



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

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

Por

Paulo Jorge da Costa Freitas

Porto – março de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

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

Por

Paulo Jorge da Costa Freitas

Sob a orientação da Doutora Constança Festas

Porto – março de 2020

RESUMO

Este escrito integra a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Identifica-se, simultaneamente, como um marco de termino de um ciclo pedagógico e como testemunho pessoal de como as aprendizagens que o mesmo incitou se desenvolveram e experienciaram. Tem por objetivo a documentação das experiências, aprendizagens e reflexões que se alimentaram mutuamente ao longo de quatro meses de estágio num Serviço de Internamento Pediátrico e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, entre o dia 6 de setembro de 2019 e 4 de Janeiro de 2020, num total de 500 horas, em que 360 foram de contato. O método descritivo-reflexivo utilizado ao longo do documento permite a apresentação dos objetivos específicos traçados na fase preambular do estágio que, para a sua consecução, timonou atividades, reflexões e aprendizagens que atestam o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. A organização das competências desenvolvidas por quatro domínios de atuação (prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação) além de estruturar o documento, possibilita o estabelecimento de fronteiras literárias fundamentais para a compreensão de uma realidade clínica formativa que as imiscui. Com base nesta estratégia consegui lidar com situações clínicas de elevada complexidade, desenvolver uma comunicação eficiente com o utente pediátrico e equipa multidisciplinar, atuar de forma crítica, criativa e fundamentada cientificamente em todos os contextos pediátricos onde intervi, sempre sob a égide dos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Perspetivando um contínuo de produção de saberes e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvi em cada contexto de estágio atividades singulares que visaram o incremento do nível assistencial, como: - formas de localização de informação e medidas de interação entre a linha SNS 24 e o Serviço de Urgência Pediátrica para uma melhoria na referenciação e priorização de situações urgentes; - induzi ao desenvolvimento de protocolos de sedo analgesia em neonatos entubados no Serviço de Neonatologia; - desenvolvi o protocolo de utilização de midazolam como procedimento pré-anestésico no Serviço de Pediatria, e; - recorri a estratégias pedagógicas alternativas e adaptadas aos diferentes grupos de formandos das ações de educação para a saúde que organizei.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista, pediatria, competências, comunicação, espírito crítico.

ABSTRACT

This writing is part of the curricular unit “Final Stage and Report” inserted in the Master's Course in Child and Pediatric Health Nursing, of the Health Sciences Institute of the Universidade Católica Portuguesa - Oporto. It is identified, simultaneously, as a milestone for the end of a pedagogical cycle and as a personal testimony of how the learning that it incited developed and experienced. It aims to document the experiences, learning and reflections that have nourished each other over a four-month internship in a Pediatric Inpatient Service and in a Community Care Unit, between September 6, 2019 and January 4, 2020, in a total of 500 hours, in which 360 were in contact. The descriptive-reflective method used throughout the document allows the presentation of the specific objectives outlined in the preambular stage of the internship, which, for its achievement, led to activities, reflections and learning that attest to the development of the specific skills of the specialist nurse in child and pediatric health . The organization of the skills developed by four areas of expertise (care provision, care management, formation and research), in addition to structuring the document, enables the establishment of fundamental literary boundaries for the understanding of a clinical formative reality that interferes with them. Based on this strategy, i was able to deal with highly complex clinical situations, develop an efficient communication with the pediatric patient and multidisciplinary team, act in a critical, creative and scientifically based way in all pediatric contexts where i intervened, always under the aegis of ethical and deontological aspects inherent to the profession. With a view to a continuous production of knowledge and improvement in the quality of care provided, in each stage context i developed unique activities aimed at increasing the level of assistance, such as: - ways of locating information and measures of interaction between the SNS 24 line and the Pediatric Emergency Service to improve referral and prioritize urgent situations; - induced the development of protocols for the use of analgesia in neonates intubated in the Neonatology Service; - developed the protocol for using midazolam as a pre-anesthetic procedure in the Pediatric Service, and; - i resorted to alternative pedagogical strategies adapted to the different groups of trainees in the health education actions that i organized.

Keywords: Specialist nurse, pediatrics, skills, communication, critical spirit.

