), motivo esse que impedia a adoção desta medida e, assim, a concretização da formação. A meu ver, a adoção desta medida não farmacológica seria benéfica aquando a vacinação, por exemplo. Ainda assim, promovi a discussão de ideias entre os pares, partilhando experiências e bibliografia cientificamente fundamentada em ambos os contextos, com o objetivo de transferir os resultados da investigação para a prática dos cuidados, e atualizar os conhecimentos na área de atuação. No SU, denotei que os colegas ficaram recetivos à mudança, mas na prática, o uso da sacarose a 24% como medida não farmacológica no controlo da dor, não foi privilegiada. Porém, sempre que era oportuno, tive o cuidado de adotar essa medida que vai de encontro às orientações da DGS e ao guia orientador de boas práticas definido pela Ordem dos Enfermeiros (2013). No decurso da minha experiência, considero que apesar da existência de orientações e normas neste âmbito, a prática clínica nem sempre está de acordo com as recomendações da DGS. Tal como está preconizado, a avaliação, a prevenção e o tratamento da dor devem constituir uma prioridade em todos os serviços de saúde que acolhem crianças. Tratando-se as intervenções não-farmacológicas de intervenções autónomas, o enfermeiro deve estar sensibilizado para a importância do alívio da dor nesta população vulnerável, garantindo um cuidado qualificado e humanizado.

Também a massagem se trata de uma intervenção não farmacológica e foi um dos temas que me despertou interesse, no âmbito da UCC, pois nunca tinha assistido a sessões desta técnica, tendo sido esta experiência bastante enriquecedora e igualmente alvo de pesquisa. Durante o curso de massagem infantil, pude observar algumas técnicas que ajudam a reduzir a dor e desconforto provocado pelas cólicas do bebé, tão frequentes nos primeiros meses de vida. Mas, mais do que um conjunto de técnicas, a massagem infantil é uma prática cujo objetivo se centra, fundamentalmente, no fortalecimento da relação pais-filhos, favorecendo o processo de vinculação, a autoestima, a confiança, o sono e as competências parentais. Segundo Bárcia & Sá (2010), *“é através do contacto visual, do contacto através da pele, da vocalização e da comunicação que se estabelece, que é possível criar um vínculo forte, permitindo uma sincronia entre ambos.”* Assim, os pais e filhos vão-se conhecendo cada vez melhor, construindo aquele período como um

momento de partilha, convívio e disponibilidade total entre eles, recorrendo essencialmente ao cheiro e tato (embora haja estimulação de todos os sentidos), aprendendo a relacionar-se e a identificar pistas que o bebé vai dando, muitas delas através da linguagem corporal (Bárcia & Sá, 2010). Ao longo da minha participação nas sessões do curso da massagem infantil, pude constatar que, tal como reforça o mesmo autor, para que a massagem traga benefícios aos pais, bebé e à relação entre eles, “(...) *não existem receitas nem regras fixas (...)*”, sendo apenas necessário que ambos estejam disponíveis para estar com o outro naquele contexto e daquela maneira.

Após análise de alguma literatura ((Bárcia & Sá, 2010) (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011)) e consulta do site da APMI, constatei também os importantes benefícios da massagem infantil- fisiológicos, psicomotores e comportamentais desta intervenção. Ao longo do estágio, e em conversa com a EESIP, achamos que seria pertinente elaborar um cartaz alusivo aos benefícios da massagem (Apêndice III) e pretendendo, de forma mais ilustrada e apelativa, dar a conhecer à família as vantagens da massagem e o quão proveitoso pode ser este momento entre os bebés e família.

Considero assim, ter desenvolvido intervenções de enfermagem especializadas na área de Saúde Infantil e Pediátrica, apoiadas em pressupostos científicos, em conformidade com as diferentes situações e necessidades com que me deparava. Para isso, foi também crucial a mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos, e o estudo e a atualização constante dos documentos e conhecimento científicos, abordados nas unidades curriculares do curso de mestrado. Assim, e neste contexto, devo reforçar que o EESIP deve adotar uma atitude crítico-reflexiva sobre os cuidados que presta, recorrendo à pesquisa em fontes credíveis, e realçar a importância da investigação, sendo fundamental para exercer uma prática fundamentada e baseada na evidência.

5. Conclusão

A assistência prestada à criança e família assume extrema relevância, sendo exigida uma panóplia de conhecimentos e capacidades. Com o culminar deste percurso torna-se inevitável a realização de uma análise reflexiva do processo de aprendizagem, quer no âmbito da Enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas, assente na concretização dos objetivos delineados que visa o atingimento de competências do EESIP. Este relatório procurou reconhecer essas competências, espelhando aquilo que foi o meu percurso formativo ao longo do estágio, na tentativa de expor as experiências e vivências mais significativas no decurso das realidades encontradas, bem como os conteúdos mais relevantes que contribuíram para a minha evolução a nível académico, profissional e pessoal, pois é impossível traduzir tudo aquilo que foi dado a conhecer e a aprender. Funcionou assim como um documento mediador entre o conhecimento científico apreendido e a sua aplicação na prática.

O estágio revelou-se um desafio constante nos diferentes contextos da assistência, dotados de valiosas matérias com consistentes bases teóricas que permitem dar respostas às necessidades específicas da criança e família. Foi sem dúvida o impulsionador na aquisição de conhecimentos, habilidades e no aprofundamento e desenvolvimento de competências específicas no âmbito da prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionando-me momentos únicos de aprendizagem, que permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos e o treino de competências, que sem a prática clínica não seriam passíveis de adquirir.

Realço a importância da metodologia utilizada ao longo do documento que se revelou um instrumento muito benéfico na sua concretização, orientado pela organização do pensamento. A descrição implicou a observação e o registo das experiências vivenciadas contribuindo para a organização e consolidação dos conhecimentos adquiridos. A componente crítico-reflexiva implicou uma análise dessas vivências, incitando a pesquisa da evidência científica mais atual que permitiu suportar a realidade constatada nos campos da assistência, constituindo um motor importante para aumentar o meu interesse pela procura do mais recente conhecimento científico, atualizando o meu próprio corpo de conhecimentos e contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados na assistência especializada. Esta reflexão revelou-se também um fator promotor na análise das implicações para a prática profissional.

Tendo em conta os contextos assistenciais por que passei serem muito distintos e específicos no que toca às particularidades de cada um, todos eles me proporcionaram experiências muito relevantes e permitiram-me explorar um trabalho e realidade diferentes da minha prática clínica diária, constituindo desde logo uma mais valia na minha formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Transversal a todos os contextos é a excelência no cuidado à criança e família que norteou todo o percurso, sendo esta uma realidade incontornável nesta área, assim como a presença de conteúdos que se constituem pilares fundamentais e inerentes no cuidado a este binómio. São eles a comunicação, a parentalidade, a parceria de cuidados e a promoção da saúde infantil e juvenil que considero elementares e indispensáveis em Pediatria, independentemente do contexto da assistência, estando bem patentes em todos eles. Não menos importante, saliento os cuidados centrados no desenvolvimento e na família no contexto de Neonatologia, bem como o uso de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, o papel do EESIP nos CSP em múltiplas áreas de atuação (cuidados antecipatórios, desenvolvimento e crescimento da criança, saúde escolar), e no SU, tratando-se de um contexto que, aliado à comunicação assertiva, exige bastante experiência e conhecimento em reconhecer precocemente situações de alerta que envolve pensamento crítico e tomada de decisão rápidas. Todas as experiências foram contributos que proporcionaram a aquisição das competências nas diferentes vertentes de atuação e dos quatro domínios anteriormente citados. Assim, considero que este período do estágio me permitiu atingir os objetivos a que me propus inicialmente, realizando um processo de contínua aprendizagem e enriquecimento a nível profissional e pessoal, sendo capaz de dar resposta aos objetivos gerais também preconizados pelo plano de estudos do curso de Mestrado, permitindo a aplicação de conhecimentos, compreensão e resolução de problemas, e na capacidade de lidar com questões complexas, solucionando-as.

Como fatores promotores deste percurso, considero a orientação dos enfermeiros tutores que me proporcionaram momentos de aprendizagem e reflexão, e que sem as quais a concretização dos objetivos delineados não seria possível. Por outro lado, reconheço a existência de algumas barreiras que dificultaram a concretização do Relatório de Estágio, não tendo cumprido a data de entrega prevista inicialmente, levando-me à prorrogação do prazo de entrega, como é possível constatar através das datas referentes ao período do Estágio e da data do documento corrente. Esta falha deveu-se inicialmente à dificuldade inerente ao processo de redação no prazo inicialmente estabelecido, e posteriormente, por

motivos de força maior de cariz pessoal, interrompendo assim a realização do trabalho num período bastante alargado. Ao longo da realização do presente relatório, fui-me apercebendo claramente das consequências que tal facto implicou, refletindo-se na falta de fluidez da escrita e na contemplação de alguns conteúdos, pelo distanciamento dos acontecimentos, que tentei que fossem atenuados através do recurso aos diários de bordo que acompanharam o meu percurso ao longo dos diferentes contextos assistenciais.

Findo este percurso académico, fica a convicção de que qualquer processo formativo exige, efetivamente, entrega e dedicação e constitui-se indispensável para o aprofundamento e desenvolvimento de competências especializadas, permitindo um crescimento a vários níveis, e será sobretudo um pilar importante para enfrentar novas situações. É este processo de aprendizagem que nos diferencia e nos torna Enfermeiros impulsionadores da mudança, com pensamento crítico-reflexivo, cada vez mais capazes na prestação de cuidados de qualidade à criança e família, visando a sua excelência.

