



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Joana dos Santos Coelho**

**Porto, Abril de 2011**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Elaborado por:** Joana dos Santos Coelho

**Orientado por:** Mestre Maria Clara Braga

**Porto, Abril de 2011**

## **RESUMO**

A elaboração deste relatório surge no âmbito do plano curricular do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre. A realização do estágio de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria serviu de base de reflexão deste documento com a finalidade de demonstrar a aquisição de competências na referida área da prática de cuidados. O facto de este estágio se desenvolver em diversos contextos da assistência à criança/família, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar e num Hospital Central (Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Pediatria Médica), fez com que este fosse rico em experiências que proporcionaram uma aprendizagem consistente, o que facultou um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades. Foram prestados cuidados de enfermagem a crianças nas mais variadas faixas etárias, procurando estabelecer uma comunicação eficaz e adequada com a criança/família, envolvendo a criança/adolescente na tomada de decisão e estabelecendo de uma relação de parceria com os pais/prestadores de cuidados, como forma de promover a parentalidade e minimizar o impacto da hospitalização da criança. Ao longo do documento apresenta-se uma análise crítico-reflexiva, recorrendo à evidência científica sempre que adequado, com o objectivo de demonstrar o trabalho desenvolvido para adquirir novos conhecimentos e para consolidar conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional nesta área específica da enfermagem. Considero esta experiência como o início do meu percurso como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

**Palavras-chave:** Criança, Família, Parentalidade, Hospitalização, Comunicação.



## **ABSTRACT**

This report is part of the curricular plan of the 3<sup>rd</sup> Masters Course in Child Health and Pediatric Nursing of the Health Science Institute of the Portuguese Catholic University, Porto, with the aim of obtaining the Masters degree. The specialization training in Child Health and Pediatric Nursing is the base of reflection of this document, in order to demonstrate the competences acquired in this area of nursing practice. The fact that this training occurred in various contexts of child/family care, such as a Community Care Center and a Central Hospital (Pediatric Emergency Room, Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric Unit), made it full of experiences that led to a consistent learning, which provided a set of knowledge, skills and abilities. Nursing care was provided to children of all ages, establishing an effective and appropriate communication with both child and parents, involving children/adolescents in decision making and establishing a partnership relationship with parents/care providers, as part of promoting parenting and minimizing hospitalization impact in the child. Throughout this document a critical-reflexive analysis is presented, relating to scientific evidence whenever adequate, in order to demonstrate the work developed with the aim of gaining knowledge and consolidating knowledge gained during professional practice in this specific area. I consider this experience the beginning of my journey as a specialized nurse in Child Health and Pediatric Nursing.

**Key-words:** Child, Family, Parenting, Hospitalization, Communication.



## **AGRADECIMENTOS**

Não posso terminar este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional sem agradecer a algumas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para o seu desenrolar...

À Mestre Maria Clara Braga pela orientação e pela disponibilidade preciosas e sem igual.

Aos meus tutores, Liliana Magalhães, João Rodrigues, Cristina Pratinha e Raquel Almeida por todo o apoio e partilha de experiências e conhecimento.

Aos meus pais, por toda a paciência e conforto nos altos e baixos desta jornada.

Aos meus avós, por continuarem a apoiar-me em mais um capítulo da minha vida.

Ao Telmo por se manter ao meu lado e ser o meu pilar nos momentos mais difíceis.

**A todos o meu MUITO OBRIGADA!**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AES – Acção de Educação para a Saúde

CAJ – Centro de Apoio aos Jovens

CIPE<sup>®</sup> - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSI – Consulta(s) de Saúde Infantil e Pediatria

DGS – Direcção Geral da Saúde

EDIN – Escala da Dor e Desconforto Neonatal (Échelle de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né)

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HSJ – Hospital de São João E.P.E.

NIDCAP<sup>®</sup> - Modelo de Cuidados Desenvolvimentais Individualizados e Programa de Avaliação para o Recém-nascido (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

OPS – Escala Objectiva da Dor (Objective Pain Scale)

PF – Planeamento Familiar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAPE<sup>®</sup> - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SPM – Serviço de Pediatria Médica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

USFH – Unidade de Saúde Familiar Horizonte



## ÍNDICE

	Página
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO</b>	<b>15</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>17</b>
3.1. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	18
3.2. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	20
3.3. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DE CUIDADOS	38
3.4. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	41
3.4.1. Domínio da Investigação	42
3.4.2. Domínio da Formação	43
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>47</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>55</b>
ANEXO I - Competências Propostas Pela UCP Para Atingir o Grau de Mestre	57
ANEXO II - Registo de Consultas de Saúde Infantil	61
ANEXO III - Registo de Crianças Vacinadas	65
ANEXO IV - Registo de Crianças Atendidas na Sala de Triagem	69
ANEXO V - Crianças Assistidas na Ala B do Serviço de Pediatria Médica	73
ANEXO VI - Crianças Assistidas na Ala de Hemato-Oncologia Pediátrica do Serviço de Pediatria Médica	97
ANEXO VII - Planeamento da Sessão de Educação Para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”	105
ANEXO VIII - Reflexão Crítica Sobre a Sessão de Educação Para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”	121
ANEXO IX - Poster de Dinamização do Cantinho da Amamentação	131

ANEXO X - Estimulação Auditiva Individualizada nos Recém-Nascidos Prematuros _____	135
ANEXO XI - Planeamento da Sessão de Formação ao Grupo de Pares: “Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas” _____	139
ANEXO XII - Reflexão Crítica da Sessão de Formação ao Grupo de Pares: “Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas” _____	147

## **1. INTRODUÇÃO**

Este documento surge no âmbito do estágio do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (SIP) do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP) encontra-se dividido em três módulos: saúde infantil (1), serviços de medicina e cirurgia em contextos de doença aguda e crónica (2) e serviços de urgência pediátrica e de neonatologia (3). No total, estavam previstas 750 horas de trabalho, sendo que 510 horas seriam de contacto efectivo e 210 horas de trabalho individual. Por uma questão de gestão de horários, foram realizadas 550 horas de contacto. Relativamente às horas previstas para estudo individual, estas foram em muito ultrapassadas. Neste âmbito, foi possível conhecer outras unidades de atendimento, tais como o Centro de Apoio aos Jovens (CAJ), a sala de partos, a consulta de Neonatologia, a consulta de fisioterapia, tendo como finalidade observar a continuidade de cuidados a uma criança que nasceu prematura, e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. O conhecimento destas unidades de atendimento proporcionou-me a oportunidade de entrar em contacto com outros recursos existentes na comunidade que podem ser valiosos para a prestação de cuidados diferenciados e um melhor encaminhamento da díade nos diferentes contextos.

O presente relatório pretende relatar de forma crítica e reflexiva as actividades desenvolvidas ao longo deste estágio, evidenciando as competências adquiridas durante este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional. É, por esse motivo, uma reflexão muito própria desta experiência vivenciada.

Assim, a elaboração deste documento tem como objectivos:

- responder a uma exigência do plano curricular;
- descrever as actividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- servir de instrumento de avaliação.

Para a realização deste relatório foi utilizada uma metodologia essencialmente descritiva e reflexiva, apoiada na experiência prática e em pesquisa bibliográfica.

Deste relatório fazem parte uma introdução (1), seguida de um capítulo onde é feita a contextualização dos locais de estágio (2). Posteriormente, o capítulo 3 é dedicado à reflexão das actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio, sendo que se encontra dividido em quatro partes, tendo como base a divisão das competências nos quatro domínios mencionados no Modelo de Desenvolvimento Profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (relacionadas com a prática profissional, ética e legal; com a prestação de cuidados; com a gestão de cuidados; e com o desenvolvimento profissional), de forma facilitar o pensamento reflexivo. No capítulo final (4) são feitas algumas considerações gerais sobre esta etapa do curso tendo em conta as competências adquiridas.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

O estágio de especialização em SIP do 3º Mestrado em Enfermagem de SIP, da UCP, encontra-se dividido em três módulos.

O Módulo I – Saúde Infantil teve lugar na Unidade de Saúde Familiar Horizonte (USFH), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), no período compreendido entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. A ULSM foi criada pelo Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho e foi constituída Entidade Pública Empresarial pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, o que lhe conferiu autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A ligação entre as unidades integrantes da ULSM permite a interação entre os prestadores de cuidados diferenciados e os prestadores de cuidados na comunidade, existindo uma intensa relação entre os diversos contextos da prática de enfermagem. A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de me permitir conhecer uma realidade diferente da actividade profissional, na medida em que exerce funções num hospital central, no qual se verifica ainda uma lacuna na interligação entre os cuidados hospitalares e as unidades de cuidados na comunidade, apesar do empenho de toda a equipa de enfermagem.

Por uma questão de distribuição pelos locais de estágio, seguiu-se o Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia, que foi dividido em dois períodos distintos. O primeiro período foi desenvolvido no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de São João, E.P.E. (HSJ), entre os dias 04 e 30 de Outubro de 2010. Este serviço de urgência é o centro da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), uma rede de prestação de cuidados de saúde a crianças com idade inferior a 18 anos, na área do Grande Porto. Para além disso, é o serviço de urgência de referência para casos pediátricos emergentes de toda a região norte do país. Assim sendo, este serviço recebe crianças desde um dia de vida até aos 17 anos e 364 dias, em situação aguda, com um vasto leque de diagnósticos, razão pela qual foi escolhido como campo de estágio.

No que diz respeito à segunda parte do Módulo III, esta decorreu no período entre 02 e 27 de Novembro de 2010 e teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do HSJ, que é uma UCIN de referência no que diz respeito a recém-nascidos com patologias cardíacas ou do foro cirúrgico. Assim, esta unidade recebe não só os neonatos nascidos no HSJ com necessidade de cuidados intensivos/intermédios, mas também recém-nascidos internados em outras UCIN que se enquadrem nos itens referidos anteriormente. Estes últimos são normalmente transportados pelo subsistema de transporte de recém-nascidos de alto risco (INEM – Recém-nascidos), do qual fazem parte alguns dos elementos da equipa desta UCIN.

O vasto leque de experiências que proporciona na área da Neonatologia foi a razão pela qual esta UCIN foi escolhida como local de estágio.

No período entre 29 de Novembro de 2010 e 29 de Janeiro de 2011, decorreu o Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia, que teve lugar no Serviço de Pediatria Médica (SPM) do HSJ. Este serviço encontra-se inserido na Unidade de Gestão Autónoma da Mulher e da Criança do referido hospital e está dividido em três alas: a ala A, que recebe crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos (1); a ala B, onde são recebidas as crianças com idades inferiores a 2 anos (2); e a Hemato-Oncologia Pediátrica (HOP), que recebe crianças com patologias do foro oncológico e neurocirúrgico (3). Por uma questão de gestão de recursos humanos dentro do SPM, a Enfermeira Chefe tem por vezes necessidade de mobilizar os elementos da equipa pelas diferentes alas deste serviço, principalmente nos períodos de férias ou quando um elemento se encontra de licença. Por esse motivo, a Enfermeira tutora exerce funções tanto na ala B como na ala de HOP e, com autorização do corpo docente da UCP, foi-me permitido acompanhá-la nos turnos realizados nestas duas alas, o que proporcionou um maior leque de experiências relacionadas com o doente crónico, tendo sido uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à criança hospitalizada. Tendo em conta que possuo experiência profissional num Serviço de Cirurgia Pediátrica desde Agosto de 2007, este módulo de estágio decorreu apenas num Serviço de Internamento de Medicina.

### 3. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A aquisição de competências em Enfermagem envolve a articulação de vários processos, começando pela formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, passando pelo processo de construção e evolução do Enfermeiro e terminando no reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral (Madureira, 2007).

O Enfermeiro Especialista deve atingir, para além de determinadas competências gerais, algumas competências específicas da sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Nesse sentido, o corpo docente da UCP estabeleceu vinte e nove competências a adquirir para a obtenção do grau de Mestre (Anexo I). Com o objectivo de facilitar a reflexão acerca das competências adquiridas e a descrição das actividades desenvolvidas, fundamentando teoricamente a sua importância, surgiu a necessidade de organizar as referidas competências dividindo-as em grupos. Apoiada no Modelo de Desenvolvimento Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2009), foi feita a divisão das referidas competências em quatro domínios: das competências relacionadas com a prática profissional, ética e legal (1), das competências relacionadas com a prestação de cuidados (2), das competências relacionadas com a gestão de cuidados (3) e das competências relacionadas com o desenvolvimento profissional (4).

Com espírito de abertura a novas experiências, a **reflexão crítica na e sobre a prática (competência 11)** foi a base de todo este processo de aprendizagem pessoal e profissional, tendo sido uma constante ao longo de todo o estágio. A excelência da enfermagem passa, segundo Cruz (2008:112), por um percurso profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, baseado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes. A prática de uma Enfermagem Avançada tem em vista a excelência dos cuidados de enfermagem e promove o desenvolvimento de competências e de conhecimentos numa área específica da enfermagem (Marshall et al, 2002:422). Com o objectivo principal de prestar cuidados de enfermagem de excelência, a competência acima referida foi desenvolvida ao longo de todo o estágio e em todos os contextos da prática (prestação de cuidados, investigação e gestão de cuidados). A reflexão crítica diária tornou-se um instrumento valioso para a aquisição e/ou desenvolvimento de outras competências no domínio da ESIP.

Como já foi referido neste documento, este capítulo encontra-se dividido em quatro partes, tendo como base a divisão das competências nos quatro domínios acima indicados, com o objectivo de facilitar o processo reflexivo e o encadeamento de ideias.

### **3.1. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**

Com a finalidade de adquirir/consolidar competências relacionadas com a prática profissional, ética e legal procurei ao longo deste estágio:

#### **Actuar de acordo com a dimensão ética e legal da profissão de Enfermagem**

Actividades desenvolvidas:

- Tomar decisões suportadas pelo código deontológico;
- Reflectir acerca das decisões tomadas.

Em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, responsável pela criação da Ordem dos Enfermeiros, vem publicado o seu Estatuto, cujo capítulo VI é inteiramente dedicado à deontologia profissional, estabelecendo um conjunto de deveres para o exercício de enfermagem. O conhecimento dos referidos deveres são uma obrigação do enfermeiro, assumindo extrema importância para o exercício da prática profissional, não só pelo seu cariz legal, mas também pelo respeito pela dignidade humana, pelo que o respeito do código é uma obrigação.

A responsabilidade profissional, ética e legal é a base de actuação de um Enfermeiro. O corpo docente da UCP definiu como uma das competências a adquirir que o mestrando **tome decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (competência 15)**. Contudo, considero que esta é uma competência a ser demonstrada desde a formação de base de um enfermeiro. Nesta fase do percurso profissional e académico, todo o trabalho desenvolvido encontra-se direccionado não para a aquisição, mas para o consolidar desta competência e o desenvolvimento das capacidades de reflexão neste âmbito. Por essa razão, todas as decisões tomadas ao longo deste estágio na área de SIP foram baseadas na evidência científica e na responsabilidade ética e legal para com a criança/família a quem foram prestados cuidados de enfermagem.

É, no entanto, importante referir que ao longo do estágio ocorreram situações que do ponto de vista ético levaram à reflexão. Exemplo disso, surge a instilação de esperança na criança/família com doença oncológica, cujo prognóstico mais terrível para estes está confirmado e inevitavelmente se aproxima. Segundo Magão e Leal (2001:8-9), no contexto de

oncologia pediátrica, a Esperança é valorizada pelos pais no processo de *coping* com a doença do filho, destacando-se a procura de informação por parte da criança/família para a criação de uma base realista para a esperança e perspectiva de futuro. O respeito pelo valor da esperança em oncologia é uma obrigação moral do profissional de saúde, que deve estar sempre acompanhada da obrigação ética de dizer a verdade, que neste contexto é "...vivida como ausência de segredos no ar, a verdade percebida que decorre da relação de confiança com o outro e a verdade como factor protector na relação com os filhos." (Magão e Leal, 2001:9). Esse princípio foi aplicado nos cuidados de enfermagem prestados à criança/família internados na ala de HOP do SPM, durante o período em que decorreu o estágio.

Outro exemplo surgiu na ala B do mesmo serviço, onde a transmissão de más notícias esteve em destaque. Referindo um caso específico, a mãe do G. (uma criança com menos de um mês de idade, cuja patologia lhe dita uma vida curta) questionava repetidamente se o seu primogénito iria ser uma criança normal. Quando questionada pela mãe sobre o futuro, como é que se diz a esta que o seu filho provavelmente não irá sobreviver? Como é que se transmite um prognóstico destes a uma família com a qual a equipa médica ainda não se sentou para conversar acerca do que está para vir? A aquisição de competências na comunicação de más notícias à criança/família é uma obrigação do Enfermeiro Especialista em ESIP, sendo que este deve transmitir informação de forma confiante e efectiva (Farrell et al, 2001), tendo sempre como objectivo principal a satisfação das necessidades da criança/família e as dúvidas expressas por estas. Por esse motivo, não foram comentados os diagnósticos ou os ainda incertos prognósticos médicos, remetendo ao que era possível afirmar com certeza sobre o presente. O princípio de beneficência esteve sempre em mente nos cuidados prestados a esta criança/família, sendo que o principal foco de atenção dos cuidados de enfermagem foi a promoção da vinculação entre o G. e a sua mãe, incentivando sempre o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao seu bebé, dotando-os de conhecimentos necessários para um trabalho em parceria. No final do estágio, a avaliação das actividades de enfermagem implementadas foi positiva, sendo possível constatar que a mãe tinha conseguido estabelecer uma forte relação com o seu bebé e se encontrava apta a prestar os cuidados necessários à satisfação das necessidades do G., demonstrando "*um sentimento de controlo, diminuição do stress e verbalização da aceitação da situação*" (International Council of Nurses, 2005).

Outro ponto que suscitou interesse nos diversos contextos foi o Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidados de saúde na área de SIP. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, as crianças têm o direito de receber informação sobre o seu estado de saúde, sendo que esta deve se adaptada à sua idade e compreensão (Vasco, Levy e Cepêda, 2009:16), para poderem fazer escolhas de saúde informadas. Em crianças pequenas ou no caso de a criança não possuir idade legal para tomar as suas próprias decisões, o Consentimento Livre e Esclarecido requer a aprovação dos pais ou representante legal. É importante que o Enfermeiro Especialista em ESIP compreenda as implicações éticas e legais do Consentimento Livre e Esclarecido no contexto de prestação de cuidados à criança/família,

de forma a aplicá-lo correctamente na prática profissional. Ao longo do estágio denotei uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em prestar esclarecimentos e fornecer informação necessária e pertinente tanto à criança como à sua família, tendo sempre o cuidado de adequar o seu discurso para que a informação fosse compreendida.