AGRADECIMENTOS

Há momentos em que se agradece por uma razão qualquer e outros até sem motivo, no entanto, findo este percurso, os meus agradecimentos são um reconhecimento menor face ao auxílio que algumas pessoas me proporcionaram...

À minha orientadora, Professora Constança Festas, pela forma assertiva, tranquila, confiante e sábia como me norteou;

Aos meus tutores, pela partilha de visão sobre a realidade clínica, bem como pelas oportunidades de aprendizagem criada e concedidas. Pelo espírito de resiliência, criatividade e capacidade de trabalho que demonstram ter sob condições difíceis e nem sempre justas, sem nunca perder o sorriso ou o carinho infinito para com as crianças;

Aos meus colegas de curso, pela partilha de tantos momentos de amizade únicos, umas vezes mediados pela angústia da pressão académica e noutras pela expectativa de dias mais fáceis, em que mudaremos o mundo das crianças ao nosso cuidado com a sapiência de especialista;

Aos meus pais, por acreditarem em mim e nas minhas capacidades incondicionalmente e me fazerem perceber todos os dias que sou o filho mais feliz e sortudo do mundo, por receber o vosso amor;

À minha esposa, que fez diariamente muito mais do que partilhar comigo todos os sacrifícios que este projeto exigiu sem nunca desvanecer, fazendo dela os meus objetivos e amando-me em cada gesto de carinho e resiliência. Mesmo quando tive de estar muitas horas fora de casa, nunca deixou que estivesse ausente. Para ela e para sempre, a minha admiração, o meu amor, a minha vida;

E aos meus filhos, que me ensinaram que é possível viver fora do nosso corpo, uma vez que representam tudo o que é importante para mim. A vossa existência é a prova de que Deus existe e se revela em cada uma das vossas gargalhadas.

Para todos, o meu reconhecimento e gratidão

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção Geral da Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP – Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
ELI – Equipa Local de Intervenção
EpS- Educação para a Saúde
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP – Newborn Individualized Developemnt Care and Assessment Program
OE – Ordem dos Enfermeiros
PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce
PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PSI – Plano de Saúde Individual
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1- Introdução	13
2- Contributo da unidade curricular: A saúde da criança e família – Vigilância e decisão clínica	16
3- Desenvolvimento de competências	18
3.1- Prestação de cuidados	19
3.2- Gestão de cuidados	56
3.3- Formação	63
3.4- Investigação	66
4- Conclusão	69
5- Referências Bibliográfica	72
Apêndices	77
Apêndice I – Clarificação dos contextos de estágio	79
Apêndice II – Formação a pares	83
Apêndice III – Educação para a saúde: Aditivos – Álcool e Tabaco	121
Apêndice IV – Conceção do protocolo de Midazolam	174

O presente documento constitui-se como o testemunho descritivo-reflexivo do meu percurso enquanto estudante do mestrado em enfermagem, com especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pelos serviços de internamento de pediatria e unidade de cuidados na comunidade (UCC). Visando o culminar da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do terceiro semestre do referido mestrado, este produto pedagógico-analítico remete para a formalidade documental o testemunho da construção e aquisição das competências preconizadas pelo Plano de Estudos do curso e que vão de encontro às do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Assim, os objetivos projetados para esta unidade curricular, são:

- Saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista é um profissional com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas ao processo de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010: 2). Neste sentido, o desenvolvimento de um segmento pedagógico pós-graduado que se constituísse por estágios em contexto real de trabalho, não podia visar a simples aquisição

de habilidades técnico-científicas específicas da especialidade de enfermagem correspondente, mas ter-se-ia de construir em torno de alicerces reflexivos, de indagação permanente sobre a melhor resposta que o enfermeiro pode prover, face a uma realidade tão singular como irrepetível.

Desta forma, a fase preambular desta unidade curricular contemplou a estruturação dos objetivos que me propus alcançar em cada um dos contextos de estágio para que, na demanda da sua consecução, conseguisse adquirir as competências fundamentais para o desempenho do papel de enfermeiro especialista.