6. Referências Bibliográficas

- Acevedo, D. H., Becerra, J. I., & Martínez, A. L. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(48), 577-589. Obtido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00577.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2018). *Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2018*. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/2017_12_14_Operacionalizacao_CSP_2018_v_f.pdf
- Aguiar, M. (2013). *Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores*. Dissertação, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Obtido de https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6427/1/teste_mestrado_jacinta_aguiar.pdf
- Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V., Nascimento, G., & Tavares, T. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400021&script=sci_abstract&tlng=pt
- Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, Faculdade de Economia da Faculdade de Coimbra, Coimbra.
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (10 de abril de 2018). Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia INFAD*, 125-132. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/324832177_Hospitalizacao_da_crianca_sentimentos_e_opinioes_dos_pais

- APSI. (15 de abril de 2019). Obtido de <http://apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>
- APSI. (outubro de 2017). Obtido de Relatório de Avaliação de Segurança Infantil em Portugal:
http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf
- Balbino, A. C., Cardoso, M. V., Silva, R. C., & Moraes, K. (2012). Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Uerj*, 615-620. Obtido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908/4252>
- Bárcia, S., & Sá, E. (2010). *A importância do toque e da massagem do bebê ... alguns apontamentos*. Obtido de <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/539/1/A%20import%C3%A2ncia%20do%20toque%20e%20da%20massagem%20do%20beb%C3%A9%20%20%20%20alguns%20apontamentos.pdf>
- Casey A. & Mobbs S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, pp. 67-68.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2 de abril de 2019). Obtido de Conselho Português de Ressuscitação: <https://cpressuscitacao.pt/projecto-escolinhas/>
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/560>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens- Intervenção da Saúde*. Obtido de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaosaude-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Obtido de *Maus Tratos em Crianças e Jovens- Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Plano B. Lisboa. Obtido de <https://nocs.pt/programa-nacional-saude-oral/>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Despacho n.º 8815/2015. *Diário da República, 2.ª série - N.º 154 - 10 de agosto de 2015* (pp. 1-106). Lisboa: DGS. Obtido de http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (3 de agosto de 2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. *Norma nº 014/2018*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
- Diaz, Z. M., Fernandes, S. M., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 85-93. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973010.pdf>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 43-51.
- Falcão, A., Sousa, A., Marina, S., & Lima, L. (2012). Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. Obtido de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/130/261>
- Farias, L., Cardoso, M. V., Silveira, I., & Fernandes, A. F. (2009). Comunicação proxémica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 52-57. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027966006.pdf>
- Freitas, B. H., & Voltani, S. S. (2016). Brinquedo terapêutico em serviço de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa da literatura. *Revista Cogitare Enfermagem*, 21(1), pp. 01-08. Obtido de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40728>
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *NASCER E CRESCER*, XXIV(3), 99-102. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v24n3/v24n3a01.pdf>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Ltda.

- INEM, & DFEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Maciel, H. I., Costa, M. F., Costa, A. C., Marcatto, J. O., Manzo, B. F., & Bueno, M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21-26. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rbti/a/WDnJF38dgpWWwwmwrDFStdP/?lang=pt>
- Magalhães, F. J., Lima, F. E., Verganista, I. F., Barbieri, M. C., Felipe, G. F., Veras, J., & Ximenes, L. B. (8 de julho de 2016). Sistema De Triage Numa Unidade De Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência Em Mobilidade-Acadêmica Internacional Brasil-Portugal. *5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (pp. 534-543). Porto: Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Obtido de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1):37-44. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472013000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, J., Queirós, S., Pedro, M., & Oliveira, M. (2019). Importância dos enfermeiros na identificação do Cyberbullying: Revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5 (1), 99-110. Obtido de <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/1138/1/105-Texto%20Artigo-1055-3-10-20190301.pdf>

- Menezes, T. N., & Reis, N. R. (2017). Benefícios advindos do método mãe canguru para o RN de baixo peso. *International Nursing Congress*, 9-12. Obtido de <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5815/2168>
- Ministério da Educação. (2018). Decreto-Lei n.º 54/2018. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 129 - 6 de julho de 2018.
- Ministério da Saúde. (4 de Setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República n.º 205/1996 - Série I-A de 4 de Setembro de 1996, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.*
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*, 1ª série N.º 38-22 de fevereiro de 2008, pp. 1183-1184.
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 149 - 5 de agosto de 2014.
- Ministério da Saúde. (11 de agosto de 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*, 2.ª série- N.º 153 - 11 de agosto de 2014. Obtido de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 102 - 27 de fevereiro de 2015, pp. 13551-13552.
- Ministério da Saúde. (2016). Despacho n.º 5868-B/2016. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 84 - 2 de maio de 2016, (pp. 139422-139423).
- Ministério da Saúde. (2017). Obtido em 03 de fevereiro de 2020, de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/1133755/Pages/default.aspx>
- Morais, A., Façanha, S., Rebelo, S., Silva, A., Queiroz, M., & Chaves, E. (2016). Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 435-442. Obtido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324046243019/html/index.html#B20>

- Motta, G. C., & Cunha, M. L. (2014). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 131-135. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>
- Neto, F. M. (2014). *A Transição Para a Alimentação Oral no Recém-Nascido Prematuro*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9733/1/disserta%c3%a7%c3%a3o%20%20%283.%201.2%29%28final%29.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Obtido em 17 de junho de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau_deinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. Série1 - Número 6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 119 — 22 de junho de 2015 .

- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, pp. 2-13. Obtido de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª série- N.º 133- 12 de julho de 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pinto, S. A. G., & Silva, E. M.V. B. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 95-103. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a10.pdf>
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 137-146.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados ... *NASCER E CRESCER*, XX(1), 26-31. Obtido de <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4):646-53. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>

7. Apêndices

Apêndice I

Ação da Educação para a Saúde - Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida
Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde:

Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborado por:

Márcia João Meireles Macias

12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Porto, maio de 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde:

Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico

Docente orientadora:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, maio de 2019

Introdução

A sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 12º curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, em contexto do estágio de Cuidados de Saúde Primários. Este estágio decorre no período compreendido entre 1 de abril e 25 de maio de 2019, e envolve um total de 180 horas de contacto.

Esta sessão de Educação para a Saúde irá decorrer numa Unidade de Cuidados para a Comunidade, no âmbito da parentalidade e incorporado no “Curso de Massagem Infantil” destinado a bebés com dois meses de vida e respetivos pais. Para além da massagem infantil propriamente dita, também neste âmbito são realizadas ações de educação para a saúde relacionadas com a parentalidade nomeadamente no primeiro ano de vida, e com a recuperação pós-parto. Após ter oportunidade de assistir a estas sessões e perceber a sua dinâmica, em discussão com a enfermeira tutora, definimos realizar a abordagem da temática “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico”, dado ser um conteúdo que os pais demonstram necessidade de saber mais e que se constitui de extrema importância no que diz respeito à capacitação das famílias para intervirem o mais rapidamente possível em situações problemáticas, aumentando assim os seus conhecimentos, tornando-os mais capazes e seguros. Deste modo, a sessão vai de encontro às necessidades formativas dos pais que frequentam o curso de “Massagem Infantil”, com o objetivo de os capacitar para os melhores cuidados aos seus filhos.

Este documento foi desenvolvido com a colaboração da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tutora no presente estágio, e sob a orientação da Docente Prof. Doutora Isabel Quelhas.

A elaboração deste planeamento de sessão tem o propósito de fundamentar a sua relevância no estágio corrente, assim como clarificar os aspetos organizacionais da mesma, definindo objetivos, determinando conteúdos, bem como a gestão dos recursos e a organização de estratégias que orientarão toda a sessão.

Neste sentido, com a elaboração deste documento, pretende-se:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento em saúde e da realização de uma ação de educação para a saúde;
- Compreender a importância do planeamento em saúde visando atingir os objetivos propostos;

Assim, iniciei o presente documento realizando a fundamentação teórica da sessão, de seguida, os objetivos, a sua metodologia, a organização e programação da atividade, a seleção e organização de estratégias de avaliação, e, por fim, a conclusão.

Fundamentação Teórica

A criança, nomeadamente até aos 12 meses de idade, pelas suas características próprias, está suscetível a inúmeras situações de risco que podem originar graves acidentes, constituindo estes a maior causa de morte em Portugal.

Quedas, feridas, hemorragia, queimaduras, intoxicações, eletrocussões e aspiração de corpos estranhos são alguns dos muitos acidentes que acontecem (e que irei abordar na sessão) e que os pais devem estar preparados para enfrentar e agir com segurança. Para além dos acidentes mencionados acima, no decorrer da sessão farei também referência à desobstrução da via aérea e manobras do suporte básico de vida (INEM & DFEM, 2017).

Sabe-se que a criança, à medida que vai crescendo, vai também desenvolvendo competências que o expõe a situações de risco, pelas suas características próprias, nomeadamente até aos 12 meses de idade, que podem originar graves acidentes, apresentando esta faixa etária a maior taxa de mortalidade por acidente ao longo do tempo, sendo a asfixia a primeira causa de morte em Portugal, segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI) (APSI, 2017). As quedas são o tipo de acidente que causa maior número de internamentos em todas as faixas etárias até aos 18 anos, seguindo-se os acidentes de transporte, e as intoxicações dos 0 aos 4 anos como 2ª causa de internamento, a asfixia, ingestão de corpos estranhos, queimaduras e, por fim, os afogamentos (APSI, 2017).