E porque dos profissionais de enfermagem se espera “o cuidado devido, no respeito pelos direitos e necessidades do cidadão” (Vieira, 2007:115), a tomada de decisão fundamentada não se aplica apenas ao domínio da prestação de cuidados de enfermagem, podendo ser considerada uma competência transversal. Ou seja, a referida competência deve ser aplicada em todo o tipo de tomada de decisão, seja no âmbito da investigação, no domínio da gestão ou em qualquer outra área que interfira com os cuidados prestados pelo enfermeiro ou o desenvolvimento da enfermagem, sendo que é de suma importância apoiar essas decisões na evidência científica e nas responsabilidades sociais e éticas de um enfermeiro. Por ser tão relevante para a prática profissional, esta é uma competência já evidenciada e fortalecida no exercício de funções e que foi desenvolvida ao longo deste estágio.

### **3.2. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer.” (Collière, 1999:27). Para um cuidar de excelência são necessários conhecimentos específicos e a aquisição de competências neste âmbito. Ao longo do estágio de especialização em ESIP, o âmbito da prestação de cuidados foi aquele que, sem dúvida alguma, mais contribuiu para a aquisição de competências nesta área de especialização. De referir que no decorrer desta etapa do curso foi dada maior atenção às actividades autónomas de enfermagem.

#### **Aprofundar/desenvolver competências técnicas e científicas no âmbito da prestação de cuidados na área de ESIP**

Actividades desenvolvidas:

- Colaborar com a equipa de enfermagem e multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família nos diversos contextos de estágio;
- Partilhar experiências com a equipa de enfermagem;
- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nas aulas teóricas e na prática profissional;

- Observar o Enfermeiro Especialista em SIP no exercício das suas funções;
- Documentar as intervenções de enfermagem realizadas utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>).

O processo de integração em todos os contextos passou por uma visita guiada pelos serviços, na qual os Enfermeiros Chefe ou os tutores procuraram introduzir-me na dinâmica organizacional, humana e material, tendo procurado reconhecer os principais aspectos convergentes e divergentes de todos os contextos assistenciais, o que foi uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência nos diferentes locais de estágio. Nesta área tão específica da assistência à criança/família foi muito importante perceber as estruturas de apoio à díade, bem como tudo o que envolve a complexidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de uma relação profissional com os restantes membros da equipa foi fundamental para o desenvolvimento de competências, já que possibilitou várias experiências e esclarecimento/discussão sobre as situações vivenciadas. A abertura a novas experiências permitiu a reflexão crítica na e sobre a prática, possibilitando a adequação dos cuidados prestados à criança/família, sendo esta reflexão posteriormente partilhada com a equipa de enfermagem. Exemplo disto surge a discussão sobre o tratamento de feridas, que levou à realização de um protocolo de actuação no contexto do SPM. Aquando da realização do tratamento às feridas de uma criança com lesões meningocócicas, foi detectada a necessidade de formação ao grupo de pares com o objectivo de partilhar um procedimento utilizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSJ. A referida formação ao grupo de pares será abordada mais à frente neste documento, no subcapítulo 3.4.2. Outro exemplo desta partilha de experiências teve lugar no SUP. Na prestação de cuidados de enfermagem a uma criança no pós-operatório imediato de uma apendicectomia por laparoscopia, surgiu a necessidade de intervir pois a criança referia dor na região dos ombros. Familiarizada com esta situação, a criança foi devidamente posicionada, tendo sentido imediato alívio da dor. Esta é uma consequência comum no pós-operatório de uma cirurgia abdominal por laparoscopia, mas a atitude tomada surpreendeu os presentes, pois desconheciam esta situação, na medida em que o pós-operatório é uma realidade pouco habitual no SUP. Esta situação em concreto proporcionou momentos de discussão/partilha de experiências sobre os cuidados a prestar ao doente cirúrgico. O feedback por parte da equipa de enfermagem foi positivo, tendo levado à mudança de comportamentos, nomeadamente no que diz respeito ao posicionamento de uma criança no pós-operatório de uma cirurgia por laparoscopia.

Na Unidade de Saúde Familiar Horizonte tive a oportunidade de prestar cuidados à criança/família e pude colaborar com outros elementos da equipa de enfermagem nas consultas de saúde infantil (CSI) e na vacinação. Esta colaboração permitiu-me observar a diferença entre a actuação de um Enfermeiro Especialista em SIP e de um Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, o que levou ao desenvolvimento de **um discurso pessoal fundamentado acerca de diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde que**

**surgiram (competência 5).** Um Enfermeiro Especialista em ESIP tem como um dos seus alvos de atenção o crescimento e desenvolvimento da criança promovendo que este decorra de forma harmoniosa e segura, actuando no seio da família/com a família; o plano de cuidados de enfermagem tem como objectivo principal dotar os pais/prestadores de cuidados de conhecimentos que lhes permitam promover a saúde e prevenir a doença do seu filho. Nos cuidados de saúde primários, o enfoque na família é uma constante. O método de trabalho utilizado na USFH é o de Enfermeiro de Família/Referência, ou seja, cada enfermeiro presta todos os cuidados de enfermagem necessários aos elementos das famílias pelas quais está responsável. No contexto da prestação de cuidados na comunidade este é um excelente método de trabalho, na medida em que permite ao enfermeiro conhecer toda a dinâmica familiar, o que lhe proporciona a oportunidade de intervir consoante as necessidades detectadas e fazer um seguimento das suas intervenções, assim como verificar o seu impacto no contexto familiar. Neste contexto, realizei CSI a crianças desde os primeiros dias de vida (primeira consulta) até aos 17 anos (Anexo II), sendo este um momento fundamental para a promoção da saúde e a prevenção da doença nesta faixa etária da população. Na ULSM existe um protocolo a seguir nas CSI que procurei pôr em prática, adaptando as acções de educação para a saúde (AES) à criança/família em causa. Os recursos materiais disponíveis no gabinete de enfermagem são os ideais para a realização de CSI, na medida em que estão disponíveis não só equipamentos para a avaliação do crescimento da criança (peso, estatura e perímetro cefálico), mas também materiais didácticos (roca, boneco, cubos coloridos, lápis de cor, entre outros) que permitem a avaliação do desenvolvimento de competências na criança.

O Plano Nacional de Vacinação (PNV) é universal, gratuito e acessível a todos os habitantes em Portugal (Direcção Geral de Saúde, 2006). Divulgar e motivar a população para aderir ao PNV é da responsabilidade do Enfermeiro que presta cuidados na comunidade, actividade que procurei desenvolver nas CSI realizadas. Seguindo o PNV, vacinei crianças das mais variadas faixas etárias, como se pode verificar em anexo a este documento (Anexo III). Gostaria de destacar a administração da vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) a adolescentes do sexo feminino, que foi introduzida no PNV apenas em 2008. Devido a esta recente introdução, tive a oportunidade de convocar as adolescentes abrangidas pelas directrizes da Direcção Geral de Saúde e proceder à vacinação das mesmas. Na implementação do PNV surgiram dificuldades relacionadas com os PNV em atraso. Numa tentativa de superar este obstáculo recorri à mobilização de conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, assim como à pesquisa bibliográfica e à confirmação por parte da tutora. Acredito que com mais tempo conseguiria desenvolver esta actividade autonomamente, sem recurso a nenhum dos auxiliares mencionados anteriormente. Este contacto com os utentes foi também aproveitado para fazer uma avaliação/seguimento das intervenções de enfermagem realizadas em contactos anteriores. Por exemplo, se numa CSI se realizou uma acção de educação para a saúde acerca da diversificação alimentar, o momento da vacinação é a oportunidade ideal para se questionar a mãe sobre esta temática, verificando o impacto da AES realizada.

Tive a oportunidade de realizar consultas de planeamento familiar (PF) a adolescentes no Centro de Apoio a Jovens (CAJ) de Matosinhos. A consulta de PF é uma componente fundamental para a saúde reprodutiva, pelo que procurei seguir as orientações da Direcção Geral de Saúde (DGS), promovendo a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, fornecendo informação com o intuito de regular a fecundidade segundo o desejado e actuando na prevenção de infecções de transmissão sexual (DGS, 2008). Ao CAJ recorrem jovens adolescentes de forma anónima, muitas vezes acompanhados por amigos da mesma faixa etária e raramente como casal, que procuram adquirir métodos anticoncepcionais ou esclarecer dúvidas sobre a temática da sexualidade. Surgiram ainda dois casos de adolescentes que procuravam adquirir a contraceção de emergência após um relacionamento sexual desprotegido. Uma adolescente recorreu ao CAJ por suspeita de gravidez, sendo que nesta situação os recursos disponíveis na altura permitiram a realização de um teste de gravidez que foi negativo. Actuei em todas as situações, procurando seguir os sete princípios básicos do aconselhamento: criar empatia (1), interagir, encorajando a pessoa a colocar questões (2), adequar a informação à pessoa em presença (3), evitar informação excessiva (4), fornecer método escolhido (5), assegurar que a informação foi compreendida (6) e encorajar novo contacto (7) (DGS, 2008). A presença de um adolescente num CAJ para uma consulta de planeamento familiar é um momento de excelência para a intervenção do enfermeiro nesta área, contudo, de notar que a ausência de registos como forma de manter o anonimato dos intervenientes dificulta o seguimento destes jovens. A partilha de informação através do processo clínico do adolescente seria a forma ideal de dar seguimento a estas consultas de planeamento familiar, tal como é aconselhado pela DGS.

No SUP, o facto de conhecer quase todos os elementos da equipa multidisciplinar, bem como os protocolos e normas em vigor facilitou a minha integração neste serviço. Este local de estágio proporcionou a experiência de acompanhar a criança/família antes de esta ser encaminhada para os diversos serviços de internamento de pediatria, no qual está incluído o serviço onde exerço funções. Relativamente ao método de trabalho, os elementos da equipa de enfermagem do SUP estão divididos pelas várias salas existentes, pelo que considero que predomina o método de tarefa. Contudo, em caso de emergência a equipa mobiliza-se para a sala de emergência e desenvolve um trabalho em equipa. No período em que decorreu o estágio, não tive oportunidade de presenciar a assistência a uma criança em situação de emergência, apenas pude colaborar na assistência a uma criança vítima de atropelamento, em que toda a equipa multidisciplinar se mobilizou para a receber, contudo, era um caso de simples resolução e que apenas durou o tempo necessário para transferir a criança para o plano duro e encaminhá-la para o serviço de radiologia.

Como em qualquer serviço de urgência, o sistema de triagem do SUP do HSJ tem como objectivo uniformizar os critérios de avaliação e rentabilizar os recursos existentes. O sistema utilizado neste SUP é baseado num modelo canadiano de triagem (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*<sup>®</sup>), adaptado à realidade portuguesa, modelo esse que

apenas se encontra em vigor na UPIP. Utilizei sempre o processo de triagem para crianças preconizado pela Emergency Nurses Association (2004), tendo em conta os quatro componentes da triagem pediátrica: o triângulo de avaliação pediátrica (1); a avaliação física inicial, que visa adquirir informação objectiva (2); a colheita de informação subjectiva através da história relatada pelos acompanhantes da criança (3); e a tomada de decisão da triagem (4). Todos estes componentes estão uniformizados num programa informático, do qual procurei integrar-me. No entanto, apesar da experiência em triagem do Emergency Nursing Pediatric Course<sup>®</sup>, foi necessário recorrer à prática e ao apoio do tutor para conseguir triar as crianças que deram entrada no SUP aquando da minha permanência na sala de triagem. Por esse motivo, procurei ter um maior número de experiências nesta área, que ultrapassou em muito a triagem a 50 crianças, meta estabelecida pelo corpo docente da UCP (Anexo IV). Considero que neste posto do SUP, a maior dificuldade prendeu-se com o medo sentido pela criança e com os níveis de stress e angústia dos pais/acompanhantes. Contudo, recorrendo à experiência profissional de comunicação com a criança/família, estes obstáculos foram ultrapassados e o processo de triagem foi realizado correctamente.

Na UCIN prestei cuidados de enfermagem a recém-nascidos prematuros ou com patologias do foro cardíaco e cirúrgico. Numa fase inicial, a observação da tutora na prestação de cuidados de enfermagem especializados foi uma mais-valia para a aquisição de confiança e mobilização de conhecimentos adquiridos na teoria no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao prematuro ou ao neonato com necessidade de cuidados intensivos/intermédios. De todas as crianças/famílias assistidas, o caso do P.F. foi o maior desafio, não só pelo desenvolvimento de competências técnicas (o neonato encontrava-se com Ventilação de Alta Frequência com Óxido Nítrico, com monitorização de tensão arterial pré e pós-ductal, entre outros cuidados característicos de uma criança em cuidados intensivos), mas também porque a sua situação contribuiu com vários momentos de discussão/reflexão acerca dos valores éticos e morais que levam toda uma equipa multiprofissional a investir numa criança com um prognóstico tão negativo. Estes momentos foram partilhados com toda a equipa multidisciplinar e acredito que todos os elementos intervenientes beneficiaram destes momentos reflexivos. Na UCIN, tal como nos outros contextos de estágio, a partilha de experiências/discussão com a equipa multiprofissional proporcionou-me a oportunidade de **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com a díade criança/família (competência 9)**, analisando os procedimentos executados, assim como a sua justificação baseada na evidência científica. Foram momentos enriquecedores não só a nível profissional, mas também a nível pessoal. Exemplo destes momentos de partilha de experiências são as passagens de turno, nas quais a partilha de informação sobre o estado de saúde da criança e as suas respostas às intervenções de enfermagem realizadas são valorizadas, sendo alvo de reflexão por parte de toda a equipa de enfermagem. Estes momentos são uma mais-valia, pois permitem o esclarecimento de algumas decisões do plano de cuidados de enfermagem, assim como são benéficas para o desenvolvimento profissional de alguns elementos da equipa

menos experientes. Para além disso, esta partilha leva à continuidade dos cuidados prestados à díade, na medida em que as intervenções realizadas são discutidas e acordadas pelos vários membros da equipa de enfermagem.

Relativamente ao Módulo II, uma vez mais o facto de conhecer toda a equipa multidisciplinar, assim como as normas e protocolos em vigor, beneficiaram a minha integração no SPM, pelo que pude dirigir a minha atenção para o desenvolvimento/evidenciar de competências que devem emergir de um estágio neste contexto. A gestão de recursos humanos e materiais das duas alas onde decorreu o estágio faz com que os métodos de trabalho sejam muito diferentes, apesar de ambas pertencerem ao mesmo serviço. Na ala da HOP todos os elementos da equipa de enfermagem estão envolvidos nos cuidados a todas as crianças, estabelecendo uma relação de parceria com os pais da criança hospitalizada, cujo principal objectivo é envolver a família nos cuidados prestados à criança com doença oncológica, assim como consultar a família acerca dos cuidados prestados (Casey, 1988 citada por Marshall e tal, 2002:422). No internamento de uma criança, os pais desempenham um papel fundamental, facto que foi mais notório no caso dos pais da criança com doença oncológica ou prolongada, na medida em que o Papel Parental de prestador de cuidados e facilitador da adaptação adquire maior relevo neste contexto, visto que as doenças e tratamentos têm que ser geridos no quotidiano familiar (Magão e Leal, 2001:4). A referida relação de parceria entre a equipa de enfermagem e a família será explorada mais à frente neste documento.

Relativamente à ala B, pude constatar que a equipa de enfermagem utiliza um método individual de trabalho, sendo que durante o turno existe um enfermeiro que presta todos os cuidados necessários à díade, ou seja, que planeia e põe em prática um plano de cuidados específico para cada criança/família que lhe esteja atribuída. Como em qualquer serviço de internamento pediátrico, é impossível ter o mesmo enfermeiro vinte e quatro horas por dia a acompanhar a criança/família, pelo que se procura dar continuidade aos cuidados de enfermagem atribuindo (dentro dos possíveis) a criança aos mesmos enfermeiros, o que facilita a relação da criança/família com a equipa de enfermagem, bem como o planeamento, implementação e avaliação de um plano de cuidados. Prestei cuidados de enfermagem a várias crianças, com patologias do foro médico, neurocirúrgico e oncológico. Para cada uma delas, levantei alguns focos de enfermagem que considerei pertinentes para os turnos em que me estiveram atribuídas (Anexos V e VI).

A transcrição das intervenções de enfermagem realizadas permite dar continuidade aos cuidados prestados, pelo que a sua documentação através da utilização de uma linguagem transversal nos vários contextos da prática de enfermagem é fundamental, na medida em que possibilita a compreensão por todos os elementos constituintes da equipa de enfermagem. Para esse efeito, o International Council of Nurses desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Os referidos diagnósticos de enfermagem levantados

no SMP estiveram sempre de acordo com a linguagem CIPE<sup>®</sup> e foram um auxílio valioso no planeamento das intervenções de enfermagem realizadas.

Noutros contextos, como os cuidados de saúde primários, surgiram alguns contratempos como foi o caso do primeiro contacto com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE<sup>®</sup>), que levantou algumas dúvidas, superadas com empenho pessoal e com questões colocadas à enfermeira tutora, sendo que nenhuma actividade ficou por documentar. Outra dificuldade sentida foi o facto de na UCIN e na ala de HOP as folhas de registos de enfermagem estarem padronizadas, mas não se encontrarem de acordo com a linguagem CIPE<sup>®</sup>, o que mostrou ser um obstáculo no registo das actividades realizadas em linguagem classificada. No contexto do SUP são poucos os registos de enfermagem efectuados, mas sempre que necessário estes foram realizados com recurso à linguagem CIPE<sup>®</sup>.

A colaboração com equipas multidisciplinares tão distintas, em contextos tão diferentes, permitiu desenvolver e **demonstrar a capacidade de trabalhar adequadamente com todos os elementos da equipa multi e interdisciplinar (competência 17)** no âmbito da prestação de cuidados à criança/família.

Procurei desenvolver uma reflexão crítica diária, tendo em conta as actividades desenvolvidas e as decisões tomadas ao longo de todo este percurso. Sempre que necessário, houve recursos à pesquisa bibliográfica e foram colocadas questões aos enfermeiros tutores, procurando a actualização de conhecimentos.

### **Contribuir para a minimização do impacto da hospitalização na criança**

#### **Maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança em contexto hospitalar**

##### Actividades desenvolvidas:

- Adoptar uma atitude empática com a criança/família;
- Incentivar a presença dos pais/pessoa significativa junto da criança, ao longo do internamento hospitalar;
- Incentivar os pais a envolverem-se nos cuidados à criança;
- Encontrar estratégias de redução do nível de stress associado à hospitalização;
- Desenvolver competências comunicacionais com a criança;
- Proporcionar actividades lúdicas adequadas ao estadio de desenvolvimento da criança.