O estágio decorreu em 2 contextos, entre os dias 6 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020, num total de 500 horas em que 360 foram de contato. Durante este período pude contar com a tutoria de 2 EESIP que partilharam comigo, sem restrições ou economia de esforço, os seus conhecimentos tanto práticos como científicos, experiências e reflexões, o que me permitiu alargar horizontes conceptuais, técnicos e analíticos tornando este percurso extremamente enriquecedor.

Sendo o relatório um testemunho do desenvolvimento de atitudes, conhecimento e competências, possibilitando análises e cogitações sobre a aprendizagem (Melo & Freitas, 2006), os objetivos deste documento são:

- Dar resposta a uma exigência da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório;
- Apresentar os objetivos pessoais a alcançar com a realização do estágio preconizados, nos diferentes contextos;
- Apresentar as atividades que encorpam os objetivos traçados e que permitiram a aquisição das competências específicas do EESIP;
- Explicar o percurso efetuado durante o estágio e patentear as aprendizagens alcançadas;
- Ser instrumento de análise, reflexão e construção de conhecimentos pela comunhão entre a apreciação da realidade, a reflexão que sobre ela consiga desenvolver e aquilo que a evidência científica já discorreu sobre o tema;
- Ser um instrumento de avaliação para a unidade curricular supracitada.

Apoiado numa metodologia essencialmente descritiva, reflexiva e crítica, este documento baliza-se entre os limites do percurso académico e da construção de um profissional capaz de gerir prioridades, cuidados, equipas e serviços, tendo por mote a capacidade de decidir perante situações de elevada complexidade, em benefício do doente e da sua recuperação.

É oportuno salientar que para o EESIP o alvo dos cuidados é o binómio criança/família sendo, portanto estes, os beneficiários da sua intervenção (Regulamento n.º 422/2018).

A estrutura pela qual optei, almeja a simplicidade interpretativa para que a sua leitura e análise possam ser tão lineares como indutoras de reflexões. Assim, começarei por discorrer sobre os contributos que a realização, no segundo semestre, da unidade curricular: A saúde da criança e da família – vigilância e decisão clínica, proveio para uma aquisição de competências mais estruturada, um corpo de conhecimentos mais robusto e uma reflexão da realidade mais abrangente. Depois, optei por dividir o desenvolvimento dos elementos textuais deste documento em quatro blocos temáticos que identificam a tetralogia dimensional, defendida pela OE e que o Enfermeiro Especialista (EE) deve dominar: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Em cada uma destas dimensões agrupo um conjunto de objetivos pessoais e respetivas atividades conseqüências que ao serem explanados e intercalados com segmentos reflexivos e literários, justificam a consecução de cada uma das competências específicas do EESIP. Uma vez que a conceção do conhecimento é sempre um caminho particular e reflexivo, a enumeração isolada das atividades desenvolvidas, seriam insuficientes, daí ter desenvolvido um processo meditativo que lhes atribuíssem significados próprios, pela aglutinação às estruturas cognitivas pré-existentes. Paralelizando com Piaget, o exercício de reconstrução do real, bem como a sua análise pós-concretização, abre espaço à adaptação pela assimilação e acomodação de novos saberes, de novas informações, de novas formas de perspetivar o mesmo objeto e/ou realidade, que dificilmente aconteceria sem calcorrear os caminhos desta meta aprendizagem em busca de um crescimento conceptual, que o equilíbrio das novas estruturas cognitivas irá garantir (Papalia, et. al, 2001). Por fim, a conclusão e a bibliografia encerram o documento por esta ordem.

2- CONTRIBUTO DA UNIDADE CURRICULAR: A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA

Competências específicas do EESIP alcançadas em estágios anteriores

*** Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**

*** Produz um discurso pessoal fundamentado, atendendo às diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados**

O segundo semestre do primeiro ano do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica foi constituído pela realização de um estágio que visava os seguintes objetivos: - Reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência à criança e família: - eleger métodos de colheita e análise de informação sobre os problemas detetados; - formular diagnósticos e analisar criticamente os resultados encontrados; - identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com segurança, controlo da infeção e a sobrecarga dos cuidadores familiares; - participar na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância do trabalho em equipa, e; - comunicar conclusões e os raciocínios que as fundamentam. Com este segmento formativo o estudante tem a possibilidade de dar início à aquisição de competências específicas do EESIP, através de um processo de construção e indagação mútua e permanente.