Os primeiros socorros são as primeiras medidas a serem tomadas até à chegada de ajuda qualificada, pelo que a formação dos pais nesta área é uma medida fundamental para que o processo de cura ou recuperação seja mais rápido, e evite minimizar a origem de sequelas permanentes. É de relevar que a implementação dos primeiros socorros não substitui nem deve atrasar a ativação de ajuda diferenciada, mas sim alertar e ajudar, evitando o agravamento do acidente.

Objetivos

Segundo Imperatori (1993), a fixação de objetivos constitui uma “(...) *etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa*”.

Assim, delineou-se como objetivo geral:

- Dotar os pais de conhecimentos e habilidades, relativamente à temática “Primeiros socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico”;

Em sequência dos objetivos gerais, determinou-se como objetivos específicos que os pais:

- Fiquem sensibilizados para a prática de primeiros socorros;
- Conheçam como usar o Número Europeu de Emergência;
- Saibam reconhecer o mecanismo de lesão: hematomas, equimoses, feridas, queimaduras, eletrocussão, queimaduras, corpos estranhos;
- Saibam como atuar perante uma criança vítima de: queda (hematomas, equimoses e feridas), hemorragia, queimaduras, eletrocussão, intoxicação, convulsão, aspiração de corpos estranhos (obstrução da via aérea));
- Identifiquem as situações em que se devem deslocar com a criança aos serviços de saúde;
- Sejam capazes de reconhecer precocemente o caso de obstrução da via aérea;
- Sejam capazes de atuar em caso de obstrução da via aérea;
- Sejam capazes de saber como atuar em caso de paragem cardiorrespiratória;
- Identifiquem o material que deve conter um “kit de primeiros socorros”.

Metodologia

O documento apresentado prevê a realização de uma sessão de Educação para a Saúde, para um grupo de pais de crianças com dois meses de vida, integrada no “Curso de Massagem Infantil”.

Para esta sessão serão utilizados os métodos expositivo, demonstrativo e interativo. Na utilização do método expositivo será utilizada uma breve apresentação de diapositivos, adaptada de parte de uma apresentação pré-existente; no método demonstrativo recorrerá ao uso de um modelo Bebê para evidenciar a técnica da desobstrução da via aérea e do suporte básico de vida no lactente; e por fim, no método interativo será permitida a discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas acerca dos temas abordados.

Com o intuito de alcançar os objetivos referidos no capítulo anterior, foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Primeiros Socorros
 - Conceito;
 - Número Europeu de Emergência;
 - Regras básicas;
 - Atuação em caso de:
 - Equimoses;
 - Hematomas;
 - Feridas;
 - Queimaduras;
 - Intoxicações;
 - Eletrocussão;
 - Convulsão;
 - Aspiração de corpo estranho (obstrução da via aérea)
- Obstrução da via aérea:
 - Conceito;
 - Reconhecimento de situação;
 - Procedimento de desobstrução da via aérea;

- Técnicas de Desobstrução da Via Aérea (DVA) no lactente;

- Suporte Básico de Vida Pediátrico no lactente:
 - Conceito;
 - Reconhecimento de situação;
 - Algoritmo;
 - Manobras.

- “Kit de primeiros socorros”;

- Contactos úteis.

A ação de formação terá a duração aproximada de 60 minutos: 5 minutos para a introdução e enquadramento da sessão; 5 minutos para preenchimento do questionário de avaliação inicial; 40 minutos para a exposição dos conteúdos; 5 minutos para esclarecimento de dúvidas e 5 minutos para o preenchimento do questionário final.

Organização e Programação da Atividade

Recursos

Os recursos previstos e que considero necessários para esta ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Estudante do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Professora Doutora, e colaboração da Enfermeira Tutora;
- **Recursos Físicos:** Ginásio da UCC onde decorre a sessão de Massagem Infantil;
- **Recursos materiais:** um computador, um projetor, questionários de avaliação inicial e final, esferográficas e modelo Bebé;
- **Recursos Financeiros:** Impressão de questionários, suportados pela UCC, onde decorre o estágio.

Plano de sessão

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	
TEMA: Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico	
EQUIPA FORMADORA: Estudante do MEESIP Márcia Macias, sob orientação da Enf ^a Tutora	GRUPO DESTINATÁRIO: Pais
LOCAL: Unidade de Cuidados para a Comunidade	DATA: 06-05-2019
DURAÇÃO DA FORMAÇÃO: 60 minutos	HORA: 11h00

OBJETIVOS
OBJECTIVO GERAL: - Dotar os pais de conhecimentos e habilidades, relativamente à temática “Primeiros socorros e Suporta Básico de Vida Pediátrico”;
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none">- Fiquem sensibilizados para a prática de primeiros socorros;- Conheçam como usar o Número Europeu de Emergência;- Saibam reconhecer o mecanismo de lesão: hematomas, equimoses, feridas, queimaduras, eletrocussão, queimaduras, corpos estranhos;- Saibam como atuar perante uma criança vítima de: queda (hematomas, equimoses e feridas), hemorragia, queimaduras, eletrocussão, intoxicação, convulsão, aspiração de corpos estranhos (obstrução da via aérea));- Identifiquem as situações em que se devem deslocar com a criança aos serviços de saúde;- Sejam capazes de reconhecer precocemente o caso de obstrução da via aérea;- Sejam capazes de atuar em caso de obstrução da via aérea;- Sejam capazes de saber como atuar em caso de paragem cardiorrespiratória;- Identifiquem o material que deve conter um “kit de primeiros socorros”.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO				
FASE/CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO
<p>1 – Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento da sessão; - Objetivos; - Aplicação de questionário de avaliação inicial 	10 minutos	Método expositivo interativo e	Computador (power point), projetor, questionários de avaliação inicial impressos e esferográficas	Sumativa
<p>2 – Desenvolvimento:</p> <p>- Exposição dos seguintes conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiros socorros: definição e importância; - Número Europeu de Emergência; - Tipo de acidentes mais frequentes e sua atuação: - Equimoses; - Hematomas; - Feridas; - Queimaduras; - Intoxicações; - Eletrocussão; - Convulsão; - Aspiração de corpo estranho. - Obstrução da via aérea: técnicas de desobstrução da via aérea no lactente; - Algoritmo do Suporte Básico de Vida no lactente; - Demonstração prática de ambas as técnicas; - Contactos úteis; - Kit de primeiros socorros. 	40 minutos	Método expositivo e demonstrativo	Computador (power point), projetor e modelo boneco	

<p>3 – Conclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos principais conteúdos da sessão; - Esclarecimento de dúvidas 	<p>5 minutos</p>	<p>Método expositivo interativo.</p>	<p>Computador (power point), projetor, questionários de avaliação final impressos e esferográficas</p>	
<p>4- Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos formandos: Preenchimento do questionário de avaliação final 	<p>5 minutos</p>	<p>Método expositivo interativo</p>	<p>Questionários de avaliação final impressos e esferográficas</p>	<p>Sumativa</p>

Seleção e organização de estratégias de avaliação

A avaliação constitui-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da ação de formação.

Assim, para avaliar a ação de formação, foi realizada uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos formandos, através da aplicação de um pré-teste antes da ação de educação para a saúde. Posteriormente à sessão, serão entregues dois questionários: um semelhante ao inicial, no sentido de avaliar a aquisição de conhecimento após a ação de educação para a saúde, e outro que pretende avaliar a sessão formativa.

O preenchimento do questionário de diagnóstico será anónimo e voluntário, e será constituído por nove perguntas de resposta fechada (verdadeiro/falso).

Conclusão

Esta problemática carece da atenção dos profissionais de saúde, podendo ser atenuada através de estratégias de educação. Assim, é imperativo que o enfermeiro desempenhe um papel ativo, como promotor e educador de saúde, capacitando os pais/educadores das crianças a adotar comportamentos que visem uma resposta rápida e adequada em caso de urgência ou emergência. Nestas situações, o tempo é extremamente precioso!

Bibliografia

- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- INEM, & DEFM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - versão 3.0 – 1ª Edição 2017;
- Reis, I. (2010) – Manual de Primeiros Socorros: Situações de Urgência nas Escolas, Jardins-de-infância e Campos de férias. Lisboa. Editorial do Ministério da Educação. ISBN 978-972-742-330-9;
- APSI. Obtido de <http://apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>

Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde



1



2

Definição

“Primeiro socorro é saber aplicar um conjunto de conhecimentos que permitem, perante uma situação de acidente ou doença súbita, estabelecer prioridades e desenvolver ações adequadas com o fim de estabilizar ou, se possível, melhorar a situação da(s) vítima(s)”.

(Cruz Vermelha Portuguesa, 2001)

3

112- Nº Europeu de Emergência

- Informar claramente o local onde se encontra a criança;
- Mencionar de forma simples como se deu o acidente;
- Dar indicações precisas sobre o estado da criança.



4

112- Nº Europeu de Emergência

- Não desligue a chamada até o operador dar essa indicação!! "- Por favor, pode desligar."
- Caso não atendam a chamada, o seu número de telefone ficará em lista de espera.