O hospital representa para a criança um ambiente desconhecido, um lugar de solidão, de tristeza, de saudades de casa e de afastamento de pessoas significativas (Calvetti et al, 2008). A criança/família encara a experiência da hospitalização como uma ameaça, pois há uma

separação do seu ambiente habitual e surgem sentimentos como o medo dos procedimentos dolorosos e a angústia face ao diagnóstico médico.

As reacções da criança face à hospitalização dependem de vários factores como as características inerentes à criança (idade, estadió de desenvolvimento e capacidade de enfrentar as adversidades), experiências anteriores, características da doença e o acolhimento feito à criança/família no hospital (Barros, 1998). A gestão destes factores nos diversos contextos levou ao desenvolvimento de competências para **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relacionadas com a criança/família (competência 12)**, sendo que foi necessário proceder a pesquisa bibliográfica constante para ser capaz de executar eficazmente essa gestão. Foram várias as necessidades identificadas relacionadas com esta problemática. Um exemplo foi o caso de uma criança internada na ala B do SPM há cerca de sete meses. Nesta situação, a minimização do impacto da hospitalização passou pelo apoio à mãe, que já se encontrava numa situação de exaustão, nunca tendo sido substituída. Num fim-de-semana, procurei actuar junto do pai do R. incentivando-o a permanecer junto do filho durante a tarde, para que a mãe pudesse ir a casa descansar. Apesar da renitência inicial, foi-lhes assegurado que o pai teria todo o apoio necessário por parte da equipa de enfermagem, o que ajudou na tomada de decisão. No final do turno, a mãe regressou e foi notória a forma tranquila e interactiva com que se relacionou com o R.. Esta disponibilidade demonstrada pela mãe tranquilizou a criança, o que foi uma mais-valia para ambos.

No HSJ, o modelo implementado é o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, que preconiza a satisfação das “12 AVs (Actividades de Vida) de acordo com o estado de dependência/independência para cada uma delas e com o estádio do ciclo vital” (Allgood e Tomey, 2004:414). Contudo, na prática, pude constatar que em todos os campos de estágio desta unidade hospitalar se pratica uma assistência à criança/família muito semelhante à filosofia de cuidados preconizada na Parceria de Cuidados de Anne Casey, ou seja, cuidados apoiados numa “filosofia de enfermagem pediátrica, que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança” (Mano, 2002:53). Considero este modelo de organização de cuidados muito adequado à realidade profissional onde exerço funções e tenho a convicção que é “um meio eficaz de planear, pôr em acção e avaliar os cuidados a prestar ao doente pediátrico” (Casey, citada por Marques, 2006). A participação dos pais nos cuidados prestados à criança ajuda a diminuir os factores de stress da hospitalização, para além de favorecer a aquisição de conhecimentos por parte dos pais, com vista à alta. As AES informais ao longo do período de internamento foram uma constante, destacando-se a negociação dos cuidados com os pais como forma de os incentivar a prestar cuidados ao seu filho. Seguindo esta filosofia de cuidados, procurei **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à diáde (competência 14)**, o que na minha convicção também promove a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o que será mais explorado no capítulo da gestão de cuidados de enfermagem.

A estreita colaboração com os pais levou muitas vezes ao confronto com situações diversas, em que a agilização entre o conhecimento científico e a realidade foi fundamental para **demonstrar capacidade de reagir perante situações complexas (competência 13)**, sempre com o objectivo de estabelecer uma relação terapêutica com a díade. A presença dos pais junto à criança foi sempre incentivada ou, em sua substituição, foi incentivada a presença de alguém significativo para a criança. Mais à frente neste documento será mencionado a necessidade de intervenção por parte do enfermeiro no sentido de incentivar a presença do primo de um adolescente internado na ala de HOP, na medida em que a interacção do adolescente com este membro da sua família contribuiu para a melhoria do seu estado de saúde.

Num SUP quase nada pode ser antecipado e programado ao detalhe, pelo que a criança é exposta a um ambiente estranho e ameaçador, assim como a experiências que podem causar medo ou dor (Hockenberry, 2006:700). É papel fundamental do Enfermeiro estar atento à adaptação da criança a este meio, procurando minimizar os danos causados por uma passagem pelo SUP, na medida em que o ambiente de um serviço de urgência é dos mais propícios para o desenvolvimento de stress na criança/família.

Em todos os contextos, tive em conta os quatro factores de stress mais comuns, que incluem a separação (1), a perda de controlo (2), as lesões corporais (3) e a dor (4) (Hockenberry, 2006:638). No serviço de HOP, as crianças são internadas repetidas vezes, contudo, o impacto negativo da hospitalização e os factores de stress referidos estão sempre presentes. Para além disso, a gravidade do diagnóstico ou a agudização da doença pode desencadear na criança reacções de stress, como por exemplo o retraimento, a apatia, a tristeza ou o choro (Lipp, 1991, citado por Enumo e Motta, 2002:24). O mesmo acontece com as crianças com doença crónica que são repetidamente internados na ala B, que apesar da tenra idade, sofrem com mais uma quebra da sua rotina diária, o que pode ser também considerado um factor desencadeador de stress.

Na procura da minimização do impacto da hospitalização na criança, procurei **gerir e interpretar adequadamente a informação proveniente da formação inicial e da experiência pessoal e de vida (competência 1)**. O enfermeiro tem um papel fundamental na forma como a criança encara a hospitalização. O primeiro impacto, no momento da admissão, é decisivo na adaptação da criança ao ambiente hospitalar. Procurei acolher a criança/família, em todos os contextos, num ambiente calmo, iniciando pela apresentação pessoal e fornecendo informação pertinente, de acordo com a situação. De notar que em nenhum dos locais de estágio existia uma sala própria para o acolhimento, incluindo o SUP que, apesar de ter uma sala exclusivamente para a triagem, esta era partilhada por dois enfermeiros, por questões de gestão de recursos materiais. Na referida sala de triagem existe um biombo a separar os dois postos de triagem, o que proporciona alguma privacidade, apesar de não ser o suficiente. Na UCIN e no SPM, procurei sempre recepcionar a díade num ambiente calmo e

acolhedor, escolhendo sempre que possível uma sala vazia para o efeito (como a sala de tratamentos ou a sala de enfermagem, por exemplo).

Numa UCIN, a minimização do impacto da hospitalização no neonato passa maioritariamente pela gestão do ambiente, que deve permanecer calmo e devemos facilitar a permanência dos pais junto à criança, para que estes possam prestar ou colaborar nos cuidados ao seu filho. Na UCIN do HSJ está a ser implementado o Modelo de Cuidados Desenvolvidos Individualizados e Programa de Avaliação para o Recém-nascido (NIDCAP<sup>®</sup>), que tem como principal objectivo proporcionar orientações e treino específico da equipa multidisciplinar para diminuir os estímulos ao neonato (Ramos, 2004). A Federação Internacional de NIDCAP<sup>®</sup> (2008) preconiza que todos os recém-nascidos internados numa UCIN devem receber cuidados individualizados, que promovam o desenvolvimento e que sejam centrados na família. O ambiente das UCIN modernas, tecnologicamente mais sofisticadas, provoca uma sobrecarga sensorial no neonato, o que tem repercussões no seu desenvolvimento, na medida em que o sistema nervoso do recém-nascido ainda se encontra imaturo, continuando a desenvolver-se após o nascimento, numa tentativa de se adaptar ao ambiente extra-uterino (Ramos, 2004). As áreas de intervenção de enfermagem centram-se no controlo de estímulos externos, agrupando os cuidados de enfermagem com os dos outros profissionais e com a colaboração dos pais (Als, 1996, citado por Ramos, 2004), com vista à diminuição dos estímulos ao neonato. Os sinais comportamentais do recém-nascido são ensinados aos pais, fomentando uma participação activa destes nos cuidados prestados ao seu filho (Ramos, 2004). Após contacto com este modelo de actuação, realizei pesquisa bibliográfica sobre o tema, sendo que a informação encontrada foi muito escassa. Assim sendo, procurei obter mais conhecimentos através da prática e da partilha de experiências com os restantes membros da equipa de enfermagem, em especial com a enfermeira tutora.

**A necessidade de mobilizar conhecimentos sobre técnicas de comunicação com a criança e estabelecer uma relação terapêutica com esta (competência 16)** foi sentida nos diversos contextos. Relativamente à comunicação com a criança hospitalizada, procurei sempre adequar o discurso à idade e estadio de desenvolvimento da mesma. Desde o primeiro contacto tentei estabelecer uma relação empática com a criança/família, interagindo com a criança sem invadir o seu espaço e utilizando o brincar como instrumento de aproximação. Em contexto hospitalar o brincar permite à criança expressar os seus sentimentos através da sua própria linguagem, assim como lhe possibilita abstrair-se do local onde se encontra e entrar no seu próprio mundo. No hospital o brincar possibilita à criança criar o seu próprio ambiente de ilusão, aproximando-se mais da sua realidade quotidiana, o que pode ter um efeito bastante benéfico na sua adaptação ao ambiente hospitalar (Amorim, 2007:8). Procurei sempre proporcionar às crianças actividades lúdicas, principalmente nos momentos em que os seus pais por algum motivo se ausentavam, numa tentativa de minimizar a angústia da separação e de maximizar o seu potencial de desenvolvimento em ambiente hospitalar. Contudo, nem sempre os recursos existentes o permitiram, como é exemplo o SPM, no qual só existe uma

sala de brincar na ala A, o que dificultou estes momentos de interação. Numa tentativa de ultrapassar este obstáculo procurei levar as crianças o maior número de vezes possível à sala de brincar, assim como pedi aos pais que trouxessem o seu brinquedo preferido para o hospital. Em algumas situações foi também pedida a colaboração da educadora de infância no sentido de levar mais vezes as crianças a este espaço lúdico. Constatou-se que a equipa multiprofissional deste serviço não se encontra muito desperta para a problemática da actividade lúdica, o que levou à discussão/partilha de experiências sobre este tema com alguns elementos da equipa de enfermagem e com educadora de infância, tendo sido uma experiência proveitosa, no sentido em que considero ter alertado estes profissionais para a importância do brincar no contexto hospitalar.

No brincar está também incluído a manipulação de materiais com os quais se vai executar um procedimento, como é o caso da administração de terapêutica ou a punção venosa. Tendo em conta a idade da criança, procurei sempre explicar o procedimento, ao mesmo tempo que permiti à criança manusear o material. Um pormenor que me chamou a atenção, foi o facto de as enfermeiras da ala B recortarem e colorirem imagens no adesivo para posteriormente colocam nos cateteres venosos periféricos ou nas sondas naso-gástricas. É uma forma diferente de brincar, que proporciona momentos de interação com a criança/família preciosos. A falta de material didáctico (brinquedos a imitar seringas ou pensos coloridos) dificultou esta tarefa, o que não impediu esta interação tão importante para a minimização do impacto da hospitalização.

A comunicação com alguns adolescentes foi um desafio, apesar da experiência profissional com esta faixa etária. O facto de um adolescente com doença oncológica se encontrar em estado depressivo e de uma adolescente no SUP se encontrar sob a influência de álcool e estupefacientes, fez surgir a necessidade de **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo relacionadas com a criança/família (competência 10)**, o que levou à necessidade de pesquisa bibliográfica e ao confronto com uma nova realidade. Referindo-me a R.H., de 17 anos, e tendo em conta os focos de enfermagem levantados (ansiedade, depressão, falta de esperança, entre outros), procurei intervir junto deste adolescente. Ao observar que o comportamento do R.H. se alterava positivamente na presença de um primo, considerei pertinente incentivar a presença desta pessoa significativa junto do adolescente. Numa conversa com os pais e com esse primo, foram demonstrados os benefícios de visitas mais frequentes e prolongadas por parte desse membro da família, o que se veio a verificar posteriormente. Uma avaliação desta intervenção de enfermagem mostrou uma alteração no comportamento do R.H., cujo humor melhorou significativamente, verbalizando esperança e vontade de lutar contra a doença.

Outro exemplo foi o caso da J., uma adolescente de 15 anos que deu entrada no SUP sob o efeito de álcool e de estupefacientes (Benzodiazepinas). O comportamento desta adolescente flutuava entre a aceitação dos cuidados de enfermagem prestados e a violência para com os

enfermeiros e os pais. As tentativas de diálogo por parte dos profissionais de saúde tornaram-se cada vez mais infrutíferas à medida que a situação foi escalando, assim como as tentativas dos pais, tendo ocorrido alguns episódios de violência face à insistência dos pais em mantê-la no serviço de urgência. Após algumas horas de permanência no SUP, a equipa médica optou pela administração de terapêutica para controlar a situação. Esta atitude confrontou-me com alguns dilemas, pois considero que se poderia ter tentado entrar novamente em diálogo com a adolescente, em busca da sua colaboração. Este episódio contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, pois confrontou-me com uma realidade até então desconhecida e que me levou a efectuar alguma pesquisa bibliográfica sobre a temática de adolescentes e abuso de substâncias.

### **Desenvolver competências na gestão da dor na criança**

#### Actividades desenvolvidas:

- Monitorizar a dor na criança;
- Instituir medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;
- Tomar medidas de prevenção da dor antes e durante procedimentos dolorosos.

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros publicou um Guia Orientador de Boa Prática, no qual classifica a Dor como o quinto sinal vital. Na área de SIP, a dor é um dos principais factores de stress na criança. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, dor é uma *“Percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica...”* (International Council of Nurses, 2005:60).

É dever do enfermeiro avaliar correctamente a dor da criança, assim como é sua obrigação actuar na prevenção e alívio desta. A dor em Pediatria é um problema sério, que pode causar danos fisiológicos e psicológicos na criança, se não for correctamente avaliada e tratada (Maccagno, 2009:16). Nesse sentido, é também dever do enfermeiro avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem levadas a cabo para o alívio da dor (Jacob e Puntillo, 1999).

Em contexto de prestação de cuidados de enfermagem à comunidade, a prevenção e controlo da dor prendeu-se com os momentos de vacinação. A gestão do ambiente é a única medida tomada pela equipa de enfermagem da USFH aquando da vacinação de uma criança, contudo, considero que essa é uma falha, na medida em que existem outras medidas que podem ser tomadas, como é o caso do uso de EMLA®, visto que este poderia minimizar a dor sentida pela criança no momento da vacinação.

No SUP, a avaliação da dor foi um desafio, tendo em conta que todos os contactos com a criança/família são rápidos. Na sala de triagem, a avaliação da dor nem sempre é efectuada com recurso a escalas de avaliação validadas, pelo que nem sempre essa avaliação é a mais

correcta. A postura adoptada neste posto do SUP foi sempre a de avaliar correctamente a dor e posteriormente avaliar a eficácia das decisões tomadas. O mesmo aconteceu na sala de observações e na sala polivalente, sempre que necessário. As medidas de controlo da dor neste contexto de estágio são essencialmente farmacológicas, sendo que se recorre frequentemente à administração de Paracetamol ou Ibuprofeno.

Na UCIN, o facto de o recém-nascido ser incapaz de expressar verbalmente a dor torna a sua avaliação um desafio para o profissional de enfermagem (Tamez, 2009:71). Nos recém-nascidos pré-termo a mais leve agitação ou levantar de mão podem significar que, por qualquer motivo, o neonato não se encontra confortável. Nesta UCIN, a avaliação da dor é efectuada através da Escala de Dor e Desconforto Neonatal (EDIN), que é um instrumento de utilização comum no exercício profissional. Apesar disso, foi alvo de reflexão/discussão na medida em que as respostas dos recém-nascidos prematuros são menos marcadas do que os de termo, o que leva à necessidade de o enfermeiro estar atento à mais leve mudança de comportamento, ao mais leve sinal de dor (Batalha, 2010:24). Pude verificar esse facto no desenrolar deste estágio, chegando à conclusão de que estes sinais são tão mínimos que a escala acima referida não me parece adaptada a esta situação, facto que causou admiração e levou a uma reflexão crítica. Neste local de estágio, as medidas de controlo da dor passam pela administração de analgesia, pela gestão do ambiente e pelo toque.

Em pediatria, a avaliação inicial da dor deve passar pela observação do comportamento da criança, assim como pelo relato verbal que a criança faz da mesma (Barros, 2003:101). Contudo, quando a criança não é capaz de verbalizar a sua dor, é necessário recorrer a instrumentos de avaliação específicos para proceder à sua avaliação: “*O uso de escalas de avaliação é a forma mais segura de medir a dor*” (Batalha, 2010:26). Na ala B, tendo em conta a idade das crianças internadas (dos zero aos dois anos), a equipa de enfermagem recorre à EDIN ou à Escala Objectiva da Dor (OPS). Na ala de HOP, para além da escala de OPS, recorre-se também à Escala de Faces e à Escala Numérica. Contudo, apesar de nesta ala a prevenção da dor ser uma constante, recorre-se mais frequentemente a medidas farmacológicas (principalmente Morfina) para esse efeito. Neste campo de estágio, procurei também incluir medidas não farmacológicas, como o brincar, a distração – com histórias ou com conversas sobre um tema que não incluía o procedimento efectuado (Lawes et al, 2008) – e a musicoterapia no controlo da dor da criança oncológica.

De notar que na ala B o protocolo da sacarose é uma prática que já se encontra enraizada na equipa de enfermagem, como prevenção e como alívio da dor. Sempre que possível, também se recorre ao EMLA® (*Eutectic Mixture Local Anesthetics*) nas punções venosas não urgentes. Tendo em conta os seus benefícios, recorri a estas medidas de controlo da dor ao longo do Módulo II do estágio, procurando também adaptar esta prática à actividade profissional, apesar da renitência de alguns elementos da equipa de enfermagem, principalmente no que diz respeito ao uso do EMLA®.

A gestão e controlo da dor em pediatria requerem **um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de SIP (competência 8)**, na medida em que é uma actividade de enfermagem muito específica com diversos níveis de actuação por parte de enfermeiro. Esta é uma competência que adquire ao longo do exercício profissional, prestando cuidados a crianças dos zero aos 17 anos, nomeadamente crianças com queimaduras ou em contexto de pós-operatório. O controlo da dor na criança queimada ou no pós-operatório de cirurgias muito invasivas torna-se um desafio diário para a equipa de enfermagem. O uso de meios farmacológicos é essencial, mas não é suficiente. Recorre-se muitas vezes à musicoterapia e a actividades lúdicas para controlar a dor da criança neste contexto. Por esse motivo, posso afirmar que todo o trabalho desenvolvido neste estágio teve como principal objectivo consolidar esta competência e demonstrar capacidade de actuação em contextos diferentes daquele onde exerço funções.