Nas 300 horas destinadas a este segmento formativo tive a oportunidade de conhecer a realidade de um serviço de urgências pediátrico e de neonatologia, que embora muito distintos no seu formato, objetivos e tipo de utentes acolhidos, partilhavam princípios que me permitiram perspetivar pontes entre si, padrões de assistência e índices de qualidade que fiz por melhorar cada vez mais.

De entre as 24 competências assumidas pela Universidade Católica Portuguesa para este curso, as duas que destaquei anteriormente conseguem, simultaneamente, sintetizar todas as outras (o que valida a sua pertinência caso decidisse associa-las a outro objetivo qualquer), mas também encetam os dogmas que pautaram o meu caminho, escolhas e ambições desde o primeiro dia em estágio, por isso considerei que seriam as duas competências que mais se destacaram num percurso por dois contextos extremamente exigentes, caracterizados por uma forte vertente técnica e em que a capacidade de decisão

e atuação têm de ser tão breves quanto seguras. Daí que grande parte do investimento que realizei foi no desenvolvimento da capacidade de observação, de integração, de gestão de conhecimentos, de deliberação e de atuação fundamentada pela evidência científica, mas também pela empírica. Embora considere que optei por realizar o curso de especialidade tardiamente tendo em conta a minha experiência profissional, a verdade é que essa mesma experiência permite-me agora compreender e produzir, com outra maturidade e capacidade, um discurso pessoal fundamentado que resulta de um processo de autodesenvolvimento coerente, responsável e dirigido para os objetivos que pretendo alcançar, para o profissional que pretendo ser e para a diferença que almejo fazer enquanto EESIP. É, portanto, esta perspetiva que justifica a minha postura, o meu trabalho e a minha aprendizagem no decurso do estágio em neonatologia e no serviço de urgência pediátrica, onde, numa fase preambular de tirocínio em contexto clínico e com pouco tempo para desenvolver aprendizagens mais profundas, as competências que fiz por desenvolver (para que pudesse alcançar as restantes com maior facilidade e capacidade), foram aquelas que viabilizavam a autoaprendizagem (saber observar, o que observar, o que pesquisar, onde pesquisar e saber utilizar o conhecimento adquirido) e a produção de um discurso (próprio, adequado a todas as idades e níveis de compreensão, mais assente na capacidade de escuta que na produção verbal) que me concedesse a idoneidade de comunicar assertivamente, tanto com o binómio de utente pediátrico, como com a equipa multidisciplinar. Além dos resultados académicos, profissionais e pessoais terem sido excelentes, a viabilidade de construção de novas aprendizagens que estas competências me concederam nos ciclos de estudos posteriores, corroboram a sua importância e a sua escolha como acertada.

3- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Regulamento n.º 140 de 2019 identifica as competências comuns afetas a todos os enfermeiros especialistas (EE) como sendo: - Responsabilidade ética e legal; - Melhoria contínua da qualidade; - Gestão de cuidados, e; - Desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Neste sentido, a formação especializada visa dotar o profissional de um conjunto de competências específicas de cada área de especialização, que além de serem imprescindíveis à sua prática, o identifica como especialista da mesma. O regulamento n.º 422 de 2018 instituiu como competências específicas do EESIP as seguintes: - assistência à criança/jovem com a família para a maximização da sua saúde; - o cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; - prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Neste sentido, no preâmbulo de cada um dos segmentos formativos em contexto real de trabalho é expectável que se definam objetivos pessoais que elenquem um conjunto de atividades que lhes deem corpo e, simultaneamente, contribuam para a edificação das competências supracitadas. É com base nesta metodologia, que apresento de seguida os objetivos pessoais que tracei para cada um dos estágios, epilogados de um texto reflexivo que, ao ser intercalado com evidências científicas da literatura atual, lhes conferem substrato académico-formativo, realidade e unicidade. Para que esta informação pudesse ser organizada de forma simples, optei por a dividir sob a égide de 4 domínios de competências comuns a todos os EE, que nos foi proposto nas aulas de orientação tutorial e que não deixam de ser sinónimos dos regulamentados em diário da república, que são: - a prestação de cuidados; - a gestão de cuidados; - a investigação, e; - a formação.