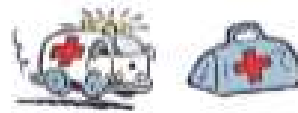
5

Regras básicas

- Manter a calma;
- Pensar antes de agir;
- Não se expor;
- Afastar o perigo sem agravar o estado da vítima;
- Identificar, de forma rápida e objetiva, as possíveis lesões;
- Socorrer seguindo as orientações;
- Contactar meio de socorro.

6

Como agir em caso de ...



- Equimoses e Hematomas
- Feridas
- Hemorragia
- Queimaduras
- Eletrocussão (choque elétrico)
- Intoxicação
- Convulsão
- Aspiração de corpos estranhos

7

Emergências médicas

O QUE FAZER?



8

QUEDAS

- Equimoses
- Hematomas
- Feridas

9

Equimoses e Hematomas

- Aplicar gelo (não em contacto direto com a pele) de imediato no local com intervalos de cerca de 20 minutos



Presença de dor;
Desconforto da criança

10

QUEDAS

Sinais de alarme a que devemos estar atentos:

- Alteração do estado de consciência;
- Prostração;
- Choro;
- Convulsão;
- Limitação do movimento do membro afetado.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

11

Feridas

→ Ferida superficial e de pequenas dimensões

- Lavar a ferida com água corrente ou limpar com soro fisiológico;
- Secar a ferida com uma compressa através de pequenos toques;
- Se necessário, proteger a ferida.

12

Feridas

Ferida extensa ou profunda

- Requerem tratamento médico/de enfermagem.

O que fazer?

- Não lavar a ferida;
- Se a ferida for sangrante, estancar a hemorragia;
- Cobrir a ferida com compressas ou panos limpos e secos;

UNIDADE DE SAÚDE

13

Em caso de hemorragia

- Grande perda de sangue devido a rutura de vasos sanguíneos

O que fazer?

- ♥ Aplicar sobre a ferida um pano limpo, seco ou lenço de papel e fazer compressão;
- ♥ Se o pano ficar ensopado de sangue, colocar um outro por cima, sem retirar o primeiro;
- ♥ Recorrer ao serviço de urgência.

14

Queimaduras

- Podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele.
- A gravidade da queimadura depende de vários fatores:
 - Da zona atingida pela queimadura;
 - Da extensão da pele queimada;
 - Da profundidade da queimadura.



15

Queimaduras

O que fazer?

- Remover a fonte de calor;
- Colocar a zona afetada debaixo de água fria corrente;
- Aplicar produto para queimaduras.

O que não deve fazer?

- Remover roupas;
- Rebentar as bolhas;
- Colocar gorduras (azeite, manteiga, pasta dos dentes);
- Colocar gelo diretamente na queimadura

16

Queimaduras

Deve transportar a criança para o Hospital se:

- Considerar que a queimadura pode ser de 2º ou 3º grau;
- A zona queimada for extensa;
- Afetar zonas particularmente sensíveis: mãos, pés, zona genital, rosto ou couro cabeludo;
- Tiver sido provocada por fogo, eletricidade ou substância química;
- Parecer estar infetada (com pus, inchada ou vermelha).

17

Eletrocussão (choque elétrico)



- Situação provocada pela passagem de corrente elétrica através do corpo.

O que fazer?

- **ATENÇÃO!!** Não tocar na criança sem previamente ter desligado a corrente. O adulto pode também ser atingido;
- Cortar a corrente desligando o interruptor ou afastar o bebé da tomada ou fio, tocando com um objeto não condutor de eletricidade (madeira);

SERVIÇO DE URGÊNCIA

18

Intoxicação

Sinais e sintomas:

- Alterações do estado de consciência;
- Vômitos;
- Dificuldade respiratória;
- Queimaduras à volta da boca (venenos corrosivos);
- Convulsão.



! As reações adversas podem não ser imediatas e os sintomas podem surgir apenas nas horas seguintes.

19

Intoxicação

Para evitar intoxicações ...

- Guardar os medicamentos e quaisquer outros produtos potencialmente tóxicos fora do alcance das crianças;
- Não utilizar embalagens vazias para guardar outros produtos.

20

Intoxicação

O que fazer?



- Contactar o CIAV (Centro de Informação Anti-Venenos)- 808208143
- Responder às questões que o médico lhe vai fazer:
 - Quem?
 - O quê?
 - Quanto?
 - Quando?
 - Onde?
 - Como?

21

Intoxicação

O que fazer?

- Dirigir-se ao Hospital mais próximo;
- Levar as embalagens suspeitas.



Não provocar o vômito

22

Convulsão

- Descarga elétrica anormal no cérebro;
- Caracteriza-se pela perda de consciência, por contrações musculares súbitas e involuntárias, generalizadas e repetitivas, e pela falta de resposta a estímulos

23

Convulsão

Sinais e sintomas

- Face arroxeadada;
- Movimentos bruscos e descontrolados da cabeça e/ou extremidades;
- Perda de consciência;
- Olhar vago, fixo ou “revirar dos olhos”;
- Exteriorização de saliva pela boca

24

Convulsão

O que fazer?

- Colocar a criança de lado;
- Desapertar roupas apertadas;
- Após a convulsão, colocar a criança de lado e deixá-la descansar num ambiente calmo.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

25

Convulsão

O que não deve fazer?

- Tentar imobilizar a criança durante a fase de movimentos bruscos;
- Introduzir-lhe qualquer objeto na boca, nomeadamente dedos, lenços, panos, espátulas, colheres, etc.;
- Tentar acordá-la ou forçá-la a levantar-se;
- Dar-lhe de comer ou de beber.

26

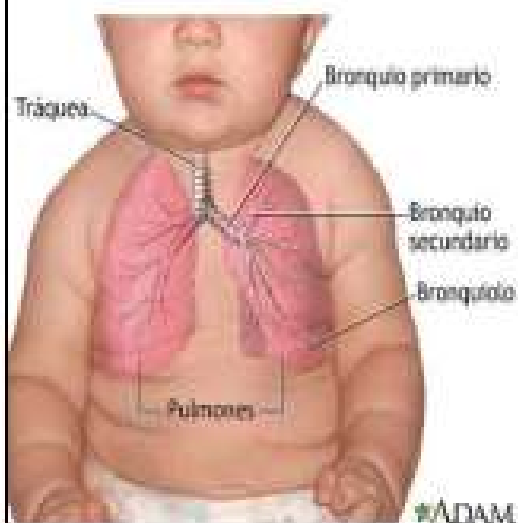
Corpo estranho

- Via Aérea - Técnica de Desobstrução da via aérea ao lactente.



27

Obstrução da via aérea do lactente



28

Procedimento de desobstrução da via aérea



29

Manobras de desobstrução da via aérea

Incentivar a Tossir

**Até 5 Pancadas
Interescapulares**

**Até 5 Compressões
Torácicas**



30



35



36

Questionário de avaliação diagnóstica e final

Ação de Educação para a Saúde- “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico”

Questionário de avaliação inicial

Das seguintes afirmações, assinale as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

1. Para atenuar a vermelhidão da pele, admite-se a aplicação de manteiga somente nas queimaduras de 1º grau.	
2. Para evitar o sufoco da criança sob convulsão, devo introduzir os próprios dedos na boca e puxar-lhe a língua.	
3. Em situação de eletrocussão (choque elétrico), devo pegar na criança ao colo de imediato, e posteriormente desligar o quadro elétrico.	
4. No caso de intoxicação, devo provocar o vômito à criança para que ela expulse o produto tóxico que engoliu.	
5. Em caso de emergência devo contactar o 112 (número Nacional de Emergência).	
6. Perante uma criança inanimada deve ser iniciado o Suporte Básico de Vida Pediátrico realizando 5 insuflações iniciais.	
7. Antes de iniciar o Suporte Básico de Vida Pediátrico, devo colocar a criança deitada de costas, em cima da cama, por exemplo.	
8. Em caso de queimadura, devo tentar rebentar as bolhas.	
9. Para proceder à desobstrução da via aérea na criança que não expelir o corpo estranho, devo efetuar 5 pancadas interescapulares seguidas de 5 compressões torácicas.	