### **Promover a Parentalidade nos vários contextos de assistência à criança/família**

#### Actividades desenvolvidas:

- Reconhecer os pais como pessoas com direitos;
- Negociar com os pais os cuidados prestados à criança;
- Apoiar os pais nos diferentes aspectos de desempenho do Papel Parental;
- Capacitar os pais para cuidarem dos filhos nos diferentes contextos de assistência à criança;
- Incentivar a amamentação;
- Responder às necessidades da família nos diferentes contextos de assistência à criança.

Na enfermagem pediátrica, o Cuidado Centrado na Família é uma filosofia que reconhece a família como uma unidade de cuidado à criança, através da qual esta recebe os cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença necessários à manutenção do seu bem-estar (Pinto et al, 2010). O cuidado à criança é revestido de particularidades que aumentam a já inerente necessidade de reflexão das acções de enfermagem, sendo que o foco de atenção do Enfermeiro em Pediatria deve estar centrado não no binómio criança/enfermeiro, mas sim na tríade enfermeiro/criança/família (Coelho e Rodrigues, 2009). Assim, um dos focos de enfermagem mais trabalhados foi o Papel Parental/Parentalidade.

Por Parentalidade entende-se uma “*Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças...*” (International Council of Nurses, 2005:43). Os

pais, como principais prestadores de cuidados à criança, desempenham um papel de extrema importância no bem-estar e promoção da saúde desta.

O momento da CSI é crucial para identificar situações de défice de conhecimentos dos pais relacionados com a satisfação das necessidades da criança, cujo reconhecimento leva a uma actuação através da realização de AES, sejam estas estruturadas ou não. No módulo I do estágio foi detectada a necessidade de realizar AES, que na sua maioria se prendiam com a introdução da diversificação alimentar nos bebés, com a higiene oral e com o PNV. Os cuidados a ter com a criança febril foi outro assunto de destaque nas AES. Como exemplo disso posso citar o caso de uma criança que deu entrada na USFH após ter tido uma convulsão febril (segundo descrição da mãe). Procedeu-se à avaliação da criança e foram prestados os cuidados de enfermagem necessários face à situação. Posteriormente, foi realizada uma AES à mãe sobre a importância de actuar antes de se dirigir a qualquer instituição de saúde e sobre quais os cuidados a ter com a criança febril ou em convulsão febril.

Nas sessões de Massagem Infantil, foi detectada a necessidade de realizar uma acção de educação para a saúde estruturada com o tema “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida” (Anexo VII), que teve lugar no dia 17 de Maio de 2010. Esta mostrou ser pertinente e frutuosa para todos os intervenientes e foi alvo de uma reflexão crítica posterior à sessão que se encontra em anexo a este documento (Anexo VIII).

O ambiente de tensão causado pelo cenário de doença aguda ou agravamento da doença, vivenciado no SUP leva à alteração da execução do Papel Parental. A ansiedade e medo sentidos pelos pais nesta situação podem levar às mais diversas reacções. Cabe ao enfermeiro saber gerir estas situações, apoiando os pais e dotando-os de conhecimentos para que estes se sintam úteis nos cuidados prestados à criança. A transmissão de informação oportuna e adequada e a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro adquirem um papel fundamental na promoção da Parentalidade neste contexto.

Já em contexto hospitalar (UCIN e SPM), o trabalho desenvolvido visou dotar os pais de conhecimentos indispensáveis para a prestação de cuidados em parceria e prepará-los para a alta. A parceria entre enfermeiro e família/prestadores de cuidados pressupõe uma constante negociação dos cuidados prestados à criança, fomentando a participação activa dos pais na satisfação das necessidades do seu filho hospitalizado. Em saúde, a negociação pode ser definida como compreensão mútua e coordenação de interesses mútuos, com o objectivo de prestar cuidados ao paciente. (Young et al, 2006). É papel do enfermeiro especialista em ESIP facilitar a participação dos pais, procurando a sua opinião (Young et al, 2006) e incluindo-os na tomada de decisão. Segundo Casey (citada por Mano, 2002), a negociação conduz a um plano de cuidados mutuamente acordado, com um nível de intervenção de acordo com a capacidade e disponibilidade dos intervenientes. Ao longo de todo o estágio adoptei uma postura de negociar os cuidados com os pais, como por exemplo, apesar de ser rotina prestar os cuidados

de higiene no turno da manhã, surgiram ocasiões em que os pais verbalizaram vontade de dar banho ao seu filho à noite, escolha essa que lhes foi facilitada, com o apoio da enfermeira tutora. Contudo, o Enfermeiro Especialista em ESIP não deve presumir que os pais querem prestar todos os cuidados ao seu filho, pelo que deve estar em constante negociação com estes, dando-lhes a escolher até que ponto querem estar envolvidos ou se querem apenas contribuir com os cuidados básicos, como o vestir, o alimentar e o mudar a fralda (Lee, 2004).

Tal como em qualquer outro contexto de Pediatria, na UCIN os cuidados de enfermagem devem focar-se não só no recém-nascido, mas também na sua família (KENNER, 2001:102). Apesar do receio dos pais, estes devem ser incentivados ao máximo a colaborarem nos cuidados prestados ao seu filho, excepto nos casos em que o neonato não deve ser manipulado. No SPM a avaliação das necessidades dos pais da criança hospitalizada, principalmente da criança com doença crónica, foi uma constante. Neste âmbito surgiu a necessidade de realizar um sem número de AES não estruturadas, de acordo com as dúvidas colocadas pelos pais e com as necessidades detectadas pelo enfermeiro. Destas destaca-se o dotar uma mãe de capacidades para prestar cuidados à vesicostomia do seu filho ou o dotar uma mãe dos conhecimentos necessários para alimentar a sua filha por botão gástrico. Na ala de HOP, os pais são incentivados desde o primeiro dia a serem autónomos na satisfação das necessidades da criança, pelo que a prestação de cuidados à criança oncológica foi uma constante negociação com estes. Os repetidos internamentos destas crianças levou a que o trabalho desenvolvido se baseasse na avaliação dos cuidados prestados pelos pais e no reforço de algumas AES. O facto de colaborarem activamente com a equipa de enfermagem torna os pais mais confiantes na prestação de cuidados ao seu filho, diminuindo a sensação de impotência face à doença do seu filho, especialmente no que se refere à criança com doença oncológica.

A comunicação é uma ferramenta base para o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a família (Phaneuf, 2005:15), sendo que a eficiência desta tem a capacidade de reduzir a ansiedade dos pais, assim como aumentar a aceitação da situação de saúde da criança, facilitando a prestação de cuidados à díade (Soares e Leventhal, 2008:238).

O dotar os pais de conhecimentos para a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados à criança levou à **incorporação na prática dos resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização (competência 21)**, adquiridos através da constante pesquisa bibliográfica, da mobilização de conhecimentos adquiridos na experiência profissional e da partilha de experiências com a equipa multidisciplinar nos diversos contextos.

Neste âmbito foram vários os focos de atenção, contudo, destacam-se a promoção do aleitamento materno e da vinculação mãe-filho. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas e o seu sucesso pode ser definido por uma amamentação mais prolongada (Levy e Bértolo, 2008). O Enfermeiro desempenha um papel fundamental no

apoio à mãe na sua decisão de amamentar. Sempre que se mostrou pertinente, foi avaliado o comportamento da mãe durante a mamada, a posição adoptada, a pega da criança ao seio e o comportamento do bebé durante e após a mamada. Essa observação permitiu uma intervenção eficaz e a correcção de alguns erros básicos, a maior parte das vezes relacionados com a posição adoptada e com a pega do bebé ao seio. Em contexto de UCIN, com a intenção de dinamizar o cantinho da amamentação, foi desenvolvido um poster que foca quatro pontos fundamentais para um bom posicionamento e os sinais de boa pega ao seio materno (Anexo IX).

Amamentar “proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o seu bebé.” (Levy e Bértolo, 2008:9), o que é promotor da vinculação mãe-filho. Esta vinculação é instintiva e natural, exprimindo-se “*através de uma variedade de respostas cujo a consequência previsível será de criar ou manter situações de proximidade com a mãe*” (Fuentes e L. dos Santos, 2003:43). Em todos os contextos surgiu a necessidade de intervir neste foco activamente, com o objectivo final de que as mães sentissem confiança na prestação de cuidados ao seu filho, reconhecendo e satisfazendo facilmente as suas necessidades.

Nos diversos contextos, surgiram alguns desafios à promoção da parentalidade. No SUP apenas uma pessoa de referência pode acompanhar a criança. Esta regra do serviço coloca um obstáculo na prestação de cuidados dos pais à criança com doença aguda, assim como leva a que o enfermeiro tenha de repetir mais do que uma vez a informação, para que ambos os pais estejam ao corrente da situação do seu filho. Aquando da pouca afluência ao serviço de urgência, esta dificuldade é facilmente ultrapassada, na medida em que a equipa permite a presença dos dois junto da criança. Contudo, geralmente a afluência ao SUP é grande, o que torna impossível essa tomada de atitude. A solução passaria por melhores recursos físicos, o que é simplesmente uma utopia.

Na UCIN, muitas vezes os pais estão impossibilitados de pegar no seu bebé ao colo, sendo que o seu único contacto com o neonato é o breve toque. Este factor pode ser impeditivo da vinculação mãe-filho e pode causar desconforto aos pais, por sentirem que estão impedidos de exercer activamente o seu Papel Parental. Cabe ao Enfermeiro neste contexto incentivar a presença e a colaboração dos pais, transmitindo-lhes confiança e apontando-lhes os benefícios que isso trará para o recém-nascido em cuidados intensivos.

O constante apoio aos pais no exercício do Papel Parental pode significar estar junto destes nos maus momentos. Mais uma vez destaco o caso do R., internado na ala B, cujo estado de saúde se foi agravando de dia para dia. Mesmo quando a criança não me estava atribuída, procurei reservar alguns momentos para estar junto à sua mãe, deixando-a desabafar a angústia e o sentimento de impotência face ao estado de saúde do bebé. Estabeleceu-se uma relação de confiança/terapêutica, que se mostrou importante aquando da morte do R., na medida em que permitiu o apoio emocional à mãe nesta fase tão difícil da sua vida. Apesar de

este desfecho ter sido antecipado e conversado com a mãe, a morte de um filho é sempre um choque (Laakso e Paunonen-Ilmonen, 2001). A dor que se segue à morte de um filho é caracterizada por um conjunto de respostas emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas (Osterweis, Solomon e Green, 1984; Rando, 1993; Rubin, Malkinson e Witzum, 2000; Stroebe e Shut, 2001; citados por Riley et al, 2007). A intervenção do enfermeiro torna-se fundamental para ajudar os pais a ultrapassar o impacto inicial da morte do seu filho, uma vez que a morte de uma criança pode estar associada a sentimentos positivos, na medida em que pode ser encarada como o fim do sofrimento (Laakso e Paunonen-Ilmonen, 2001). Como futura Enfermeira Especialista, esta situação específica levou a uma ampla reflexão pessoal e introspecção, sendo que considero que actuei devidamente perante esta criança/família, apesar do grande impacto emocional.

### **Conhecer os recursos existentes na comunidade para responder às necessidades da criança/família**

#### Actividades desenvolvidas:

- Identificar os recursos existentes na comunidade;
- Encaminhar para os recursos existentes na comunidade;
- Encorajar a utilização dos recursos existentes na comunidade.

O conhecimento e dinamização dos recursos existentes na comunidade são importantes para a prestação de cuidados de excelência à criança/família. Procurei ter contacto com os recursos da comunidade utilizados nos diferentes contextos de estágio, para melhor **gerir os cuidados prestados à criança/família (competência 26)**, na área de SIP.

As sessões de Massagem Infantil, as aulas de Preparação para o Parto, o programa de Preparação para a Parentalidade e o Programa de Saúde Escolar são recursos existentes na ULSM. Apesar de decorrerem na USF Atlântida, surgiu a oportunidade de colaborar nas sessões de Massagem Infantil, nas aulas de Preparação para o Parto e no programa de Promoção para a Parentalidade, assistindo a várias sessões e realizando uma sessão de educação para a saúde (já mencionada neste documento). Relativamente ao Programa de Saúde Escolar, surgiu a oportunidade de colaborar avaliando o Índice CPO (dentes cariados, perdidos ou obturados) na Escola E.B. 1/JI da Cruz de Pau – Matosinhos, como cumprimento de um dos indicadores estabelecidos pela ULSM. No seguimento desta avaliação, realizou-se uma AES a três turmas do primeiro ano sobre higiene oral. Estas AES já se encontram protocoladas pela enfermeira responsável pelo Programa de Saúde Escolar, sendo que foi necessário inteirar-me acerca dos seus conteúdos para as poder executar. As AES terminaram com uma aula prática combinada previamente, onde se procedeu à avaliação da sessão anterior, através dos conhecimentos demonstrados pelas crianças na escovagem dos dentes.

De ressaltar que nas CSI dos 5-6 anos e dos 11-13 anos se realiza o Exame Global de Saúde (exame físico, avaliação do desenvolvimento estato ponderal e psicomotor, da visão, da audição, dentição, postura, linguagem e estado pubertário aos 11-13 anos), que é enviado para a responsável pelo Programa de Saúde Escolar que posteriormente encaminha a informação que considera pertinente para a escola a frequentar pela criança em causa.

Em contexto hospitalar, a ligação hospital – centro de saúde/USF foi foco da minha atenção. Na UCIN, todos os recém-nascidos com alta são referenciados para a USF onde estão inscritos, sendo que se estabelece contacto directo com a Enfermeira de Família. A informação é também enviada através de uma carta de alta de enfermagem. A realização de uma carta de enfermagem no momento da alta foi uma actividade desenvolvida em todos os contextos, apesar de ter encontrado alguns obstáculos. No SUP esta é uma prática pouco habitual, pelo que só foi realizada na sala de OBS, no momento de alta de crianças com algumas horas de internamento ou que foram transferidas para outras unidades hospitalares. No SPM esta é uma prática comum, o que me permitiu desenvolver conhecimentos nesta área. O facto de no decorrer do Módulo I apenas ter recepcionado cartas de alta médica, proporcionou momentos de reflexão/discussão com a equipa de enfermagem, nos quais foi comum acordo que a nível hospitalar a carta de alta de enfermagem não é um hábito enraizado. Em contexto hospitalar procurei contrariar esta tendência, elaborando cartas de alta de enfermagem sempre que se mostrou pertinente.

A comunidade possui um sem número de recursos de assistência à criança em risco. Na USFH houve a oportunidade de encaminhar uma criança para a Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), o que possibilitou a aquisição de conhecimentos na assistência de enfermagem à criança nesta situação específica. Procurei ainda conhecer outros recursos nesta área, realizando uma visita à Aldeia de Crianças SOS em Gulpilhares.

O encaminhamento para os recursos existentes na comunidade é da responsabilidade da equipa de saúde, na procura da prestação de cuidados de excelência e da rentabilização destes recursos.

### **3.3. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DE CUIDADOS**

A gestão de cuidados implica não só uma gestão dos cuidados de enfermagem prestados à criança/família, mas também a gestão de recursos humanos e materiais. Para gerir cuidados, um Enfermeiro Especialista em ESIP deve ter competências conceptuais, humanas e técnicas específicas. O contacto com contextos de estágio tão distintos na área de SIP permitiu o reconhecimento de aspectos convergentes e divergentes no âmbito da gestão de cuidados.

## **Conhecer a prática de gestão de cuidados**

### Actividades desenvolvidas:

- Identificar os Modelo de Gestão de Recursos Humanos e Materiais;
- Identificar os métodos de trabalho de enfermagem;
- Observar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem;
- Reflectir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em SIP na área da gestão.

Nos contextos onde se desenrolou este estágio de especialização em ESIP, deparei-me com dois modelos de gestão: a unidade local de saúde (ULS) e a entidade pública empresarial.

A USFH encontra-se inserida na ULS de Matosinhos (ULSM), que utiliza meios próprios de uma gestão pública de tipo empresarial, integrando numa única entidade pública os vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde do Município de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de Junho). A gestão de recursos humanos desta USF, assim como das USF Atlântica e Oceanos, é feita pela mesma Enfermeira Chefe. Na USFH a equipa de enfermagem trabalha com o método de Enfermeiro de Família/Referência, sendo que cada enfermeiro se encontra responsável por um determinado número de famílias. No que diz respeito à gestão de recursos materiais, a Enfermeira Chefe delega essa responsabilidade num Enfermeiro Especialista, que semanalmente manda o pedido do material necessário para a central da ULSM (localizada no Hospital de Pedro Hispano).

O HSJ é uma Entidade Pública Empresarial, que apesar de ser uma instituição pública possui uma gestão autónoma de tipo empresarial. A gestão de recursos humanos e materiais encontra-se a cargo dos Enfermeiros Chefes, contudo, na sua maioria, estes delegam parte da gestão dos recursos materiais em Enfermeiros Especialistas, que se encontram também responsáveis por zelar pela segurança da criança/família, o que pressupõe um conjunto de medidas, tais como: integração e fixação dos profissionais de enfermagem, melhoria do desempenho, implementação de medidas de segurança ambiental e gestão do risco (Ordem dos Enfermeiros, 2006:6-7). Pude observar estas medidas nos diversos contextos de assistência à criança/família, o que foi uma mais-valia para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de cuidados de enfermagem.

Nos diversos contextos dentro desta unidade hospitalar, deparei-me com métodos de trabalho distintos, tal como o trabalho em equipa (ala de HOP e SUP), o trabalho à tarefa (SUP) e o método individual de trabalho (ala B). O contacto com diversos métodos de trabalho, permitiu conhecer diferentes perspectivas e desenvolver a competência de **liderar equipas na prestação de cuidados à criança/família (competência 18)**, sendo que houve sempre o cuidado de adequar os métodos de trabalho à situação em causa. Os conhecimentos adquiridos neste âmbito foram colocados em prática na actividade profissional, tendo-se

mostrado proveitosos no contexto de internamento de cirurgia, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Relativamente à gestão de recursos humanos, surgiu a oportunidade de observar os Enfermeiros Chefe na realização dos horários e planos de trabalho nos diversos contextos. O SPM foi também um exemplo na gestão de recursos humanos, pois a necessidade de mobilizar os elementos da equipa de enfermagem entre as diversas alas requer uma boa gestão de recursos por parte da Enfermeira Chefe. A observação desta gestão permitiu o desenvolvimento da competência de **tomar decisões e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de SIP (competência 19)**, o que foi uma mais-valia, na medida em que a gestão estratégica de recursos humanos nos cuidados de saúde são de suma importância para a prestação de cuidados de excelência (Tzeng e Yin, 2009:19).

No SUP surgiu a oportunidade de observar/participar na integração de novos elementos na equipa de enfermagem. Este é um processo que não se encontra protocolado, o que dificultou esta actividade. No entanto, a **integração de novos profissionais (competência 29)** é uma competência já adquirida no exercício profissional, tendo já colaborado na integração de seis novos elementos na equipa de enfermagem. A integração de novos elementos leva também ao desenvolvimento da competência de **exercer supervisão do exercício profissional (competência 23)**, na medida em que a supervisão pressupõe um processo em que um elemento mais experiente orienta o desenvolvimento pessoal e profissional de um elemento mais inexperiente (Alarcão e Tavares, 2003).