3.1- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A performance do EESIP evidencia-se na prestação de cuidados diferenciados, provendo respostas globais e adaptadas ao mundo de cada criança, trabalhando no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de gestão eficiente (Regulamento n.º 422/2018) para que, a maximização e a qualidade dos cuidados a cada criança/família não seja algo excepcional, mas uma realidade permanente.

Objetivo específico

Aprofundar conhecimentos / desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família nos diferentes contextos da prática.

Atividades desenvolvidas

- Prestei Cuidados de Enfermagem Especializados à criança/família segundo a metodologia do processo enfermagem (colheita de dados; formulação dos diagnósticos, planeamento, execução e avaliação dos cuidados) nos diferentes contextos de assistência;
- Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do plano de estudos do curso;
- Observei EESIP na prestação de cuidados especializados à criança/família;
- Realizei pesquisa bibliográfica acerca de temas prementes na prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio;
- Esclareci dúvidas com os enfermeiros tutores e restantes EESIP;
- Refleti de forma crítica sobre situações simples e complexas com vista à melhoria contínua da qualidade.

Reflexão

A prestação de cuidados em enfermagem, para que possa ser adaptada a cada cliente, sua especificidade clínica e social deve acontecer como etapa de um processo sequencial, adaptativo e auto avaliativo que assegure a sua cientificidade e a sua redefinição à medida que o estado do cliente evolui. Tendo por objetivo o desenvolvimento de competências que me permitissem prestar cuidados especializados à criança/família num crescendo de qualidade, a realização de processos de enfermagem para todos os clientes foi basilar. Embora pudesse prestar cuidados de forma isolada para a resolução de uma necessidade identificada ou para cumprir uma atitude terapêutica, o que mais contribuiu para o meu processo formativo foi a sistematização das diferentes etapas do processo de enfermagem, com um pendor reflexivo, que me levou a optar por determinadas estratégias e cuidados aceites como os mais apropriados em cada intervenção. O processo de enfermagem, é um

instrumento específico da atuação do enfermeiro, necessário para a profissionalização e constituição de uma identidade profissional (Adamy, Zocche & Almeida, 2020). Mais do que *modus operandis* do enfermeiro, é uma ferramenta que confere cientificidade na abordagem ao seu objeto de trabalho, o cuidar.

Embora as 5 etapas do processo de enfermagem sejam igualmente importantes, a colheita de dados, pelo facto de iniciar todo o processo, influencia-o de forma preponderante, contribuindo diretamente para o sucesso e resultados finais do mesmo. Uma das primeiras aprendizagens que assimilei, por influência direta de uma enfermeira tutora, foi sobre a realização da colheita de dados. A experiência e o conhecimento que a enfermeira tutora detinha possibilitava a formulação de um conjunto de questões aos pais/cuidadores e às crianças (quando já possuíam capacidade de resposta adequada), de observações e de testes muito pertinentes (que na altura considerei até como visionários), que lhe permitiram encontrar de forma rápida e eficaz os focos de atenção e, daí em diante, formular os diagnósticos adequados, bem com as consequentes atividades e processo avaliativo. Esta capacidade objetivou o meu processo formativo, desejando que no final do estágio pudesse estar tão perto quanto possível desta performance. Assim, projetei e realizei um conjunto de atividades que me ajudaram a desenvolver cuidados de enfermagem especializados cada vez mais robustos. Comecei por observar, registar, questionar e refletir sobre a prestação de cuidados especializados desenvolvidos pelos enfermeiros tutores e outros EESIP. A sua experiência e a forma como optaram atuar, uma vez explicitadas, levaram-me a refletir, a aprender e a construir o meu próprio estilo de atuação, que teve a vantagem de se apropriar das conclusões que eles já haviam conquistado (pelo esforço das suas pesquisas, correção de erros e cogitação de experiências), concedendo-me acesso a um conhecimento mais polido e avançado que, de certa forma, me obrigava a trabalhar na construção de novos saberes, para que pudesse honrar tal dádiva.