Questionário de avaliação final

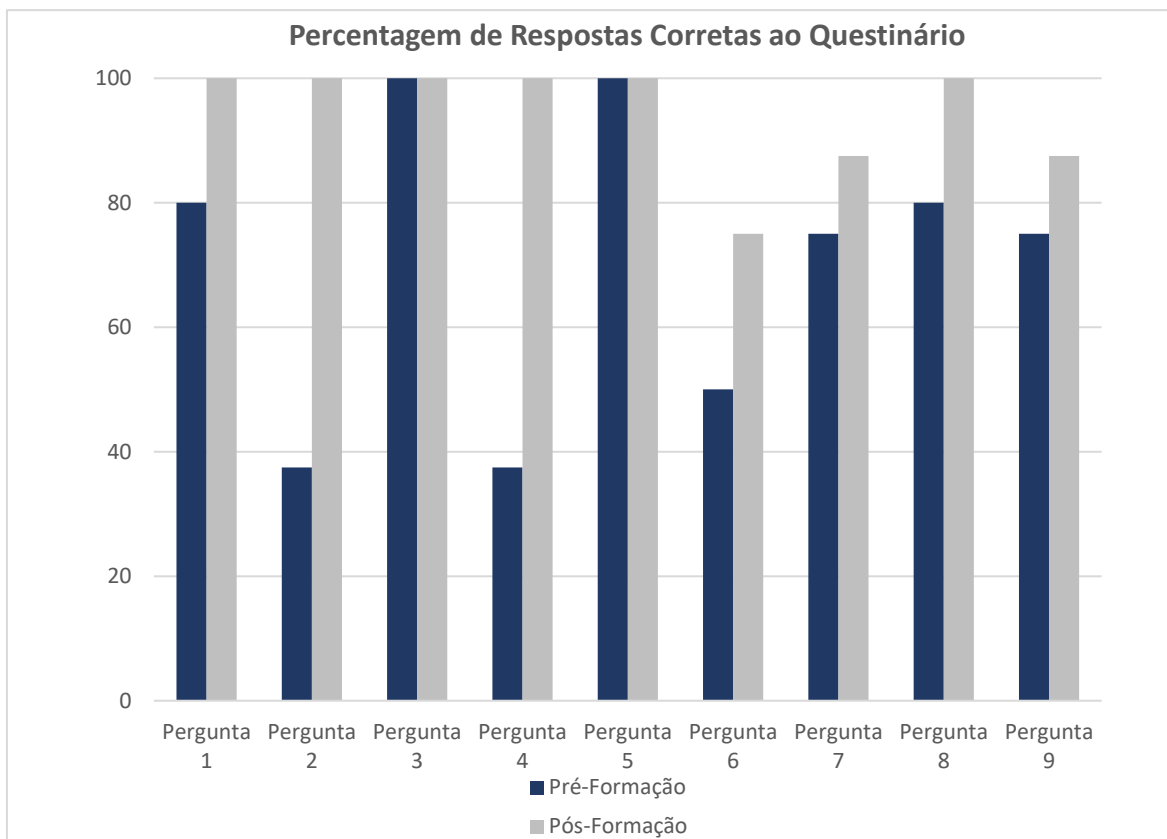
Com este questionário final pretendo perceber se esta sessão contribuiu para melhorar os vossos conhecimentos sobre os temas abordados.

O questionário é anónimo e de resposta rápida, pelo que agradeço a vossa colaboração.

1. Das seguintes afirmações, assinale as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

1. Para atenuar a vermelhidão da pele, admite-se a aplicação de manteiga somente nas queimaduras de 1º grau.	
2. Para evitar o sufoco da criança sob convulsão, devo introduzir os próprios dedos na boca e puxar-lhe a língua.	
3. Em situação de eletrocussão (choque elétrico), devo pegar na criança ao colo de imediato, e posteriormente desligar o quadro elétrico.	
4. No caso de intoxicação, devo provocar o vômito à criança para que ela expulse o produto tóxico que engoliu.	
5. Em caso de emergência devo contactar o 112 (Número Nacional de Emergência).	
6. Perante uma criança inanimada deve ser iniciado o Suporte Básico de Vida Pediátrico realizando 5 insuflações iniciais.	
7. Antes de iniciar o Suporte Básico de Vida Pediátrico, devo colocar a criança deitada de costas, em cima da cama.	
8. Em caso de queimadura, devo tentar rebentar as bolhas.	
9. Para proceder à desobstrução da via aérea na criança que não consegue expelir o corpo estranho, devo efetuar 5 pancadas interescapulares seguidas de 5 compressões torácicas.	

Resultados da avaliação diagnóstica e final



Análise:

Após a realização da sessão de educação para a saúde, podemos inferir que existiu um aumento do número de respostas corretas após a sessão, o que reflete que os resultados foram manifestamente positivos.

Formulário de avaliação da sessão de educação para a saúde

Ação de Educação para a Saúde- “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida Pediátrico”

Assinale com um X no quadrado, a resposta que melhor traduza a sua opinião.

Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da ação				
Utilidade dos Conceitos				
Satisfação face às Expectativas				

Organização da Sessão	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Meios Audiovisuais				
Adequação duração sessão				

Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Assunto				
Metodologia adequada aos objetivos				
Linguagem Utilizada				
Empenho				
Relacionamento com os Participantes				

Análise: Analisando a resposta aos questionários, concluiu-se que, de uma forma global, os formandos classificaram com “Muito Bom” a sessão de educação para a saúde e a formadora.

Apêndice II

Ação de Formação para os Pares - “Suporte Básico de Vida Pediátrico”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento da Ação de Formação:

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborado por:

Márcia João Meireles Macias

12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Porto, maio de 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento da Ação de Formação:

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Docente orientadora:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, maio de 2019

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 12º curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, foi realizada uma Sessão de Formação para os pares. Esta atividade formativa sucede no contexto do estágio de Cuidados de Saúde Primários (na Unidade de Cuidados para a Comunidade (UCC)) que decorre no período compreendido entre 1 de abril e 25 de maio de 2019, e envolve um total de 180 horas de contacto.

Este projeto foi desenvolvido com a colaboração da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tutora no presente estágio, e sob a orientação da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Em discussão com a Enfermeira Tutora, foi definida a abordagem da temática “Suporte Básico de Vida Pediátrico”. A seleção deste conteúdo prendeu-se com a deteção da necessidade identificada na equipa, visando promover o desenvolvimento e aprofundamento de competências neste aspeto.

A elaboração deste planeamento de sessão tem o propósito de clarificar os aspetos organizacionais da mesma, definindo objetivos, determinando conteúdos, gerindo recursos e organizando estratégias que orientarão toda a sessão, bem como fundamentar a sua relevância no estágio corrente.

Neste sentido, com a elaboração deste planeamento, pretende-se:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento em saúde;
- Compreender a importância de planear uma ação de formação visando atingir os objetivos propostos;
- Produzir um documento que constitua um instrumento de avaliação à Unidade Curricular.

Assim, iniciei o presente documento com a fundamentação teórica da sessão, de seguida, os objetivos, a sua metodologia, os recursos a utilizar, a seleção e organização de estratégias da avaliação, e, por fim, a conclusão.

Enquadramento Teórico

A paragem cardiorrespiratória num lactente ou criança é um acontecimento pouco comum, tendo em conta as particularidades anatómicas e fisiológicas desta faixa etária. No entanto, tem consequências gravíssimas que contribuem para a morbidade e mortalidade deste grupo vulnerável. Neste sentido, o reconhecimento precoce e o socorro imediato à vítima evitam a progressão para uma situação de paragem cardiorrespiratória, aumentando assim a sobrevivência e a diminuição de sequelas. Desta forma, é imprescindível que os profissionais de saúde saibam atuar em caso de emergência pediátrica, que tem particularidades muito distintas da emergência em adultos, conhecendo e colocando em prática o algoritmo de SBVP.

Todas as estruturas anatómicas da criança são mais frágeis e mais propensas a traumatismos, pelo que as manobras têm que ser realizadas com maior suavidade. Por norma, a causa da paragem cardiorrespiratória na idade pediátrica é a hipoxia, resultando de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória, sendo as obstruções da via aérea muito comuns, pelo menor diâmetro da mesma, que colapsa com facilidade e pela língua, que apresenta dimensões maiores que nos adultos (INEM & DFEM, 2017). Outro fator que origina este processo, deve-se ao metabolismo da criança que tem habitualmente frequências cardíacas e respiratórias mais elevadas, que aumentam ainda mais nestas situações. A capacidade compensatória na criança é mais limitada, levando ao esgotamento dos mecanismos de compensação e à paragem cardiorrespiratória (INEM & DFEM, 2017). As causas cardíacas na criança, salvo doença prévia, são raras. Como referi anteriormente, sendo a hipoxia a principal causa de paragem cardiorrespiratória na idade pediátrica, a prioridade no socorro à criança é a permeabilização da via aérea e a oxigenação (INEM & DFEM, 2017).

Os profissionais de saúde da UCC têm como obrigação não só cívica, mas principalmente profissional, de saber reconhecer precocemente a gravidade da situação e de atuar de acordo com o algoritmo de SBVP. Assim, esta ação de formação reveste-se de particular importância, dado que a afluência de crianças à UCC é significativa, permitindo se necessário um socorro a vítima adequado e em tempo útil.

Pretendo assim que a ação de formação seja um contributo para os presentes, no que diz respeito à aquisição de conhecimentos, considerando-se mais aptos e seguros na sua prática clínica.

Objetivos

Segundo Imperatori (1993), a fixação de objetivos constitui uma “(...) *etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa*”.

Assim, delineou-se como objetivos gerais para a sessão de formação sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBV):

- Capacitar os enfermeiros para o reconhecimento e abordagem precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- Capacitar os enfermeiros para a sequência de atuação perante o lactente/criança que apresenta obstrução da via aérea;
- Capacitar os enfermeiros para a atuação perante a criança que apresenta paragem cardiorrespiratória.

Metodologia

O projeto apresentado prevê a realização de uma Sessão de Formação, para um grupo de profissionais de saúde da UCC, constituída por 8 enfermeiros. Para esta sessão serão utilizados os métodos expositivo, demonstrativo e interativo. Na utilização do método expositivo será utilizada uma breve apresentação de diapositivos em Power Point, pretendendo assim transmitir as informações necessárias para que a equipa recorde e adquira novos conhecimentos; no método demonstrativo recorrerá à exibição prática nos modelos de suporte básico de vida (no lactente e criança), evidenciando a técnica da desobstrução da via aérea e do suporte básico de vida no lactente e na criança. Penso que este método poderá ser potencializador da aprendizagem aquando a exposição dos conteúdos. Por fim, no método interativo será permitida a discussão de ideias e treino de competências dos formandos nos modelos, permitindo colocar em prática as temáticas abordadas, esclarecendo eventuais dúvidas e facilitando a aprendizagem.