No que diz respeito à gestão de recursos materiais, deparei-me com métodos distintos e tive a oportunidade de colaborar em todos os contextos de estágio. De salientar o método de gestão de medicação implementado no HSJ, que gere informaticamente este recurso. A prescrição médica deve ser feita por via informática para que os serviços farmacêuticos possam confirmar se o sistema de distribuição automatizada (Pyxis<sup>®</sup>) possui essa medicação. Caso isso não aconteça, esta é enviada em unidose para o doente em questão. Para retirar qualquer medicação do Pyxis<sup>®</sup> é necessário estar autorizado, o que não aconteceu nos locais de estágio. Contudo, este método é familiar no exercício profissional, pelo que não constituiu um problema. Este sistema de distribuição tem como vantagem eliminar os pedidos efectuados em papel, que por vezes se tornavam muito morosos, para além de permitir controlar informaticamente os prazos de validade da medicação disponível, através de alertas automáticos. Contudo, o Pyxis<sup>®</sup> tem também algumas desvantagens, tais como o facto de se a prescrição terapêutica não for feita a nível informático só se pode retirá-la do sistema através de um pedido de “substituição de medicação”, o qual tem que ser justificado, sendo este um processo muito demorado. Para além disso, para que a saída de fármacos do sistema esteja sempre em conformidade com o que se encontra prescrito, é necessário dar saída de toda a medicação a ser administrada num determinado horário. Como as doses administradas em pediatria por vezes são muito pequenas, é possível preparar a dose a ser administrada a mais

do que uma criança apenas com um frasco do fármaco. Assim sendo, se se der saída de um frasco por criança, ou se prepara vários frascos e se rejeita o excesso, o que dá lugar a mais gastos e a desperdício; ou se forma um stock extra, o que é pouco viável devido à falta de espaço. Estes são apenas alguns dos problemas ainda a solucionar relativamente às funções do sistema de distribuição automatizada de medicação, que se tem mostrado uma mais-valia na gestão de recursos materiais no HSJ e na gestão de risco, visto que contribui para a diminuição do erro relacionado com a administração de terapêutica.

**Zelar pelos cuidados prestados à criança/família (competência 24)**, requer uma gestão baseada num conhecimento complexo, exigindo do Enfermeiro Especialista em ESIP uma capacidade de intervenção eficaz na melhoria dos cuidados, na preservação da segurança do doente e numa rentabilização dos recursos humanos e materiais disponíveis. É fundamental o Enfermeiro Especialista estar atento aos cuidados prestados, devendo ter em conta o relatado nas passagens de turno de forma a certificar a qualidade dos cuidados, assim como a sua equidade, eficiência e eficácia, neste contexto tão específico de assistência à criança/família. Na gestão dos cuidados de enfermagem, é exigido ao enfermeiro a utilização de competências na área da gestão relacionadas com o saber (conhecimentos), o saber fazer (habilidades) e o saber-ser-agir (atitudes) (Feldman, Ruthes e Cunha, 2008). Como se tem vindo a referir ao longo deste documento, houve um grande empenho ao longo de todo o estágio no sentido de zelar pelos cuidados prestados à criança/família nos diferentes contextos de assistência à díade, tendo em conta as suas necessidades e buscando sempre a prestação de cuidados de qualidade. Ao longo de todo o estágio, pude verificar que a garantia da qualidade dos cuidados prestados à criança/família era uma preocupação de toda a equipa de enfermagem, nos vários contextos.

### **3.4. COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

O domínio das competências relacionadas com o desenvolvimento profissional encontra-se relacionado com o processo contínuo de aprendizagens e desenvolvimento de competências, cujo objectivo se centra no crescimento pessoal e profissional, seja este individual ou colectivo. Deste fazem parte a investigação em enfermagem e a formação contínua do profissional de enfermagem.

### 3.4.1. Domínio da Investigação

A investigação em Enfermagem assume um papel dominante na sua consolidação como ciência, disciplina e profissão, procurando aumentar o seu corpo de conhecimentos.

#### **Promover a investigação em enfermagem**

##### Actividades desenvolvidas:

- Identificar problemáticas/inquietações passíveis de serem investigadas.

Nos diversos contextos, surgiram várias problemáticas/inquietações passíveis de investigação, contudo, a não realização de tais estudos prendeu-se maioritariamente com o limite de tempo deste estágio.

No entanto, foi permitido o contacto com estudos já em curso nos diferentes contextos. Pode ser dado como exemplo a implementação do NIDCAP<sup>®</sup>, já referido anteriormente neste documento, e o estudo de Estimulação Auditiva Individualizada nos Recém-nascidos Prematuros (Anexo X), que são projectos muito actuais e que se encontram em desenvolvimento na UCIN do HSJ, tendo surgido a oportunidade de **participar na investigação em curso (competência 22)**, aquando da prestação de cuidados aos neonatos envolvidos nos referidos estudos.

A partilha de experiências nos diversos contextos serviu para fomentar a **promoção da investigação em serviço (competência 22)**, na medida em que a troca de ideias e experiências deu origem a algumas sugestões passíveis de serem investigadas pelos elementos da equipa multiprofissional dos diferentes serviços.

A investigação é um meio de demonstrar o campo de acção e o conhecimento de Enfermagem como profissão, tendo como base conhecimentos teóricos sobre os quais se apoia a prática, consequentemente auxiliando o desenvolvimento dos saberes próprios desta profissão (Fortin, 2000), pelo que constitui uma obrigação do Enfermeiro Especialista. O conhecimento produzido através da investigação deve ser integrado na prática, promovendo uma prática baseada na evidência, que é a base para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Makic et al, 2011).

#### **Incorporar os resultados da investigação na prática**

##### Actividades desenvolvidas:

- Efectuar pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Partilhar os resultados da pesquisa bibliográfica com a equipa multidisciplinar;
- Implementar os resultados da pesquisa bibliográfica na prestação de cuidados.

O conhecimento resultante da investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência e melhorar os cuidados prestados. Torna-se por isso fundamental que o futuro Enfermeiro Especialista em ESIP desenvolva a capacidade de utilizar os resultados da investigação na sua prática, avaliando a relevância desses resultados (Bastos e Carvalho, 2003), **demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (competência 20)**.

A necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica foi surgindo ao longo do estágio, tendo recorrido a bases de dados científicas, como a EBSCO®, CINHALL®, Medline® e Scielo®. Foram consultados vários artigos de investigação e de reflexão na área de especialização em ESIP, assim como livros disponíveis na biblioteca da UCP – Porto. O resultado destas pesquisas, sempre que pertinente, foi alvo de partilha com os tutores e restante equipa multidisciplinar nos diferentes contextos, com o objectivo de **comunicar os resultados da prática e da investigação aplicada ao grupo de pares (competência 6)**. Considero que esta partilha contribuiu para o desenvolvimento profissional dos vários intervenientes, numa constante promoção de mudança de comportamentos para uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Essa prática baseada na evidência foi desenvolvida ao longo de todo o estágio, incorporando nos cuidados prestados à criança/família os resultados da investigação realizada, procurando prestar cuidados de excelência na área de SIP. Exemplos desse notório recurso à evidência científica foram o poster desenvolvido para dinamizar o cantinho da amamentação na UCIN, intitulado “Como colocar o seu bebé a mamar?”, e o protocolo que teve origem na formação ao grupo de pares realizada no SPM.

### **3.4.2. Domínio da Formação**

A formação é um processo contínuo de problematização de práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, com vista à transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho (Abreu, 1997). No domínio da formação podemos incluir a área da auto-formação e a formação de pares.

#### **Investir na auto-formação**

##### Actividades desenvolvidas:

- Efectuar pesquisa bibliográfica;
- Assistir a acções de formação.

No decorrer do estágio, muitas horas de estudo individual foram investidas na pesquisa bibliográfica segundo as necessidades que foram surgindo na prestação de cuidados, assim

como de acordo com áreas de interesse, como são os cuidados de enfermagem à criança com queimadura, tema que faz parte da realidade da Cirurgia Pediátrica do HSJ.

Surgiu também a oportunidade de assistir a algumas acções de formação. No dia 22 de Abril de 2010 assisti a uma formação com o tema “Bulling nas Escolas de Matosinhos”, ministrada pela Polícia Municipal de Matosinhos, no CAJ da mesma localidade. Foi uma chamada de atenção para esta realidade, sobre a qual deve recair a atenção do Enfermeiro Especialista em ESIP, na medida em que pode surgir no contexto de prestação de cuidados de enfermagem, levando à necessidade de intervenção do enfermeiro.

No ano de 2010 foram várias as sessões de formação que assisti sobre aleitamento materno, no âmbito do projecto “Hospital de São João Amigo do Bebê”, sessões essas que se mostraram importantes para a promoção do aleitamento materno, que é um foco de enfermagem de extrema importância no contexto de assistência à criança/família. O profissional de enfermagem pode e deve intervir na aquisição de competências específicas para o exercício do Papel Parental, sendo que a prática de uma Enfermagem Avançada aponta para a actuação do enfermeiro utilizando um conhecimento centrado nas respostas humanas às transições vividas pela criança/família, conhecimento esse produzido através da investigação e da teoria de enfermagem (Silva, 2007). Desenvolvendo a competência de **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada (competência 7)**, todas as acções levadas a cabo nos diversos contextos tiveram como intenção principal dotar os pais de conhecimentos que lhes permitissem exercer o seu Papel Parental, apoiando-os continuamente nesta sua missão em várias fases do ciclo vital.

O conhecimento não é estanque e a profissão de Enfermagem encontra-se em constante desenvolvimento, pelo que é prática comum a procura de **manter de forma contínua e autónoma o processo de desenvolvimento pessoal e profissional (competência 4)**. É imperativo que o Enfermeiro Especialista invista na sua formação contínua, adquirindo novas competências na sua área de especialidade e actualizando os seus conhecimentos. São vários os planos neste âmbito, contudo, posso destacar o meu envolvimento no grupo da Associação Portuguesa de Feridas dedicado ao tratamento de feridas em pediatria, que se encontra apenas a dar os primeiros passos, mas que pode dar grandes frutos no futuro. Em virtude da experiência profissional no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSJ, o meu interesse encontra-se mais relacionado com o tratamento de queimaduras em pediatria, sendo esta uma área na qual pretendo investir em breve.

### **Identificar necessidades formativas na área de SIP e desenvolver formação do grupo de pares**

#### Actividades desenvolvidas:

- Detectar necessidades formativas na equipa de enfermagem;
- Realizar formação ao grupo de pares;
- Partilhar experiência profissional no tratamento de feridas em pediatria.

A colaboração com a equipa de enfermagem nos diversos contextos permitiu **identificar necessidades formativas na área de SIP (competência 27)**. Contudo, nem sempre a sugestão da realização de uma acção de formação ao grupo de pares foi aceite, pelo que apenas foi realizada uma. Tal não impediu o **formular e analisar de questões de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica (competência 3)**, sendo que a partilha de experiências ajudou a colmatar esta dificuldade na realização de acções de formação estruturadas.

Exemplo de uma necessidade formativa detectada, é o caso de na USFH se mostrar pertinente a realização de uma formação ao grupo de pares sobre o tratamento de queimaduras em pediatria, pois esta também é uma realidade dos cuidados à comunidade. Apesar de os casos mais graves serem encaminhados para o HSJ, na referida USF deparei-me com um caso de uma criança com queimadura superficial, já na fase final do tratamento. Em virtude dos conhecimentos adquiridos na prática profissional, sugeri a abordagem deste tema com a equipa de enfermagem, mas pelo limite de tempo tal não foi possível. No seguimento desta temática, considero que também seria importante sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a necessidade de investir mais na prevenção de acidentes na infância relacionados com as queimaduras, na medida em que a actuação do Enfermeiro Especialista em SIP na comunidade poderia tornar-se uma mais-valia na prevenção destes acidentes que podem deixar marcas para toda a vida.

No SPM, após a realização do tratamento à ferida a uma criança internada com o diagnóstico de Choque Séptico Meningocócico, que estava a ser seguida pela equipa de Cirurgia Pediátrica, as enfermeiras da ala B colocaram questões acerca do procedimento (protocolo do serviço onde exerce funções), permitindo detectar uma não uniformidade no tratamento da ferida, bem como uma utilização inadequada de alguns produtos, sendo premente a realização de uma acção de formação ao grupo de pares; com o aval da Enfermeira Chefe e da Enfermeira tutora, foi então realizada uma formação com o tema “Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas” (Anexo XI), que teve lugar no dia 28 de Janeiro de 2011, **promovendo assim a formação em serviço (competência 28)**. Foi feito um convite a toda a equipa e na tarde do dia 27 e manhã do dia 28 de Janeiro foi pedido aos presentes que preenchessem um questionário para avaliação dos conhecimentos da equipa relativamente ao procedimento abordado. A sessão de formação mostrou-se um momento rico na partilha de experiências e

esclarecimento de dúvidas (Anexo XII), tendo sido capaz de **promover o desenvolvimento pessoal e profissional do grupo de pares (competência 25)** da ala B do SPM, assim como foi um momento propício para desenvolver a capacidade de **comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico (competência 2)** aos elementos da equipa de enfermagem. Esta acção de formação foi mais do que uma exposição do tema abordado, na medida em que o procedimento foi explicado através de uma demonstração prática. Este facto deu origem ao esclarecimento de dúvidas acerca da manipulação do material necessário, nomeadamente do Nanocristalino de Prata. Esta acção de formação originou um protocolo de actuação neste serviço, tendo como base o protocolo em uso no serviço onde exerço funções.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um estágio deve ser um lugar de produção de saberes, no qual a aprendizagem contextualizada dá ao aluno a possibilidade de utilizar os seus conhecimentos, aprender a adequar os procedimentos a cada situação, observar a acção dos outros e reflectir na sua prática, assim como na prática dos outros (Bento,2001).

O estágio de especialização em ESIP proporcionou várias experiências que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional. Adoptando uma postura reflexiva, criou-se uma base para a aquisição de conhecimentos e para o desenvolvimento de competências na assistência à criança/família em diferentes contextos.

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem é reconhecida “...*competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:6). Apesar da experiência profissional na área da Pediatria, os diferentes contextos de estágio permitiram o contacto com realidades assistenciais muito distintas da realidade onde exerce funções. Cada experiência vivenciada, o apoio dos enfermeiros tutores e a relação com as crianças/famílias permitiram a aquisição de novas competências e consolidar de competências como o “abordar de questões complexas de modo sistemático e criativo” (competência 10) ou o “demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas” (competência 13), que são competências deveras importantes para o desenvolvimento profissional, que já mostram frutos no exercício de funções no Serviço de Cirurgia Pediátrica.

O tempo dedicado à pesquisa bibliográfica e posterior aplicação desta na prática profissional (competência 21) levaram não só à actualização de conhecimentos, mas também ao exercício de uma prática de Enfermagem Avançada, baseada na evidência científica. Esta é base de actuação de um Enfermeiro Especialista, que procura a excelência dos cuidados. Para tal, é imprescindível que o enfermeiro mantenha um processo contínuo de auto-desenvolvimento (competência 4), ao mesmo tempo que promove a formação (competência 28) e a investigação em serviço (competência 22).

Das vinte e nove competências estabelecidas pelo corpo docente da UCP para obter o Grau de Mestre, algumas foram já adquiridas no contexto do exercício profissional. No desenrolar da actividade profissional sou por vezes responsável de turno, o que permitiu desenvolver competências no âmbito da liderança de equipa (competência 18), da supervisão do exercício profissional (competência 23) e na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à

criança/família (competência 24). No decorrer deste estágio, o contacto com outras realidades permitiu o desenvolvimento destas competências, assim como a aplicação dos novos conhecimentos ao contexto de trabalho.

A integração de novos elementos (competência 29) também faz parte da realidade profissional, tendo já colaborado na integração de seis enfermeiros. Contudo, a dificuldade sentida em contexto de estágio pela inexistência de um guia de integração do profissional na equipa de enfermagem, fez surgir a intenção de desenvolver um instrumento que facilite a integração dos novos elementos no serviço onde exerço funções.

O trabalho desenvolvido neste estágio procurou o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada na área de SIP, visando a aquisição de competências na tomada de decisão e uma maior competência para o desempenho centrado numa lógica conceptual e concretizado pela relação interpessoal, tendo como base teorias de enfermagem que têm como core o diagnóstico e a assistência face às respostas humanas às transições vividas. (Silva, 2007). Procurei adoptar uma metodologia de trabalho eficaz, tendo em conta o contexto de estágio, sempre com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Considero que ao longo deste documento fui capaz de expressar a importância que atribuo à formação, como impulsionador do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Os objectivos delineados para este relatório foram atingidos na globalidade, assim como os objectivos pessoais estabelecidos para este estágio de especialização na área de ESIP, tendo desenvolvido competências fundamentais para o exercício profissional como Enfermeira Especialista em ESIP.

Ao longo de todo este percurso foram muitos os desafios que foram surgindo, mas com empenho pessoal, o apoio dos enfermeiros tutores, pesquisa bibliográfica e com a mobilização de conhecimentos provenientes da experiência profissional, considero que fui capaz de ultrapassar todos os obstáculos. A componente emocional de alguns contextos de estágio, como o stress vivido num SUP ou a angústia perante a situação clínica de uma criança com doença oncológica, foi a maior barreira que tive que ultrapassar, tendo proporcionado muitos momentos de reflexão e introspecção, que contribuíram para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem nos referidos contextos.

Mais uma vez se ressalva que, apesar de terminada esta fase do percurso académico, o conhecimento não é estanque e o investimento na formação pessoal e profissional é imperativo para o exercício da profissão de Enfermagem nesta área tão específica como é a assistência à criança/família.

## **5. BIBLIOGRAFIA**

ABREU, Wilson C. (1997). **Dinâmica da Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar**. Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003). **Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. Coimbra: Livraria Almedina.

ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

AMORIM, Vera; FERRO, Fabrícia (2007). **As Emoções Emergentes na Hospitalização Infantil**. Revista Eletrônica de Psicologia. Ano I, nº 1, Julho.

BARROS, Luísa (1998). **As Consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo**. Análise Psicológica. 1 (XVI).

BARROS, Luísa (2003). **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

BASTOS, Maria Lima; CARVALHO, Zuila Maria F. (2003). **A Produção do Conhecimento em Enfermagem: O Que Escrevem os Enfermeiros Portugueses?** Revista Pensar Enfermagem. vol. 17, n.º 2. Lisboa.