Para que pudesse prover respostas adequadas a cada situação, tive necessidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos que adquiri na fase teórica do curso, aprofundá-los e intercalá-los com novas pesquisas que ia realizando de forma sistemática e direcionada. Não posso afirmar que me debrucei sobre todos os temas da forma e com a profundidade que gostaria, mas fiz por reunir informação mais do que suficiente para dar resposta às necessidades de conhecimento identificadas e por aplicar os novos na prática, para que esta os pudesse validar, ajustar e melhorar. Para que a colheita de dados pudesse ser competente aprofundei conhecimentos sobre as alterações induzidas pelos diferentes

estádios de desenvolvimento da criança (geral, neurológico, linfoide e genital, Hockenberry & Wilson, 2014), indicadores de crescimento, curvas de percentil e indicadores de maturação, apoiado na lógica de que dominando os padrões expectáveis estaria mais capaz de identificar desvios e sinais de alarme, o que se veio a revelar muito útil nos diferentes contextos onde intervi.

Para aprofundar conhecimentos e capacidade de formulação de diagnósticos, pesquisei sobre os focos de atenção mais comuns em pediatria e a que diagnósticos conduziam. Fiz por trabalhar e explorar os sete eixos da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e como estes poderiam ser mobilizados e registados em SClínico.

No que tocou ao planeamento e execução de atividades, a pesquisa que efetuei foi mais direcionada para temas mais específicos e ou invulgares, já que senti que o conhecimento que dominava até então, necessitaria de ser reforçado, aprofundado e/ou ampliado para que pudesse desenvolver atividades mais específicas, diversificadas e criativas. Assim, aprofundei as seguintes temáticas: necessidades da criança, vacinação (plano nacional de vacinação, adaptação do plano, efeitos secundários da vacinação, sinais de alerta e autocuidados), introdução de novos alimentos, promoção de comportamentos saudáveis (expressão de emoções, massagens, higiene do sono) e prevenção de comportamentos de risco (segurança rodoviária, consumo de substâncias aditivas, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais), higiene respiratória, cinesioterapia, reações alérgicas, esclerose múltipla, síndrome de patau e diabetes inaugural.

No que toca aos indicadores avaliativos, estes foram sendo aprofundados pelas pesquisas que efetuei dos diversos temas, mas fundamentalmente pela evolução da observação e capacidade comunicacional com o binómio de utentes pediátrico que a experiência, atenção e capacidade de indagação me permitiu.

Para além desta mobilização de conhecimentos, a minha aprendizagem também se desenvolveu pela observação e esclarecimento de dúvidas junto da equipa de enfermagem e multidisciplinar, uma vez que percebi que os cuidados de excelência não residem na aplicação escrupulosa da evidência científica mais recente, mas na cientificidade de

cumprir com os princípios da evidência nas condições e recursos que o contexto possui, o que faz dos mesmos peritos na sua área de atuação.

Autores como Garcia & Nobrega (2009) ou Adamy, Zocche & Almeida (2020), referem que a prática estruturada pelo processo de enfermagem desenvolve sentimentos de pertença que permitem o desenvolvimento de competências específicas, autonomia e apoio à tomada de decisão, permitindo ao enfermeiro ser criativo em situações mais comuns ou encontrar caminhos perante situações novas ou imprevistas. A obrigatoriedade de uma revisão cíclica, a que este processo obriga, ajudou-me a redefinir estratégias e atividades que, gradualmente, produziram respostas cada vez mais adaptadas. Recordo-me do caso de uma criança com necessidades especiais que era portadora de várias patologias genéticas, entre elas esclerose múltipla e síndrome de Patau, o que condicionava, entre outras, a sua mobilidade e capacidade comunicacional. Esta criança era institucionalizada e passava grande parte do dia sem a companhia dos cuidadores habituais. A prestação de cuidados a esta criança revelou-se tão desafiante como enriquecedora, uma vez em que tive de aprender a comunicar com ela, à medida que prestava cuidados especializados cada vez mais diferenciados. Fiquei agradavelmente surpreendido com a evolução dos meus cuidados ao longo do período de internamento, que derivaram de uma reformulação frequente e cada vez mais capaz, de um processo de enfermagem que se iniciou muito abrangente, mas que se foi aprimorando e especificando. Esta prática levou-me a **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família** e a desenvolver uma maior **capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas**.