Com o intuito de alcançar os objetivos referidos no capítulo anterior, foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Particularidades anatomo-fisiológicas da criança;
- Causa da paragem cardiorrespiratória na idade pediátrica;
- Suporte Básico de Vida Pediátrico:
 - Importância de atuação precoce;
 - Algoritmo de reanimação;
 - Técnicas de SBV pediátrico (lactente, criança até 8 anos e criança maior)
 - Reanimação com insuflador manual
- Obstrução da via aérea:
 - Procedimento de desobstrução da via aérea;
 - Técnicas de Desobstrução da Via Aérea (DVA) no lactente e na criança.

A ação de formação terá a duração aproximada de 60 minutos: 5 minutos para a introdução e enquadramento da sessão; 35 minutos para a exposição dos conteúdos; 20 minutos para esclarecimento de dúvidas e para treino dos formandos e 5 minutos para preenchimento do questionário de avaliação de conhecimentos (no final da sessão) e do formulário de avaliação da ação de formação.

Organização e Programação da Atividade

Recursos

Os recursos previstos e que considero necessários para esta ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Professora Doutora;
- **Recursos Físicos:** Sala de reuniões da UCC;
- **Recursos materiais:** um computador, modelo simulador de reanimação (criança e lactente), insuflador manual, questionários de avaliação de conhecimentos (final da sessão), formulário de avaliação da ação de formação e esferográfica;
- **Recursos Financeiros:** Impressão de questionários, suportados pela própria.

Plano de sessão

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Ação de Formação: Suporte Básico de Vida Pediátrico

Formadora: Estudante do MEESIP Márcia Macias

Grupo destinatário: Enfermeiros da UCC

Local: UCC

Data: 20 de maio de 2019

Duração da Formação: 60 minutos

Hora: 13h30

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- ✓ Capacitar os enfermeiros para o reconhecimento e abordagem precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- ✓ Capacitar os enfermeiros para a sequência de atuação perante o lactente/criança que apresenta obstrução da via aérea;
- ✓ Capacitar os enfermeiros para a atuação perante o lactente/criança que apresenta paragem cardiorrespiratória.

FASE/CONTEÚDO	TEMPO	MÉTODO	RECURSOS DIDÁTICOS
<p>1 – <u>Introdução:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da ação de formação; - Comunicação dos objetivos; - Referência aos conteúdos que irão ser abordados 	5 minutos	Método expositivo	- Computador;
<p>2 – <u>Desenvolvimento:</u></p> <p>- Exposição dos conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causas de paragem cardiorrespiratória na criança; - Particularidades anatomo-fisiológicas da criança; - Cadeia de sobrevivência Pediátrica; - Suporte Básico de Vida Pediátrico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Algoritmo do SBVP; - Obstrução da via aérea por corpo estranho: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manobras de desobstrução da via aérea no lactente e na criança - Demonstração prática das técnicas abordadas 	35 minutos	Método expositivo e demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Modelo simulador de reanimação (criança e lactente) - Insuflador manual
<p>3 – <u>Conclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas; - Treino prático dos formandos nos modelos de reanimação 	20 minutos	Método interativo.	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Modelo simulador de reanimação (criança e lactente); - Insuflador manual
<p>4- <u>Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação de conhecimentos; - Avaliação da ação de formação (preenchimento de inquérito) 	5 minutos		<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação de conhecimentos - Formulário de avaliação da formação; - Esferográficas

Avaliação

A avaliação constitui-se como um momento essencial no processo formativo, de forma a compreender o sucesso da sessão de formação. Assim, no final da ação de formação será entregue um questionário de avaliação de conhecimentos aos formandos, no sentido de avaliar se os conteúdos foram bem apreendidos.

Para avaliar a ação de formação, será também entregue um formulário de avaliação da sessão no final da mesma, anónimo e confidencial, onde os formandos farão uma apreciação da sessão. O questionário pretende avaliar os conteúdos programáticos abordados, a organização da sessão e a prática pedagógica da formadora, onde os formandos expressarão a sua opinião através de uma apreciação qualitativa.

Num último momento, será também dada a oportunidade aos formandos de poderem praticar as manobras nos modelos simuladores de reanimação.

Conclusão

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), uma das competências do Enfermeiro Especialista é a formação, devendo esta ser um momento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e desenvolvendo habilidades e competências na equipa.

A oportunidade da formação em serviço assume-se como determinante, na medida em que esta constitui o momento ideal para a promoção da mudança, baseada nos resultados mais recentes da investigação. Assim, o Enfermeiro Especialista deve atuar como dinamizador do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, comunicando-o aos seus pares, contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Neste sentido, os enfermeiros que trabalham na UCC, e que são detentores de diferentes especialidades, poderão tornar-se mais aptos no que concerne à temática que irá ser abordada, de forma a agirem em conformidade, visando ganhos em saúde.

A elaboração deste planeamento, permitiu-me compreender a importância deste, no que respeita à estruturação da ação de formação que me propus a desenvolver, pelo que este método se constituiu um excelente instrumento de organização de trabalho.

Bibliografia

- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- INEM, & DEFM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - versão 3.0 – 1ª Edição 2017;
- Ordem dos Enfermeiros (2011) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Apresentação da Ação de Formação aos Pares




REPUBLICA PORTUGUESA
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
ARS NORTE
Administração Regional de Saúde do Norte



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Estudante: Mércia Meias
BMT Orientadora:
Docente Orientadora: Prof. Doutora Isabel Queijas

1



Objetivos

Objetivo Geral:

- Aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Objetivo Específico:

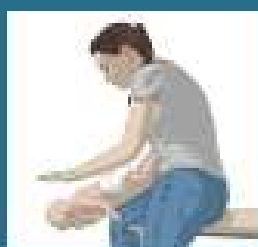
- Uniformizar conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o Suporte Básico de Vida Pediátrico.

2



☐ Suporte Básico de Vida Pediátrico

☐ Manobras de Desobstrução da Via Aérea



3

Particularidades da criança



- ☐ A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas que condicionam a etiologia da paragem cardiorrespiratória, pelo que é necessário adaptar os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) a essas características.
- ☐ Os princípios gerais são os mesmos do adulto, existindo, no entanto, algumas diferenças que importa realçar.

4

Qual a principal causa de PCR na idade pediátrica?

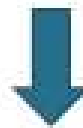


Raramente é devido a uma causa primária de origem cardíaca

Geralmente é secundária à hipoxia



Hipoxia



resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória.

5

Prioridade na reanimação pediátrica



Permeabilização da via aérea



Oxigenação

6

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



- Conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de PCR, e sucedem-se de forma encadeada, em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte, influenciando a sobrevivência.

7

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



1. Reconhecimento precoce da gravidade da situação e o pedido de ajuda para prevenir a PCR;
2. Suporte Básico de Vida: para otimizar a oxigenação;
3. Ligar 112: para pedir ajuda diferenciada;
4. Suporte Avançado de Vida/Desfibrilhação/ Cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

8

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração (VOS)

5 insuflações iniciais

15 compressões:2 insuflações durante 1 minuto (5 ciclos)

Ligar 112

15 compressões:2 insuflações

9

Suporte Básico de Vida Pediátrico



- Reanimador
- Vítima
- Terceiros

Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões:2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões:2 insuflações

10

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões:2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões:2 insuflações

11

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Avaliar estado de consciência

➤ Avaliar a reatividade da criança;

• Se a criança responde

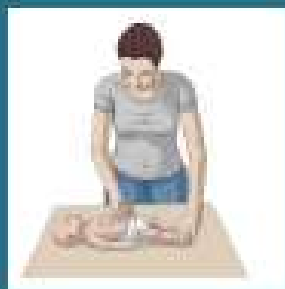


- ✓ Avaliar a situação em causa e potenciais riscos (ligar 112?)
- ✓ Reavaliar frequentemente

• Se a criança não responde



Pedir ajuda



12

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões-2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões-2 insuflações

13

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Gritar por ajuda

• 1 reanimador



Pedir ajuda gritando em voz alta "Preciso de ajuda! Está aqui uma criança desmaiada!".

• 2 reanimadores



Pedir para ligar o 112, enquanto o outro prossegue com o algoritmo.



Nunca abandonar a vítima para ir pedir ajuda, nem atrasar o início do SBV!! Avançar para o passo seguinte.

14

Suporte Básico de Vida Pediátrico

A- Airway- Via Aérea



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões/2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões/2 insuflações

15

Suporte Básico de Vida Pediátrico

A- Airway- Via Aérea



Permeabilizar via aérea

- Extensão da cabeça – elevação do queixo
- Colocar a palma de uma mão na testa da criança e inclinar cuidadosamente a cabeça para trás;
- Com a outra mão elevar o queixo, colocando os dedos indicador e médio no bordo do maxilar inferior.



Não pressionar os tecidos moles abaixo do queixo, pois pode causar obstrução da via aérea.



16

Suporte Básico de Vida Pediátrico

A- Airway- Via Aérea



Permeabilizar via aérea

No lactente ...