BATALHA, Luís (2010). **Dor em Pediatria: Compreender Para Mudar**. Lisboa: Lidel.

BENTO, Maria Conceição (2001). **Formação em Enfermagem**. Revista Sinais Vitais, nº 35.

CALVETTI, Prisca; e tal (2008). **Psicologia da Saúde e Criança Hospitalizada**. PSIC – Revista de Psicologia, volume 9, nº 2, Jul/Dez.

COELHO, Linéa P.; RODRIGUES, Benedita (2009). **O Cuidar da Criança na Perspectiva Bioética**. Revista Enfermagem UERI. 17 (2). Abr/Jun. Rio de Janeiro.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. 5ª Tiragem. Lidel.

CRUZ, Sandra (2008). **A Supervisão Clínica em Enfermagem Como Estratégia de Qualidade no Contexto da Enfermagem Avançada**. Revista Servir, volume 56, n.º 15, Novembro-Dezembro.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt), consultado em 08 de Fevereiro de 2011).

Decreto –Lei n.º 207/99 de 9 de Junho (disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt), consultado em 20 de Fevereiro de 2011).

Decreto –Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro (disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt), consultado em 20 de Fevereiro de 2011).

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006). **Programa Nacional de Vacinação: Orientações Técnicas**. n.º10. Lisboa.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar**. Lisboa.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (2004). **Emergency Nursing Pediatric Course: Provider Manual**.

ENUMO, Sônia; MOTTA, Alessandra (2002). **Brincar no Hospital: Câncer Infantil e Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização**. Psicologia, Saúde & Doenças, 3(1).

FARRELL, M.; et al (2001). **“Breaking Bad News” Within a Paediatric Setting: an Evaluation Report of a Collaborative Education Workshop to Support Health Professionals**. Journal of Advanced Nursing. 36 (6).

FELDMAN, Liliane B.; RUTHES, Rosa M.; CUNHA, Isabel (2008). **Criatividade e Inovação: Competências na Gestão de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, 61 (2), Março-Abril.

FORTIN, M.F. (2000). **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

FUERTES, M.; LOPES DOS SANTOS, P. (2003). **Interacção Mãe-Filho e a Qualidade da Vinculação em Crianças Com Alterações Neuromotoras**. Revista Psicologia, 17 (1).

HOCKENBERRY, Marilyn J. (2006). **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Versão 1.0**. Tradução: Ordem dos Enfermeiros. (Versão Electrónica disponível na Área Reservada em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt), download efectuado a 07.12.2010).

JACOB, E.; PUNTILLO, KA (1999). **A Survey on Nursing Practice in the Assessment and Management of Pain in Children**. Paediatric Nursing, volume 25, n.º 3, Maio.

KENNER, Carole (2001). **Enfermagem Neonatal**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

LAAKSO, Hilka; PHANONEN-ILMONEN, Marita (2001). **Mother's Grief Following the Death of a Child**. Journal of Advanced Nursing, 36 (1).

LAWES, Dr. C.; et al (2008). **Impact of an Education Programme for Staff Working With Children Undergoing Painful Procedures**. Paediatric Nursing, volume 20, n.º 2, Março.

LEE, P. (2004). **Family Involvement: Are We Asking Too Much?**. Paediatric Nursing 16,10.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (2008). **Manual d Aleitamento Materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

MACCAGNO, Lisa (2009). **Pain Control in Children: Are Nurses Doing Enough?**. Nova Zelândia: Kai Tiaki Nursing, volume 15, n.º 6, Julho.

MADUREIRA, I. et al (2007). **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner**. Revista Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. n.º 71.

MAGÃO, Maria Teresa; LEAL, Isabel P. (2001). **A Esperança nos Pais de Crianças com Cancro: Uma Análise Fenomenológica Interpretativa da Relação com Profissionais de Saúde**. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (1).

MAKIC, Mary Beth F.; VONRUEDEN, Kathryn T.; RAUEN, Carol A.; CHADWICK, Jessica (2011). **Evidence-Based Practice Habits: Putting More Sacred Cows Out to Pasture**. Critical Care Nurse, volume 31, n.º 2, Abril.

MANO, Mª João (2002). **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais**. Referência, nº 8, Maio.

MARQUES, Paulo; e tal (2006). **Rumo ao Conhecimento em Enfermagem**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do São João.

MARSHALL, Marie; et al (2002). **Adaptation and Negotiation as an Approach to Care in Paediatric Diabetes Specialist Nursing Practice: A Critical Review**. Journal of Clinical Nursing, 11.

NIDCAP<sup>®</sup> FEDERATION INTERNATIONAL (2008). **The Vision, Purpose, Mission and Activities of the NIDCAP<sup>®</sup> Federation International**. (in <http://www.nidcap.org> consultado a 01 de Dezembro de 2010).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). **Tomada de Decisão Sobre Segurança do Cliente**. Lisboa. (aprovado a 08 de Junho de 2006 e disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadasPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadasPosicao_2Maio2006.pdf)).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE. Série I, n.º 1. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa.

PHANEUF, Margot (2005). **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência.

PINTO, Júlia et al (2010). **Cuidado Centrado na Família e sua Aplicação na Enfermagem Pediátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem. vol. 63, n.º 1. Jan/Feb. Brasília.

RAMOS, Madalena (2004). **NIDCAP<sup>®</sup>: Uma Realidade Possível...** Revista Sinais Vitais, n.º 54, Maio.

RILEY, Linda P.; et al (2007). **Parental Grief Responses and Personal Growth Following the Death of a Child**. Death Studies, 31. Routledge, Taylor & Francis Group.

SILVA, Abel Paiva (2007). **Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina**. Revista Servir, n.º 55.

SOARES, Maria de Fátima; LEVENTHAL, Lucila C. (2008). **A Relação entre a Equipa de Enfermagem e o Acompanhante da Criança Hospitalizada: Facilidades e Dificuldades**. Cienc Cuid Saúde. 7 (3). Jul/Set.

TAMEZ, Raquel N.; SILVA, Maria Jones P. (2009). **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

TZENG, Huey-Ming; YIN, Chang-Yi (2009). **Historical Trends in Human Resource Issues of Hospital Nursing in the Past Generation**. Nursing Economics, volume 27, n.º 1, Janeiro-Fevereiro.

VASCO, Fernando; LEVY, Maria de Lourdes; CEPÊDA, Teresa (2009). **Anotações Carta da Criança Hospitalizada**. Instituto de Apoio à Criança. (disponível em [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf), consultado a 20 de Fevereiro de 2011).

VIEIRA, Margarida (2007). **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

YOUNG, Jeanine; et al (2006). **Negotiation of Care for a Hospitalized Child: Nursing Perspectives**. Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing, volume 9, n.º 3, Novembro.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Competências Propostas Pela UCP Para Atingir o Grau de Mestre**



## **COMPETÊNCIAS PROPOSTAS PELA UCP PARA ATINGIR O GRAU DE MESTRE**

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

## **ANEXO II**

### **Registo de Consultas de Saúde Infantil**



### Consultas de Saúde Infantil Efectuadas

	1º	1M	2º3M	4M	6M	9M	12M	15M	18M	24M	3A	4A	5/6A	8A	11/13A	15A	18A	Outras
19-Abr																		
22-Abr																		
26-Abr						1									1			
27-Abr							1											1
28-Abr						1				2		1		1				
03-Mai																		
04-Mai																		2
05-Mai					1	1		2							1			
06-Mai	1																	
10-Mai																		
11-Mai													1	1	2			
12-Mai																		
14-Mai																		
17-Mai			2					1										
18-Mai																		
21-Mai																		2
24-Mai																		
26-Mai								1	1				2	2				
27-Mai																		
28-Mai																		
31-Mai																		
01-Jun																		
02-Jun																		
09-Jun															3			1
16-Jun						1	1	1		1					1			
<b>Total:</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>			<b>5</b>



**ANEXO III**  
**Registo de Crianças Vacinadas**



### Crianças Vacinadas

	0 M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	15M	18M	5-6A	10-13A	10/10A	HPV
19-Abr													
22-Abr													
26-Abr			1										
27-Abr								1					
28-Abr						1		1					
03-Mai													
04-Mai													
05-Mai						1		1			1		
06-Mai													
10-Mai							1						
11-Mai		1											
12-Mai													
14-Mai										2			
17-Mai		1						1					
18-Mai													6
21-Mai													1
24-Mai													
26-Mai								1					
27-Mai													
28-Mai													
31-Mai													
01-Jun													
02-Jun													
09-Jun				1							2		
16-Jun			1					1					
<b>Total:</b>		2	1			2	1	5		2	1		7



## **ANEXO IV**

### **Registo de Crianças Atendidas na Sala de Triagem**







**ANEXO V**

**Crianças Assistidas na Ala B do Serviço de Pediatria Médica**



## REGISTO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NA ALA B

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** IMC

**Data de Nascimento:** 07.05.2010 (5M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica - Ala B

**Motivo de Internamento:** Descompensação de Patologia Cardíaca

**Antecedentes Pessoais:** Pré-termo de 29 semanas; Cardiopatia Congénita de Diagnóstico Pré-natal (CIVPM Subaórtica Grande e Estenose da Válvula Pulmonar Moderada); Dificuldade Respiratória com necessidade de CPAP; ao 45º dia de vida, descompensação cardíaca em contexto de sépsis; Anemia com necessidade de várias transfusões de GR.

### Intervenções Resultantes de Prescrição Médica (IRPM)

- Catéter Venoso Central (Soro Composto a 12 ml/h)
- CPAP contínuo
- Sonda Oro-gástrica
- Pausa alimentar
- Vigilância de Sinais Vitais de 3/3h

### Focos de Enfermagem

- Respiração → Limpeza das Vias Aéreas
- Circulação → Hipertensão
- Temperatura corporal → Febre
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Sensação → Dor
- Desenvolvimento Infantil (Comprometido)
- Aprendizagem de Capacidades (Comprometida)

### Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)

- Emoções → Ansiedade
- Sentimentos de impotência

---

Joana dos Santos Coelho

- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação (mãe ausente na maioria dos turnos)
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação
- Conhecimento do prestador de cuidados acerca da limpeza das vias aéreas
- Conhecimento do prestador de cuidados acerca da utilização e manutenção do CPAP
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de dificuldade respiratória

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** APOL

**Data de Nascimento:** 03.06.2010 (6M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Tosse Irritativa Cianosante

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico (SOS)
- Vigilância de Saturações de Oxigénio
- Aguarda pHmetria e Raio-x

### **Focos de Enfermagem**

- Respiração → Limpeza das Vias Aéreas
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Processo patológico → Infecção → Candidíase peri-bocal
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** RAMP

**Data de Nascimento:** 18.02.2010 (10M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Diarreia Crónica

**Antecedentes Pessoais:** Gravidez vigiada; suspeita de doença auto-imune

#### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Sonda Nasogástrica
- Vigilância de Tensão Arterial 1x turno

#### **Focos de Enfermagem**

- Circulação → Hipotensão
- Temperatura Corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional (alimentação por sonda naso-gástrica)
- Digestão → Vômito
- Eliminação → Diarreia
- Desenvolvimento Infantil (Comprometido)
- Aprendizagem de Capacidades (Comprometida)
- Morte

#### **Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade
  - Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação
- Conhecimento do prestador de cuidados acerca do cuidado alimentar o bebé demonstrado
- Luto Familiar

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** MGBC

**Data de Nascimento:** 09.12.2010 (3 dias)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Icterícia Neonatal

**Antecedentes Pessoais:** Gravidez de termo vigiada; Ecografias gestacionais sem alterações; sem antecedentes pessoais relevantes.

#### IRPM

- Fototerapia Contínua

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Ferida → Cicatriz Umbilical (Coto umbilical)
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados (mãe) acerca da Técnica do Banho
- Conhecimento do Prestador de Cuidados acerca dos Cuidados ao Coto Umbilical

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** ATG

**Data de Nascimento:** 09.12.2010 (3 dias)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Icterícia Neonatal

**Antecedentes Pessoais:** Gravidez de termo vigiada; Craneossinestose

#### IRPM

- Fototerapia Contínua

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno

- Ferida → Cicatriz Umbilical (Coto Umbilical)
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados (mãe) acerca da Técnica do Banho
- Conhecimento do Prestador de Cuidados acerca dos Cuidados ao Coto Umbilical

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** MPIM

**Data de Nascimento:** 29.11.2010 (13 dias)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Adenofleimão Cervical

**Antecedentes Pessoais:** Gravidez de termo vigiada; Ecografias gestacionais sem alterações; pele atópica.

#### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

#### **Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Temperatura Corporal → Febre
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados (mãe) acerca da Técnica do Banho
- Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Pega do Bebê à Mama

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** EMO

**Data de Nascimento:** 29.10.2010 (1M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Pós-operatório de Correção Cirúrgica de Catarata à

esquerda

**Antecedentes Pessoais:** Cataratas Congénitas

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Temperatura Corporal → Febre
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** NRCC

**Data de Nascimento:** 16.01.2006 (4A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Suspeita de Engasgamento

**Antecedentes Pessoais:** Espasmos de Choro (?)

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Temperatura Corporal → Febre
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** Filha de CJSR

**Data de Nascimento:** 10.12.2010 (10d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Risco de Infecção

**Antecedentes Pessoais:** Gravidez vigiada sem intercorrências; Risco de Infecção por febre materna peri-parto

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Ferida → Cicatriz Umbilical
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** BSTP

**Data de Nascimento:** 19.10.2007 (3A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Febre em Doente Imunodependente; H1N1

**Antecedentes Pessoais:** Malformação Cerebral Grave; Epilepsia Sintomática Polimedicada; Rbdomiossarcoma Parameningeo Embrionário da Nasofaringe.

#### IRPM

- Catéter Venoso Central 2 Vias
- Vigilância de Sat. O2
- Botão Gástrico

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentação por Botão Gástrico)
- Sensação → Dor
  - Náusea
- Emoções → Angústia da Separação
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** IDPL

**Data de Nascimento:** 14.09.2010 (3M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Infecção do Tracto Urinário

**Antecedentes Pessoais:** Prematuridade (34 semanas e 6 dias)

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentação com Leite Adaptado Pré-termo)
- Temperatura Corporal → Febre
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** CRG

**Data de Nascimento:** 03.08.2010 (5M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda com Hipoxémia; Recusa alimentar.

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes.

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Aspiração de Secreções em SOS

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentar-se com biberão comprometido)
- Temperatura Corporal → Febre
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido
  - Limpeza das Vias Aéreas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** NEDRM

**Data de Nascimento:** 06.08.2010 (5M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda com Hipoxémia; VSR positivo

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes.

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- O2 a 1 L/min
- Aspiração de Secreções em SOS

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentar-se com biberão comprometido)
- Temperatura Corporal → Febre
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido
  - Limpeza das Vias Aéreas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** ARHI

**Data de Nascimento:** 03.10.2010 (3M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Infecção do Tracto Urinário

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico

#### Focos de Enfermagem

- Temperatura Corporal → Febre
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Avó Presente no Turno

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** ASVG

**Data de Nascimento:** 02.12.2010 (1M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda; VSR positivo

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico
- O<sub>2</sub> a 0,5 L/min
- Aspiração de Secreções em SOS

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentar-se com biberão comprometido)
- Temperatura Corporal → Febre
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido

→ Limpeza das Vias Aéreas

- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

#### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** LNM

**Data de Nascimento:** 03.01.2011 (9d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Risco de Infecção

**Antecedentes Pessoais:** Febre Materna Peri-parto; Internamento de 5 dias na Neonatologia; Malformação Congénita do Membro Inferior Esquerdo (Hipoplasia)

#### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Peso Dias Ímpares

#### **Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Alimentação ao Seio Materno
- Ferida → Cicatriz Umbilical
  - Ferida da Pele na Perna Esquerda
- Processo Vascular → Hematoma na Mão Esquerda
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Conhecimento da Mãe Acerca dos Cuidados ao Coto Umbilical

#### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** JNGM

**Data de Nascimento:** 12.07.2010 (6M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Insuficiência Respiratória; Hidrocefalia

**Antecedentes Pessoais:** Suspeita de Displasia Campomélica; Laringotraqueomalácia; Fenda do Palato Posterior e Secundário; Quisto do Ovário Esquerdo; Deformidades Ósseas (Pé Boto bilateral, Displasia da Anca Direita, Deformidade dos Ossos dos Membros Inferiores, Alterações das Vértabras Cervicais); Hidrocefalia; Dilatação Piélica e Bacinete Extra-sinusal.

### **IRPM**

- Catéter Epicutâneo (Soro Heminormal a 8 ml/h)
- BIPAP Intermitente
- Botão Gástrico
- Vigilância de Sinais Vitais de 3/3h
- Balanço Hídrico
- Cinesiterapia Diária

### **Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentada por Botão Gástrico)
- Respiração → Limpeza das Vias Aéreas
- Circulação → Hipertensão
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Sensação → Dor
- Desenvolvimento Infantil (Comprometido)
- Aprendizagem de Capacidades (Comprometida)

### **Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade
  - Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca de Alimentação Por Botão Gástrico
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca de Cuidados a Ter Com o Botão Gástrico
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca da Limpeza das Vias Aéreas
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca da Utilização e Manutenção do BIPAP

- Conhecimento do Prestador de Cuidados Sobre Sinais de Dificuldade Respiratória

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** LSG

**Data de Nascimento:** 26.08.2010 (4M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Neuroblastoma com Metástases – Nódulos Hepáticos e Supra-renais

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Colheita de Secreções
- Vigilância de Diurese
- Aguarda RMN

### **Focos de Enfermagem**

- Respiração → Limpeza das Vias Aéreas
- Desenvolvimento Infantil (Comprometido)
- Aprendizagem de Capacidades (Comprometida)

### **Focos de Enfermagem no Cuidador (Pais)**

- Emoções → Ansiedade  
→ Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filha  
→ Ligação Pai-Filha
- *Coping* → Adaptação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** BFF

**Data de Nascimento:** 19.10.2010 (2M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda; VSR positivo

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico
- Vigilância de Apneias
- Aspiração de Secreções em SOS

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentar-se com biberão comprometido)
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido
  - Limpeza das Vias Aéreas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Sobre Gestão do Regime Terapêutico (Administração de Pulmocort e Salbutamol)

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** BST

**Data de Nascimento:** 16.11.2010 (2M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Infecção do Tracto Urinário; Gastroenterite por Adenovírus

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico (Soro Heminormal a 10 ml/h)

**Focos de Enfermagem**

- Temperatura Corporal → Febre
- Eliminação → Diarreia
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** GAVM

**Data de Nascimento:** 05.01.2011 (15d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Febre em Recém-nascido

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Aguarda Colheita de Urina Para Bacteriológico

**Focos de Enfermagem**

- Alimentação → Alimentado ao Seio Materno
- Temperatura Corporal → Febre
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** JSSSB

**Data de Nascimento:** 07.11.2010 (2M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda; VSR positivo

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- O2 a 1,5 L/min
- Aspiração de Secreções em SOS

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Alimentar-se com biberão comprometido)
- Temperatura Corporal → Febre
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido
  - Limpeza das Vias Aéreas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
  - Ligação Mãe-Filho

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** MSN

**Data de Nascimento:** 20.12.2010 (1M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda; Conjuntivite Bacteriana

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Vigilância de Secreção Ocular

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Alimentado ao Seio Materno
- Respiração → Limpeza das Vias Aéreas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** MVCA

**Data de Nascimento:** 29.12.2010 (23d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Bronquiolite Aguda; VSR positivo

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

#### IRPM

- Catéter Venoso Periférico
- Aspiração de Secreções em SOS
- Monitorização de Sinais Vitais

#### Focos de Enfermagem

- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Temperatura Corporal → Febre
- Respiração → Padrão Respiratório Comprometido  
→ Limpeza das Vias Aéreas
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** Filho de CRS (G.)