- A extensão da cabeça deve ser efetuada de forma a obter uma "posição neutra", isto é, a face do lactente ficar paralela ao plano onde está deitado (a orelha alinhada com o eixo do tronco).

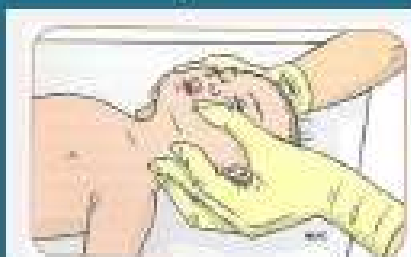


A estrutura das vias aéreas superiores da criança é mais mole e ao efetuar uma extensão exagerada, em vez de permeabilizar vai causar obstrução (por colapso da via aérea).

17

Suporte Básico de Vida Pediátrico

A- Airway- Via Aérea



Permeabilizar via aérea

- Sub-luxação da mandíbula – imobilização da coluna cervical
- Manobra mais eficaz para abertura da via aérea:
- É indicada nas situações em que há necessidade de imobilizar a coluna cervical por suspeita de trauma, ou se não estamos a ser eficazes com a técnica da extensão da cabeça e elevação do queixo.

18

Suporte Básico de Vida Pediátrico

A- Airway- Via Aérea



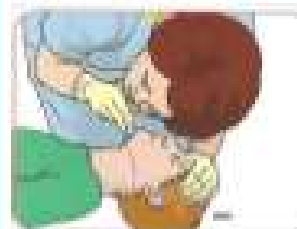
Permeabilizar via aérea

- Verificar via aérea:
 - Independentemente do método utilizado para permeabilizar a via aérea é importante que se olhe para a boca, procurando objetos visíveis;
 - Se encontrar objeto visível e tem a certeza que consegue removê-lo com um dedo, deve fazê-lo.

19

Suporte Básico de Vida Pediátrico

B- Breathing- Respiração



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões/2 insuflações durante 1 minuto

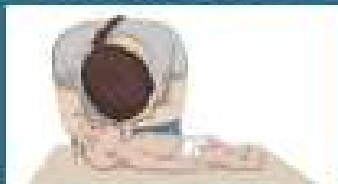
Ligar 112

15 compressões/2 insuflações

20

Suporte Básico de Vida Pediátrico

B Breathing-Respiração



Verificar respiração

Ver

se existem movimentos torácicos;

Ouvir

se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;

Sentir

na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.

(durante, no máximo, 10 segundos)

21

Suporte Básico de Vida Pediátrico

B Breathing-Respiração



Verificar respiração

SE RESPIRA ESPONTÂNEA E EFICAZMENTE



Posição de recuperação



Se história de trauma, e lesão da coluna cervical deve ser considerada.

SE NÃO RESPIRA EFICAZMENTE

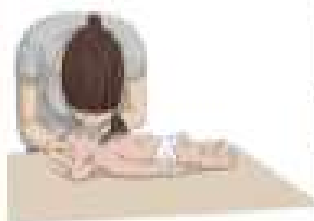


Efetuar 5 insuflações com ar expirado, ventilação artificial com insuflador manual ou pocket mask

22

Suporte Básico de Vida Pediátrico

B Breathing-Respiração



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

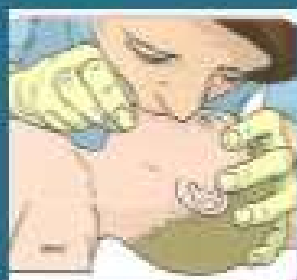
15 compressões:2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões:2 insuflações

23

Suporte Básico de Vida Pediátrico



5 insuflações iniciais

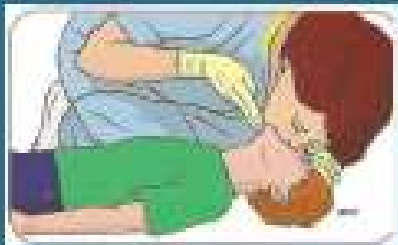
No lactente ...

Técnica de ventilação boca a boca-nariz

- Colocar a cabeça em posição neutra;
- Efetuar uma inspiração;
- Adaptar a boca do reanimador à volta da boca e do nariz do lactente;
- Insuflar durante 1 segundo

24

Suporte Básico de Vida Pediátrico



5 Insuflações Iniciais

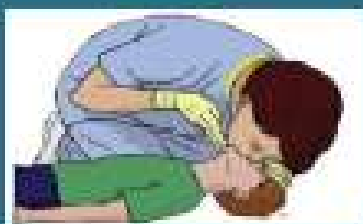
Na criança ...

Técnica de ventilação boca a boca

- Adaptar a boca do reanimador sobre a boca da criança;
- Pinçar as narinas da criança com os dedos da mão que fazem extensão da cabeça;
- Insuflar.

25

Suporte Básico de Vida Pediátrico



5 Insuflações Iniciais

Se insuflações ineficazes:

- Rever a via aérea com reposicionamento da cabeça;
- Garantir que há uma boa selagem antes de tentar a próxima insuflação;
- Considerar a possibilidade de obstrução da via aérea.

26

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Circulation-
Circulação



Após as cinco insuflações iniciais ...

- Pesquisar sinais de vida (movimento, tosse, respiração normal não agônica) e **pulso central**.

Não deve demorar mais do que 10 segundos.

27

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Circulation-
Circulação



Palpação do pulso

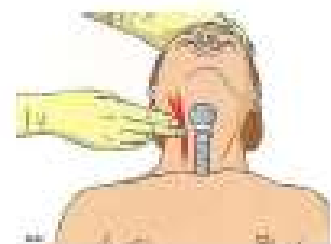
No lactente ...

- Palpar o pulso braquial.



Na criança ...

- Palpar o pulso carotídeo.



28

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Circulation-
Circulação



29

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões:2 insuflações
durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões:3 insuflações

30

Suporte Básico de Vida Pediátrico

15:2



Compressões torácicas

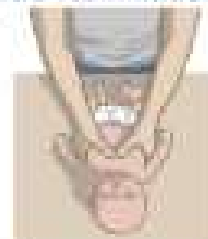
No lactente ...

- Colocar a ponta de dois dedos sobre a metade inferior do esterno (um dedo acima do apêndice xifóide);
- Deprimir o tórax na vertical, de forma a causar uma depressão de cerca de 1/3 da sua altura (4cm).

Técnica dos dois dedos (um reanimador)

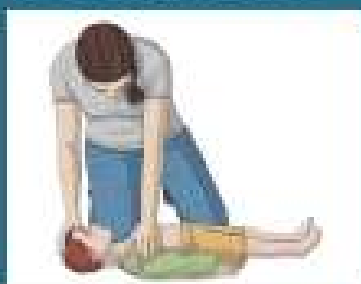


Técnica do abraço (dois reanimadores)



31

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Compressões torácicas

Na criança pequena...

- Colocar a base de uma mão sobre a metade inferior do esterno;
- Levantar os dedos de forma a que apenas a base da mão faça pressão;
- Colocar o braço esticado, de forma a que o ombro fique perpendicular ao apoio da mão e pressionar o tórax, deprimindo-o cerca de 1/3 da sua altura (5 cm).

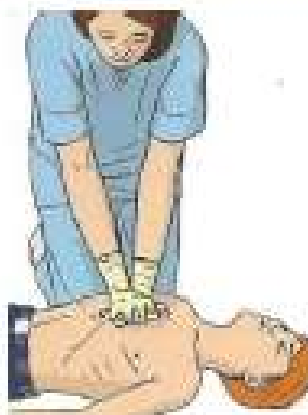
32

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Compressões torácicas

Na criança maior poderá ser necessário usar o mesmo método do adulto.



33

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Vía Aérea

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões + insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões + 2 insuflações

34

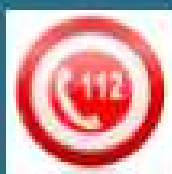
Suporte Básico de Vida Pediátrico



- ❑ As compressões torácicas adequadas devem produzir um pulso palpável durante o SBV;
- ❑ APÓS 1 MINUTO DE SBV – parar brevemente para reavaliar, procurando sinais de circulação e garantindo que o INEM foi ativado!

35

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Ligar 112

- ❑ 1 reanimador: iniciar SBV durante 1 minuto e só depois, se ainda estiver sozinho, ligar 112;
- ❑ 2 reanimadores: um inicia SBV e o outro deve ativar o 112.

36

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Condições de segurança

Avaliar estado de consciência

Gritar por ajuda

Permeabilizar Vias Aéreas

Verificar respiração

5 insuflações iniciais

15 compressões:2 insuflações durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões:2 insuflações

37

Suporte Básico de Vida Pediátrico



As manobras de SBVP só devem ser interrompidas se:

- Chegar ajuda diferenciada;
- A criança recuperar sinais de vida;
- Ficar exausto e incapaz de continuar o SBV.



38

Obstrução da Via Aérea (OVA) por corpo estranho

Causas e reconhecimento

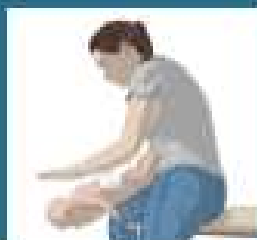


- É uma situação frequente, nas crianças;
- A maioria das situações ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões;
- Manifesta-se por: dificuldade respiratória de início súbito com tosse e estridor;
- Muitas vezes são situações presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.