**Data de Nascimento:** 05.01.2011 (18d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Megabexiga com Hidronefrose Bilateral; Síndrome de Intestino Curto.

**Antecedentes Pessoais:** Prematuridade de 33 semanas; Hipoperistaltismo Intestinal.

#### IRPM

- Catéter Venoso Central (Alimentação Parentérica a 13,5 ml/h)

- Sonda Oro-gástrica
- Alimentação – 1 ml de Soro Glicosado a 10% de 3/3h
- Vigilância de Diurese
- Peso Diário
- Dx 1x Dia
- Perímetro Abdominal 1x Dia

### **Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional (Resíduo Gástrico)
- Digestão → Vômito
- Ferida → Ferida da Pele Peri-vesicostomia
- Tegumentos → Eritema Pelas Fraldas

### **Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade  
→ Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca do Cuidado Alimentar o Bebê
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca de Cuidados Com a Vesicostomia

### **IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** JFNLA

**Data de Nascimento:** 17.07.209 (1A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Choque Séptico Meningocócico

**Antecedentes Pessoais:** Internamento de 16 dias na UCIP. Sem mais antecedentes pessoais relevantes

### **IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

- Sonda Vesical
- Penso Diário (Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas)

**Focos de Enfermagem**

- Temperatura Corporal → Febre
- Tegumentos → Ferida → Ferida da Pele na Região Abdominal
  - Ferida da Pele na Região Nadegueira
  - Ferida da Pele na Coxa Bilateral
  - Ferida da Pele no Antebraço Esquerdo
  - Ferida da Pele na Mão Esquerda

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** MAT

**Data de Nascimento:** 03.01.2011 (20d)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Gastrosqu岸is; Síndrome de Intestino Curto

**Antecedentes Pessoais:** Prematuridade de 34 semanas; Cirurgia nas primeiras horas de vida para correcção de Gastrosqu岸is

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (Alimentação Parentérica a 16,1 ml/h)
- Alimentação – 5 ml de Leite Adaptado PBP
- Vigilância de Dejecções
- Peso Diário
- Perímetro Abdominal 1x Dia

**Focos de Enfermagem**

- Digestão → Vômito
- Ferida → Ferida Cirúrgica Abdominal
- Eliminação → Diarreia

**Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade
  - Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação
- Conhecimento do Prestador de Cuidados Acerca do Cuidado Alimentar o Bebê

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** JVC

**Data de Nascimento:** 01.09.2010 (5M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Má Evolução Ponderal; Vômitos

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico
- Sonda Naso-gástrica

**Focos de Enfermagem**

- Digestão → Vômito
- Processo do Sistema Gastrointestinal → Obstipação
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação (Avó presente; Mãe nos Açores)
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Avó-Neta

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** RCB

**Data de Nascimento:** 31.05.2009 (1A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Ala B

**Motivo de Internamento:** Piomiosite Bilateral por Disseminação Hematogena

**Antecedentes Pessoais:** Sem antecedentes pessoais relevantes

**IRPM**

- Catéter Venoso Periférico

**Focos de Enfermagem**

- Ferida → Ferida da Pele na Coxa Direita
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação



**ANEXO VI**

**Crianças Assistidas na Ala de Hemato-Oncologia Pediátrica do Serviço de  
Pediatria Médica**



## REGISTO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NA ALA DE HEMATO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** RGS

**Data de Nascimento:** 25.04.2008 (2A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-Oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Aumento da Massa Tumoral

**Antecedentes Pessoais:** Astrocitoma Pilocítico; Hemiparésia à esquerda

### Intervenções Resultantes de Prescrição Médica (IRPM)

- Catéter Venoso Periférico

### Focos de Enfermagem

- Temperatura corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Tegumentos → Ferida Cirúrgica
- Processo do Sistema Músculo-esquelético → Parésia à esquerda
- Sensação → Dor
- Processo Familiar → Parentalidade

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

**Nome:** PJMC

**Data de Nascimento:** 01.07.2006 (4A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-Oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Febre em Doente Imunodependente

**Antecedentes Pessoais:** Neuroblastoma

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (Soro Heminormal a 10 ml/h)
- Catéter Venoso Periférico

**Focos de Enfermagem**

- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Sensação → Dor
- Sistema Imunitário → Risco de Infecção
- Emoções → Ansiedade
  - Medo
  - Angústia da Separação
- Processo Familiar → Parentalidade

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** LISC

**Data de Nascimento:** 22.01.2010 (11M)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-Oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** PNET

**Antecedentes Pessoais:** PNET Supratentorial Não Metastático; Síndrome Natriurético

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (APT a 35,9 ml/h + Morfina a 1ml/h + Soro Composto a 10 ml/h)
- Pausa Alimentar
- Perímetro Cefálico

**Focos de Enfermagem**

- Circulação → Hipotensão
- Temperatura Corporal → Febre

- Digestão → Vômito
- Eliminação → Diarreia
- Tegumentos → Eritema de Fraldas
- Sensação → Dor
  - Náusea
- Emoções → Angústia da Separação

**Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade
  - Angústia da separação (relacionado com o filho mais velho)
  - Cansaço
  - Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- Coping → Adaptação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** APM

**Data de Nascimento:** 16.01.2006 (4A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-Oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Agravamento de Estado Clínico

**Antecedentes Pessoais:** Astrocitoma Pilocítico Extenso opto-quiasmático-hipotalâmico com compromisso visual importante e Hidrocefalia Aguda; Válvula ventrículo-peritoneal.

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (Soro Composto a 10 ml/h)
- Balanço Hídrico
- Sonda Nasogástrica
- Vigilância de TA 1x turno
- Vigilância de Dx 1x turno

**Focos de Enfermagem**

- Circulação → Hipotensão
- Temperatura Corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Eliminação → Eliminação Urinária
- Tegumentos → Eritema pelas fraldas
- Processo do Sistema Músculo-esquelético → Parésia à esquerda
- Actividade Motora → Incapacidade no andar  
→ Incapacidade de se auto-posicionar
- Processo Psicológico → Disartria
- Comportamento Interactivo → Comunicação Comprometida
- Desenvolvimento Infantil (Comprometido)
- Aprendizagem de Capacidades (Comprometida)
- Sensação → Dor
- Sistema Imunitário → Susceptibilidade à Infecção

**Focos de Enfermagem no Cuidador (Mãe)**

- Emoções → Ansiedade  
→ Cansaço  
→ Sentimentos de impotência
- Processo Familiar → Parentalidade → Vinculação
- Comportamento Interactivo → Apego → Ligação Mãe-Filho
- *Coping* → Adaptação

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** RMAH (R.H.)

**Data de Nascimento:** 28.12.1992 (17A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-Oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Progressão da Doença

**Antecedentes Pessoais:** Ependinoma Mixopapilar da região pélvica pré-sagrada com resíduo tumoral pré-sagrado e na região subcutânea nadegueira direita; Ascite.

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (Soro Composto a 91 ml/h + Quimioterapia)
- Vigilância de Sinais Vitais de 3/3 horas

**Focos de Enfermagem**

- Temperatura Corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Digestão → Vômito
- Volume de Líquidos → Desidratação
- Eliminação → Eliminação Urinária
  - Diarreia
- Sensação → Ansiedade
  - Cansaço
  - Depressão
  - Falta de Esperança
  - Sentimentos de Impotência
  - Tristeza
  - Dor
- Sistema Imunitário → Susceptibilidade à Infecção

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** JATR

**Data de Nascimento:** 10.01.2002 (8A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Lesão Ocupante de Espaço da fossa posterior

**Antecedentes Pessoais:** Meduloblastoma

**IRPM**

- Catéter Venoso Central
- Cateter Venoso Periférico

- Capacete Craniano

**Focos de Enfermagem**

- Temperatura corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Tegumentos → Ferida Cirúrgica
- Sensação → Dor
- Processo Familiar → Parentalidade

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE**

**Nome:** LCCV

**Data de Nascimento:** 28.06.1998 (12A)

**Local de Internamento:** Pediatria Médica – Hemato-oncologia Pediátrica

**Motivo de Internamento:** Febre; Neutropnia

**Antecedentes Pessoais:** Meduloblastoma; terminou ciclo de quimioterapia há uma semana

**IRPM**

- Catéter Venoso Central (soro composto a 60 ml/h)

**Focos de Enfermagem**

- Temperatura corporal → Febre
- Nutrição → Ingestão Nutricional
- Digestão → Vômito
- Sensação → Dor
- Processo Familiar → Parentalidade

**ANEXO VII**

**Planeamento da Sessão de Educação Para a Saúde**

**“Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

**3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**  
**DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Planeamento de Sessão de Educação para a Saúde

**Realizado por:**  
Joana dos Santos Coelho  
Bárbara Filipa Monteiro Anjos

**Tutoras:**  
Mestre Liliana Magalhães  
e Enfermeira Especialista Fiana Marques

**Porto, Maio de 2010**



## Índice

	Página
Introdução _____	3
Caracterização da Situação _____	3
Objectivos _____	4
Recursos _____	4
Estratégias de Avaliação _____	5
Conclusão _____	5



## **Introdução**

Durante as sessões de Preparação para o Parto e posteriormente nas aulas de Massagem Infantil, que se encontram sob a coordenação da Enfermeira Fiana Marques, foi detectada a necessidade de fazer uma formação aos pais acerca da prevenção de acidentes durante o primeiro ano de vida.

Ao longo das referidas aulas, os participantes expressaram algumas dúvidas acerca da prevenção de acidentes durante este período da infância que é caracterizado pela exploração do meio que rodeia o bebé, o que o coloca constantemente em situações de perigo.

Por esse mesmo motivo, quando fui assistir às aulas de massagem infantil, a Enfermeira Fiana Marques sugeriu que a Enfermeira Bárbara Anjos e eu abordássemos este tema numa acção de educação para a saúde dirigida aos pais, utentes da Unidade de Saúde Familiar Atlântida.

O tema da sessão será, então, “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”.

## **Caracterização da Situação**

Esta acção de formação para a saúde terá lugar no dia 17 de Maio de 2010, na sala de Preparação para o Parto e Parentalidade da Unidade de Saúde Familiar Atlântida do Centro de Saúde de Matosinhos, cerca das 18h30. Prevê-se que tenha a duração de 45 minutos.

A população alvo é composta pelos pais dos bebés que frequentaram as aulas de Preparação para o Parto e que frequentam no momento da acção de formação as aulas de Massagem Infantil, sob a responsabilidade da Enfermeira Fiana Marques. Será entregue à referida população alvo um convite nas aulas de Massagem Infantil nos dias 10 e 13 de Maio de 2010.

## **Objectivos**

Para esta sessão foram definidos os seguintes objectivos gerais:

- Dar resposta a uma necessidade detectada nas aulas de Preparação para o Parto e nas aulas de Massagem Infantil;
- Dotar os pais de conhecimentos no âmbito da prevenção de acidentes no primeiro ano de vida.

Os objectivos específicos para esta sessão de educação para a saúde são que no final desta os participantes sejam capazes de:

- Compreender a importância da prevenção de acidentes;
- Enumerar as medidas utilizar para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida;
- Actuar em situações de afogamento, queimaduras, quedas, intoxicações, asfixia e convulsões febris.

## **Recursos**

A acção de educação para a saúde será ministrada pela Enfermeira Bárbara Filipa Monteiro Anjos, aluna do 3º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e por mim, Enfermeira Joana dos Santos Coelho, a frequentar o mesmo curso de Pós-Graduação.

Como já referi anteriormente, dispomos da sala de Preparação para o Parto e Parentalidade da Unidade de Saúde Familiar Atlântida do Centro de Saúde de Matosinhos.

A referida sala dispõe de material didáctico, nomeadamente um computador e um retroprojector, que serão utilizados para a exposição de uma apresentação em *PowerPoint* elaborada pelas formadoras.

### **Estratégias de Avaliação**

A avaliação terá lugar ao longo de toda a sessão, através da observação do feedback transmitido pelos formandos.

No entanto, no final desta acção de educação para a saúde será também pedido aos formandos que respondam a um questionário (Anexo I), de forma a avaliar a sua satisfação.

### **Conclusão**

Considero que o tema abordado é muito actual e pertinente, pelo que espero corresponder às expectativas tanto dos formandos como da Enfermeira Fiama Marques, que nos incentivou e apoiou na realização desta acção de educação para a saúde.



**ANEXOS**



**ANEXO I**

Questionário de Avaliação da Sessão



Unidade Local de Saúde de Matosinhos

**Avaliação da sessão: Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida**

Este questionário é **anónimo**, pelo que não é necessária a sua identificação.  
Destina-se à avaliação pessoal da sessão realizada. Responda com sinceridade.

Assinale no quadro seguinte, de 1 a 5, sendo que 1 é o mínimo e 5 é o máximo, a avaliação que faz da sessão, nos seguintes pontos:

<b>Pontos-Chave</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Correspondeu às minhas expectativas.					
Forneceu-me novos conhecimentos.					
Motivou-me para procurar novos conhecimentos.					
Os meios audiovisuais utilizados para a sessão foram os apropriados.					

**Obrigada pela sua colaboração!**

B. Filipa Anjos e Joana Santos Coelho

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Universidade Católica Portuguesa - Porto



**ANEXO VIII**

**Reflexão Crítica Sobre a Sessão de Educação Para a Saúde**

**“Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”**



**Sessão de Formação: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”**

## **Reflexão Crítica**

No dia 17 de Maio de 2010 realizou-se, pelas 18h30, uma sessão de formação com o tema “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”. Como formadoras estiveram presentes a Enfermeira Bárbara Filipa M. Anjos e eu, Joana dos Santos Coelho, estando também presente a Enfermeira Especialista Fiana Marques como nossa tutora.

A presente sessão teve como destinatários os utentes das Unidades de Saúde Familiar de Matosinhos que frequentam as aulas de Massagem Infantil. O convite foi entregue a três turmas e a adesão foi excelente, tendo em conta que cada turma tem entre seis e oito bebés e estiveram presentes vinte pessoas, entre pais e mães.

Na minha opinião, os temas abordados foram pertinentes e actuais e foram de encontro às dúvidas expressas pelos pais durante as aulas referidas anteriormente. A sessão decorreu conforme o planeado, no entanto, devo apontar o facto de não termos gerido bem o tempo. Inicialmente tínhamos previsto uma sessão com uma duração de cerca de 45 minutos, mas este tempo mostrou-se muito curto. Entre a apresentação dos temas e o esclarecimento de dúvidas que os formandos foram colocando, a sessão alongou-se para cerca de uma hora.

Optamos por utilizar alguns meios audiovisuais, tais como o computador e o retroprojector, assim como um boneco representativo de um bebé para explicar algumas técnicas de primeiros socorros. Considero que os meios empregues foram suficientes e eficazes.

No final desta sessão de educação para a saúde, tínhamos como objectivos que os participantes fossem capazes de:

- Compreender a importância da prevenção de acidentes;
- Enumerar as medidas a utilizar para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida;
- Actuar em situações de afogamento, queimaduras, quedas, intoxicações, asfixia e convulsões febris.

Pelo feedback dado pelos formandos ao longo e no final da sessão de formação, considero que conseguimos atingir estes objectivos na globalidade. Os formandos demonstraram interesse nos temas abordados e foram colocando questões bastante pertinentes ao longo de toda a sessão, o que me leva a considerar que esta foi bastante positiva.

Para além do que nos foi transmitido pelos formandos, a avaliação da sessão foi efectuada através de um questionário final. As respostas ao referido questionário foram muito positivas (Anexo I). Nas perguntas 1, 3 e 4 os participantes colocam esta sessão no nível 4 e 5, que são os níveis máximos. Na pergunta 2, 22,22% dos formandos considera que esta sessão forneceu um nível médio (3) de conhecimentos, enquanto os restantes 77,78% coloca a sessão nos níveis máximos. Estes resultados levam-me a concluir que esta formação foi de encontro às expectativas dos formandos e contribuiu para que estes aumentassem os seus conhecimentos acerca desta temática.

Por todos os motivos apresentados anteriormente, faço um balanço positivo desta sessão e levo para sessões futuras a intenção de fazer uma melhor gestão do tempo, na medida em que considero que esta foi a nossa grande falha.

## **Anexos**



## **Anexo I**

### Resultados dos Questionários



### Análise dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação

No final da sessão foi pedido aos formandos par preencherem um questionário de avaliação da sessão por cada casal presente. Contudo, apenas nove questionários foram devolvidos preenchidos.

As respostas dadas a cada pergunta estão apresentadas no quadro seguinte:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Total</b>
Correspondeu às minhas expectativas.	0	0	0	6	3	<b>9</b>
Forneceu-me novos conhecimentos.	0	0	2	4	3	<b>9</b>
Motivou-me para procurar novos conhecimentos.	0	0	0	6	3	<b>9</b>
Os meios audiovisuais utilizados para a sessão foram os apropriados.	0	0	0	6	3	<b>9</b>

Fazendo uma análise estatística, temos a seguinte representação:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>%</b>
Correspondeu às minhas expectativas.	0	0	0	66,67%	33,33%	<b>100</b>
Forneceu-me novos conhecimentos.	0	0	22,22%	44,44%	33,33%	<b>≈100</b>
Motivou-me para procurar novos conhecimentos.	0	0	0	66,67%	33,33%	<b>100</b>
Os meios audiovisuais utilizados para a sessão foram os apropriados.	0	0	0	66,67%	33,33%	<b>100</b>



**ANEXO IX**

**Poster de Dinamização do Cantinho da Amamentação**



## Como colocar o seu bebé a mamar?

Não existe uma posição ideal para amamentar o seu filho, mas deve ter em atenção **4 pontos fundamentais**:



1. A cabeça e o corpo do bebé devem estar alinhados;
2. O rosto do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz em linha recta com o mamilo;
3. Segure o corpo do seu filho próximo do seu;
4. Apoie as nádegas do bebé com a mão, assim como a sua cabeça e ombros devem estar apoiados no seu braço.