39

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Abordagem



1

- Se a criança tosse eficazmente, não são necessárias outras manobras.
 - Encorajar a tosse;
 - Vigiar continuamente se resolve a situação.
- Se a tosse é, ou se está a tornar ineficaz, devemos:
 - gritar por ajuda de imediato;
 - avaliar o estado de consciência

40

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança, consciente

2

Se a tosse é ineficaz ...

- Aplicar até 5 pancadas interescapulares;
- Ver se a situação resolve.



41

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança, consciente

3

Se a tosse é ineficaz ...

Nos lactentes:

Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação de até 5 compressões torácicas.



42

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança,
consciente

3

Se a tosse é ineficaz ...

Nas crianças com mais de 1 ano de idade:

Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação até 5 compressões abdominais (Manobra de Heimlich).



43

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança,
consciente
(reavaliação)

Se a tosse é ineficaz ...

Após as 5 compressões torácicas ou abdominais:

- ✓ Verificar se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto apenas se for visível.
- ✓ Repetir seqüências de 5 pancadas interescapulares/5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida.



Pedir ajuda, ligando o 112.

44

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança, **consciente** (reavaliação)

Se a obstrução for resolvida, com a expulsão do corpo estranho...



Avaliar o estado da vítima



Em caso de dúvida, procurar ajuda médica (é possível que parte do corpo estranho permaneça ainda no trato respiratório)

45

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança, **inconsciente**

- Permeabilizar e Pesquisar a Via Aérea;
- VOS;
- 5 Insuflações Iniciais;
- SBV durante um minuto;
- Ligar 112.

46

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Atuação no lactente/criança,
inconsciente

- ❑ Após cada 15 compressões, o reanimador deve permeabilizar a via aérea e pesquisar a cavidade oral antes de tentar efetuar as 2 insuflações;
- ❑ Se for observado um corpo estranho, deve tentar removê-lo através da manobra digital;
- ❑ Ao fim de 1 minuto (5 ciclos de 15:2), se ainda estiver sozinho deve ativar o sistema de emergência médica ligando 112.

47

Desobstrução da Via Aérea- Obstrução por corpo estranho

Se a criança recuperar a consciência e a sua respiração se tornar eficaz ...



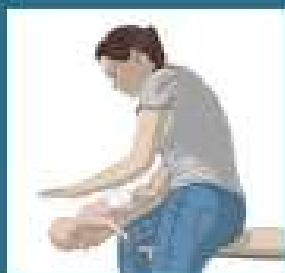
Colocar a criança na posição de recuperação



vigiar e reavaliar continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada da ajuda diferenciada.

48

Desobstrução da Via Aérea



49

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Bibliografia

- ❑ Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM - versão 3.0 - 1ª Edição 2017;
- ❑ Pediatric basic life support, Guidelines 2015 – European Resuscitation Council.

50



Suporte
Básico de
Vida
Pediátrico

Obrigada pela vossa
atenção!



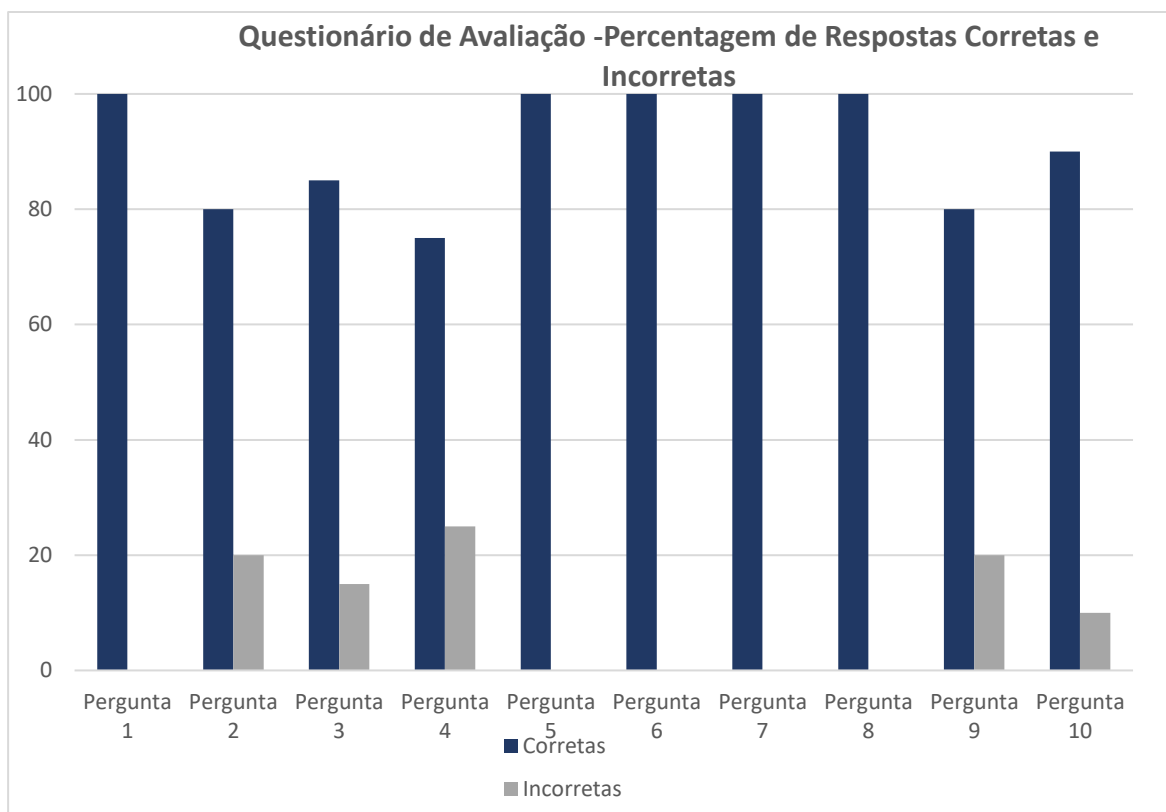
Questionário de avaliação de conhecimentos aos pares

Ação de Formação para os Pares- Suporte Básico de Vida Pediátrico

Para cada uma das afirmações assinale com um “X” as que considera verdadeiras (V) ou falsas (F), no local respetivo.

	V	F
1. A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia.		
2. A Cadeia de sobrevivência pediátrica consiste em: Prevenir, Reanimar, Ligar 112 e Estabilizar.		
3. No lactente, a extensão da cabeça deve ser efetuada com a palma de uma mão na testa da criança, inclinando cuidadosamente a cabeça para trás;		
4. Quando avaliamos a respiração na criança, devemos Ver, Ouvir e Sentir durante 30 segundos.		
5. A relação compressões/insuflações na criança é 30:2.		
6. O SBV Pediátrico, inicia-se com 5 insuflações e um minuto de suporte de vida e só depois se liga 112.		
7. A técnica de ventilação boca a boca-nariz é a técnica recomendada para lactentes.		
8. A técnica de compressão com 2 dedos deve ser usada em crianças entre os 4 e os 8 anos.		
9. Na lactente com Obstrução da Via Aérea, consciente, com tosse ineficaz, a sequência de atuação é 5 pancadas interescapulares/ 5 compressões torácicas.		
10. Na pesquisa da via aérea, se encontrarmos um corpo estranho, devemos sempre removê-lo o mais depressa possível.		

Resultados da avaliação de conhecimentos dos pares



Análise:

Após a observação de resultados do questionário da avaliação de conhecimentos e do formulário de avaliação da ação, tendo os formandos classificado, de uma forma geral, com “Muito Bom”, podemos concluir que o número de respostas corretas reflete um resultado positivo.

Formulário de avaliação da ação de formação aos pares



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Ação de Formação para os Pares- Suporte Básico de Vida Pediátrico

Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da ação				
Utilidade dos Conceitos				
Satisfação face às Expectativas				

Organização da Sessão	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Meios Audiovisuais				
Adequação duração sessão				

Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Assunto				
Metodologia adequada aos objetivos				
Linguagem Utilizada				
Empenho				
Relacionamento com os Participantes				

Apêndice III

Cartaz “Benefícios da Massagem – Curso de Massagem Infantil”



PARENTALIDADE POSITIVA

CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

- A massagem infantil é um momento único de partilha, com inúmeros benefícios para os pais e bebés.

- É um curso gratuito, simples e fundamental, por isso, contamos com a sua presença e do seu bebé!

Contacte-nos e venha desfrutar desta experiência!

BENEFÍCIOS

Fortalece o vínculo entre os pais e o bebé

Estimula o crescimento

Facilita a coordenação e o desenvolvimento motor

Facilita a alívio das cólicas

Promove um sono tranquilo

Alivia o dor de dentes

Equilibra o sistema imunitário

Facilita a circulação

Reduz os níveis de stress

☞ Em cada sessão, os pais aprenderão a massajar o seu bebé.

☞ Mais do que aprender a técnica da massagem, os pais e o bebé viverão momentos de alegria e descoberta através do toque, que é tão importante para o desenvolvimento do seu bebé.

☞ Irá aprender também algumas temáticas de interesse e preocupação dos pais:

◆ PRIMEIROS SOCORROS

◆ SITUAÇÕES COMUNS

◆ BABYWEARING

◆ INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

◆ RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO

AGUARDAMOS POR SI E PELO SEU BEBÉ!

Equipa Formadora: Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e em Saúde Materna e Obstétrica