## Como saber se o bebé está a fazer uma boa pega?

Durante a mamada, deve observar os seguintes sinais no seu filho:

- O queixo do bebé toca na mama;
- A boca deve estar bem aberta;
- O lábio inferior virado para fora;
- As bochechas redondas ou achatadas contra a mama;
- Observa-se mais aréola acima da boca do bebé do que abaixo.



Fontes: UNICEF – *Manual de Aleitamento Materno*.2008 e [www.leitematerno.org/](http://www.leitematerno.org/) consultados a 15.Nov.2010

AEESIP Joana Santos Coelho; Enf.ª Especialista Maria Cristina P. Araújo



**ANEXO X**

**Estimulação Auditiva Individualizada nos Recém-Nascidos Prematuros**



## **ESTIMULAÇÃO AUDITIVA INDIVIDUALIZADA NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

Em conjunto com a Harvard Medical School, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de São João, E.P.E. está a desenvolver um projecto de investigação inovador com recém-nascidos prematuros.

Utilizando a estimulação auditiva individualizada, através de uma gravação da voz da mãe e dos seus batimentos cardíacos, que é posteriormente colocada na incubadora, numa tentativa de igualar os sons intra-uterinos.

Este estudo irá decorrer até as crianças atingirem os três anos de idade, avaliando o seu desenvolvimento neuro-fisiológico e cognitivo.

**Fonte:** [http://hsjoao.min-saude.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28015&noticiaId=30984&pastaNoticiasReqId=28006](http://hsjoao.min-saude.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28015&noticiaId=30984&pastaNoticiasReqId=28006) consultado em 01.12.2010



**ANEXO XI**

**Planeamento da Sessão de Formação ao Grupo de Pares**

**“Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas”**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**3º CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM  
DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Planeamento de Sessão de Formação ao Grupo de Pares**

*“Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas”*

Joana dos Santos Coelho  
Tutora: Enfermeira Especialista Raquel Almeida

Porto, Janeiro de 2011



**Índice**

	Página
Introdução _____	3
Caracterização da Situação _____	3
Objectivos _____	3
Recursos _____	4
Estratégias de Avaliação _____	4
Conclusão _____	4



## **Introdução**

No decorrer do Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia, aquando da realização de pensoterapia a uma criança seguida pela especialidade de Cirurgia Pediátrica, foi detectada a necessidade de formação ao grupo de pares acerca do protocolo de desbridamento não cirúrgico de feridas em prática no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João, E.P.E..

Foi sugerido à Enfermeira Especialista Raquel Almeida e à Enfermeira Chefe Manuela Amorim a realização de uma acção de formação às Enfermeiras da Pediatria Médica – Ala B, proposta esta que foi aceite de imediato.

Assim sendo, o tema a abordar será: “Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas – Protocolo do Serviço de Cirurgia Pediátrica”.

## **Caracterização da Situação**

Esta acção de formação terá lugar no dia 28 de Janeiro de 2011, no Gabinete da Enfermeira Chefe, cerca das 14h30. Prevê-se que tenha a duração de 15 minutos.

A população alvo é a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria Médica – ala B do Hospital de São João, E.P.E..

## **Objectivos**

Para esta sessão foram definidos os seguintes objectivos gerais:

- Dar resposta a uma necessidade detectada no Serviço de Pediatria Médica – ala B;

Os objectivos específicos para esta sessão de formação ao grupo de pares são:

- Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos no âmbito do protocolo de desbridamento não cirúrgico de feridas.
- Dar a conhecer o protocolo de Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas.

### **Recursos**

Esta acção de formação será ministrada por mim, Enfermeira Joana dos Santos Coelho, a frequentar o Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Como já referi anteriormente, disponho do Gabinete da Enfermeira Chefe para a realização desta formação ao grupo de pares.

Relativamente a material, pretendo recorrer a material de pensoterapia, nomeadamente o Nanocristalino de Prata, o Hidrogel e água bidestilada – 100ml. Para facilitar a demonstração, irei exemplificar num boneco representativo de um bebé.

### **Estratégias de Avaliação**

No início da sessão, pretendo pedir aos formandos que respondam a um breve questionário de diagnóstico de conhecimentos acerca do tema abordado (Anexo).

Para além disso, a avaliação terá lugar ao longo de toda a sessão, através da observação do feedback transmitido pela equipa de enfermagem.

### **Conclusão**

Considero que o tema abordado é muito actual e pertinente. Espero com esta acção de formação dar resposta a uma necessidade detectada no serviço onde realizei o Módulo II do meu estágio.

**ANEXO XII**

**Reflexão Crítica da Sessão de Formação ao Grupo de Pares**

**“Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas”**



## Sessão de Formação ao Grupo de Pares

### **“Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas”**

#### REFLEXÃO CRÍTICA

No dia 28 de Janeiro de 2011, cerca das 14h45 realizou-se uma sessão de formação com o tema “Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas”. Como formadora, estive presente eu, Joana dos Santos Coelho, aluna do 3º Mestrado Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Esta sessão de formação teve como destinatários a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria Médica – Ala B, do Hospital de São João, E.P.E.. Após confirmada a data com a Enfermeira Chefe do referido serviço, foi colocado um convite (Anexo I) na sala de trabalho de enfermagem para que toda a equipa tivesse conhecimento desta sessão.

À data e hora marcadas estavam presentes a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria Médica, a Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica, a Enfermeira Especialista da ala A, oito enfermeiras da ala B e cinco alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Porto, no momento em estágio na Ala B.

Na tarde do dia 27 e na manhã do dia 28 de Janeiro, foram distribuídos uns questionários de diagnóstico (Anexo II), de forma a avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem deste serviço acerca do tema abordado. Antes do início da sessão de formação, foram devolvidos dez questionários. A avaliação destes encontra-se em anexo a este documento (Anexo III).

Tendo em conta os resultados obtidos nos questionários e o facto de se encontrar internada no serviço uma criança com necessidade de realizar este tipo de tratamento, considero que esta sessão de formação abordou um tema muito pertinente e actual. A sessão decorreu conforme o delineado no plano da sessão (Anexo IV).

Considerando que este era um tema muito ligado à prática de cuidados de enfermagem, optei apenas por recorrer a um modelo representativo de um bebé e ao material necessário para a realização deste tratamento. Foi uma apresentação prática, ao longo da qual fui exemplificando os vários passos a seguir neste tratamento. Esse facto permitiu uma intervenção oportuna de todos os presentes, que foram colocando questões ao longo da sessão. Apesar de breve (teve a duração de 15 minutos), esta foi

uma sessão muito dinâmica, pois todos os presentes foram colocando várias questões. Do meu ponto de vista, o facto de ser uma sessão prática, permitiu aos formandos visualizar e interiorizar mais facilmente os passos a seguir neste procedimento.

As questões colocadas pela equipa de enfermagem ao longo da sessão foram de encontro às questões colocadas nos questionários de diagnóstico que obtiveram respostas erradas, pelo que considero que me foi permitido esclarecer as dúvidas dos formandos, assim como corrigir ideias erradas que estes possuíam.

Esta sessão tinha como objectivos específicos:

- Dar a conhecer o protocolo de desbridamento não cirúrgico de feridas em vigor no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João, E.P.E.;
- Dotar os profissionais de enfermagem de conhecimentos que lhes permitam pôr em prática o protocolo acima indicado.

Concluída a sessão, considero que atingi os objectivos inicialmente definidos.

O *feedback* por parte de todos os presentes foi muito positivo, não só ao longo da sessão, mas também posteriormente a esta.

No final desta sessão de formação ao grupo de pares, achei pertinente deixar com a Enfermeira Chefe do serviço um pequeno texto de suporte teórico, onde se encontra descrito todo o procedimento abordado (Anexo V).

**ANEXOS**



**ANEXO I**

Convite Dirigido à Equipa de Enfermagem



## **CONVITE**

Caras colegas, gostaria de vos convidar para uma partilha de experiências sobre o tema “**DESTRUMENTO NÃO CIRÚRGICO DE FERIDAS**”, que terá lugar no dia 28.Jan.2011 às 14h30, no Gabinete da Enfermeira Chefe.

Conto convosco.

Joana Coelho

(A.Esp.Enf.SIP)



**ANEXO II**

Questionários de Diagnóstico



Serviço de Pediatria Médica B – Hospital de São João, E.P.E.

### **“DEBRIDAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE FERIDAS”**

Este questionário é **anónimo**, pelo que não é necessária a sua identificação. A avaliação da sessão irá aferir o conhecimento dos participantes sobre o tema e o seu conteúdo e será fundamental para a avaliação da formadora.

**Assinale a resposta que considera correcta.**

1. Aquando da realização de um penso com Nanocrystalino de Prata (Acticoat®), a ferida deve ser previamente lavada com:
  - a. Soro Fisiológico
  - b. Água Bidestilada
  - c. Indiferente
  
2. A quantidade de Hidrogel (Intrasite Gel®/Askina Gel®) aplicada deve ser:
  - a. Abundante
  - b. Pouca
  - c. Suficiente para cobrir o leito da ferida
  
3. O Hidrogel deve ser colocado:
  - a. Sob o leito da ferida
  - b. Sob a placa de Nanocrystalino de Prata
  - c. Indiferente
  
4. A placa de Nanocrystalino de Prata deve ser humidificada:
  - a. Antes de ser colocada na ferida
  - b. Após ser colocada na ferida
  - c. Em qualquer momento
  
5. Idealmente, as placas de Nanocrystalino de Prata devem ser retiradas ao fim de:
  - a. 2 dias
  - b. 3 dias
  - c. 4 dias

**Obrigada pela sua colaboração!**

Joana Santos Coelho

Aluna do Mestrado em Enfermagem de SIP – Universidade Católica Portuguesa – Porto



**ANEXO III**

Análise dos Questionários de Diagnóstico



## ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE DIAGNÓSTICO

### Tabela de Resultados:

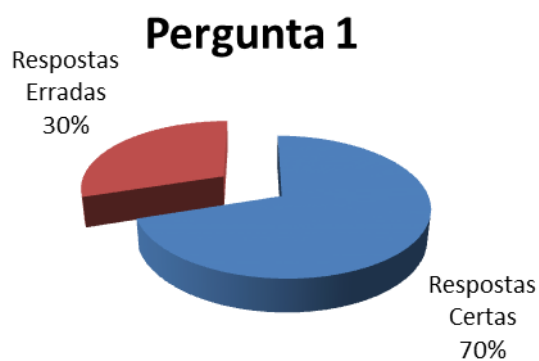
Pergunta \ Questionário	1	2	3	4	5
<b>A</b>	X	V	X	V	X
<b>B</b>	V	V	V	V	X
<b>C</b>	V	V	X	V	V
<b>D</b>	V	V	V	X	V
<b>E</b>	X	V	V	V	V
<b>F</b>	V	V	V	V	NR
<b>G</b>	V	V	X	V	V
<b>H</b>	V	V	V	V	V
<b>I</b>	V	V	V	V	V
<b>J</b>	X	V	V	X	V

Legenda: **V** – Resposta Certa; **X** – Resposta Errada; **NR** – Não Respondeu

### Percentagens dos Resultados:

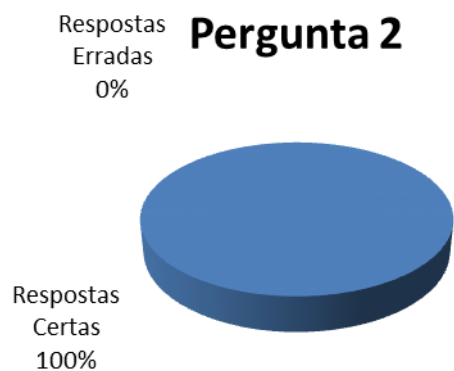
→ Pergunta 1: Respostas certas: 7

Respostas erradas: 3



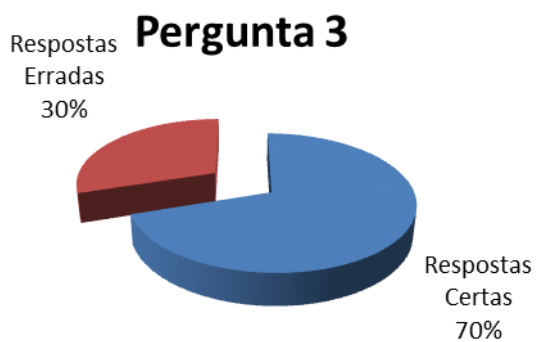
→ Pergunta 2: Respostas certas: 10

Respostas erradas: 0



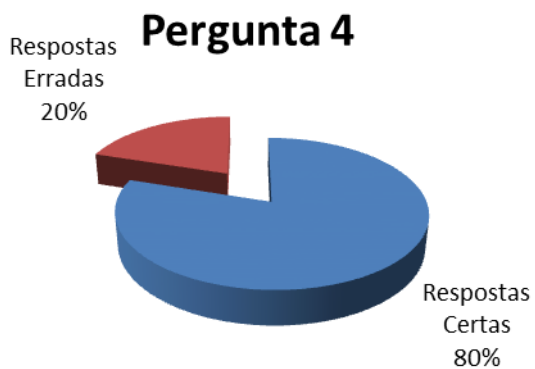
→ Pergunta 3: Respostas certas: 7

Respostas erradas: 3

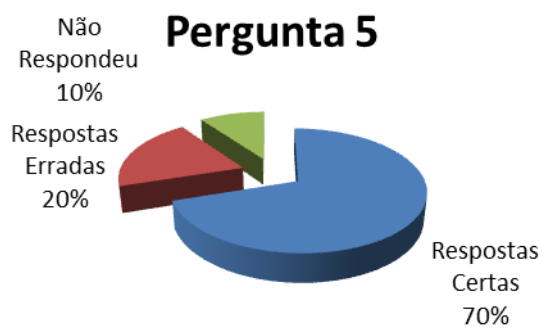


→ Pergunta 4: Respostas certas: 8

Respostas erradas: 2



→ Pergunta 5: Respostas Certas: 7  
Respostas Erradas: 2  
Não Respondeu: 1





**ANEXO IV**

Plano da Sessão de Formação



## Plano de Sessão

<b>Formação:</b> Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas							
<b>Local:</b>	Hospital de São João, E.P.E. -- Serviço de Pediatria Médica -- Ala B (Gabinete da Enfermeira Chefe)						
<b>Formadora:</b>	Joana dos Santos Coelho						
<b>Público-Alvo:</b>	Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria Médica -- Ala B						
<b>Data:</b> 28/01/2011	<b>Duração da Sessão:</b> 15 minutos						
<b>Objectivo Geral:</b> Dar a conhecer o protocolo de Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas implementado no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João, E.P.E.							
Objectivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didácticos	Actividades Didácticas	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conhecer o protocolo de Desbridamento Não Cirúrgico de Feridas em vigor no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João, E.P.E.</li> <li>- Dotar os profissionais de enfermagem de conhecimentos que lhes permitam pôr em prática o protocolo acima indicado</li> </ul>	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do tema a abordar</li> <li>- Descrição dos objectivos da formação</li> </ul>	Método expositivo			2 Minutos	Observação do feed-back dado pelos formandos
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos materiais utilizados</li> <li>- Exemplificação do protocolo referido</li> <li>- Descrição dos resultados obtidos no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João, E.P.E.</li> </ul>	Método expositivo e activo	Recurso a um boneco representativo de um bebé.		11 Minutos	Observação do feed-back dado pelos formandos
	Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo do tema abordado</li> <li>- Conclusão do tema abordado</li> <li>- Bibliografia</li> </ul>	Método expositivo e interrogativo				2 Minutos
<b>Prever Alternativas:</b>							



**ANEXO V**

Resumo do Tema Abordado



## DESBRIDAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE FERIDAS

(Tratamento de Ferida com Hidrocolóide Gel e Nanocristalino de Prata)

### NOTA INTRODUTÓRIA

O tratamento com o Hidrogel em associação ao Nanocristalino de Prata (molécula com características bactericidas e bacteriostáticas) tem como principal intenção desbridar tecido desvitalizado de feridas com fibrina aderente, com o objectivo de promover um leito de ferida favorável à cicatrização da mesma, tentando evitar a colonização bacteriana.



Este procedimento pode ser utilizado em feridas sem infecção, assim como em feridas infectadas.

O objectivo deste procedimento é promover o desbridamento não cirúrgico de feridas, evitando o desbridamento cirúrgico das mesmas.

### MATERIAL

- Água Bidestilada – 100 ml
- Placa de Nanocristalino de Prata (Acticoat®)
- Hidrogel (Intrasite Gel®/Askina Gel®/entre outros)
- Placa de Poliuretano com adesivo
- Ligaduras / Adesivo

Realizado por Joana dos Santos Coelho, Aluna da EESPI – UCP Porto

Sob a orientação da Enfermeira Especialista Raquel de Sousa Almeida

## PROCEDIMENTO

- Lavar da ferida com água bidestilada;
  - Colocar o Hidrogel sob a ferida;
  - Humidificar a área azul da placa de Nanocristalino de Prata;
  - Colocar a placa de Nanocristalino de Prata sob a ferida com Hidrogel (com a área azul em contacto com a ferida);
  - Colocar a placa de poliuretano;
  - Fechar o penso com ligadura ou adesivo.
- 
- Dia 1: Realização do penso consoante o descrito no procedimento.
  - Dia 2: Não se efectua o penso, excepto se estiver repassado (trocando-se apenas a placa de poliuretano e o penso secundário);
  - Dia 3: Humidificação das placas de Nanocristalino de Prata com água bidestilada (sem remover as placas) e troca das placas de poliuretano e do penso secundário.
  - Dia 4: Realização do penso consoante o descrito no protocolo. (dia 1)

**Nota 1:** O Nanocristalino de Prata é incompatível com o soro fisiológico. Se se lavar a ferida com soro fisiológico é necessário neutralizar com água bidestilada antes de se colocar a placa de Nanocristalino de Prata. No entanto, pode-se lavar a ferida com antissépticos (Clorhexidina, sabão neutro, entre outros), pois a placa de Nanocristalino de Prata é compatível com estes.

**Nota 2:** O Hidrogel tem como função principal manter a humidade no leito da ferida, ajudando a activar os iões de prata da placa de Nanocristalino de Prata. Por esse mesmo motivo, deve-se colocar apenas uma quantidade suficiente para cobrir o leito da ferida, sem transbordar.

---

Realizado por Joana dos Santos Coelho, Aluna da EESPI – UCP Porto  
Sob a orientação da Enfermeira Especialista Raquel de Sousa Almeida