No decorrer do estágio no serviço de pediatria tive a possibilidade de colaborar com a enfermeira tutora na prestação de cuidados especializados a 55 crianças/família com idades compreendidas entre os 3 meses e os 18 anos de idade, sendo que o motivo de internamento, em 28 dos casos derivou de um problema médico, 11 por problemas cirúrgicos e os restantes eram internamentos em regime de ambulatório. Com todas, além de realizar processos de enfermagem e planos de cuidados dedicados, concebi um diário de eventos onde registei as aprendizagens mais significativas, bem como os focos de atenção e as atividades que as sustentavam. Este registo, além de orientar os meus interesses e monitorizar o meu desempenho, permitiu uma profunda reflexão sobre as experiências vivenciadas versus a eficiência e qualidade dos cuidados prestados, reveladores do índice

de domínio de competências que me propus alcançar. Era de resto esta **avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos** que me permitia **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**.

O exercício profissional dos enfermeiros constitui-se por dois tipos de intervenções, aquelas que são iniciadas por outros profissionais da equipa (intervenções interdependentes) e as que derivam da prescrição independente dos enfermeiros (intervenções autónomas) (OE, 2001). Nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de desenvolver e colaborar na prestação de cuidados especializados que derivavam destes dois tipos de intervenções e, se por um lado sentia que necessitaria de trabalhar mais as intervenções autónomas (cimentando as competências específicas do EESIP), por outro, a capacidade de gerir de forma crítica e reflexiva as intervenções interdependentes, revelou outra faceta da atuação do EESIP, uma vez que o domínio de um maior leque de conhecimentos e de competências especializadas permitia o desenvolvimento de planos de cuidados mais abrangentes e detalhados que influenciavam a dinâmica da equipa multidisciplinar. No serviço de internamento pediátrico a equipa médica reúne todas as manhãs com um representante da equipa de enfermagem para discutir os casos clínicos de todas as crianças internadas e, acordar reajustes aos planos terapêuticos. Tive oportunidade de assistir e até de intervir em algumas dessas sessões e a experiência revelou-se peculiarmente pedagógica, uma vez que senti, de uma forma mais contundente, o que era fazer parte de uma equipa multidisciplinar e a capacidade da mesma, de se influenciar mutuamente na demanda de decisões e intervenções terapêuticas, que se revelavam mais eficientes e comprometedoras de um maior empenho de todos os intervenientes, quando os mesmos participam diretamente na tomada de decisão. Embora os constrangimentos logísticos e temporais dificultassem a presença e o contributo de toda a equipa de enfermagem, fiz questão de propor alternativas que o pudessem viabilizar, para que a equipa desenvolvesse um maior sentido de pertença perante as intervenções interdependentes e, dessa forma, se sentisse desafiada a desenvolver intervenções autónomas mais criativas, articuladas e de maior qualidade.

Uma vez que as intervenções autónomas se iniciam na prescrição do enfermeiro, este assume também a sua implementação técnica (OE, 2001), o que exige a **tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**.

Esta tomada de decisão fundamentada faz realçar, mais uma vez, a importância de um processo de enfermagem que tenha em atenção os princípios éticos e sociais que devem pautar a implementação das atividades. Foi, de resto para mim, uma preocupação permanente, a de intervir nos diferentes contextos com uma atitude ética e responsável de forma a assegurar o respeito pela privacidade e dignidade de cada criança/família, assegurando o acesso e a confidencialidade das informações, crenças e valores com vista à prestação de cuidados mais humanos, dignificantes e de excelência. É comum existir menor rigor na implementação dos princípios de privacidade e confidencialidade no seio de uma enfermaria pediátrica. Sob a ideia preconcebida de que se tratam de crianças, onde não parece existir maldade, onde várias famílias partilham um espaço pequeno e todos parecem ter compaixão pelo sofrimento dos outros, a verdade é que a realidade tem contornos diferentes. A visão do binómio de utentes pediátrico que, fundamentalmente, o curso de especialidade me trouxe, permitiu compreender que a privacidade, a confidencialidade, o respeito pelos valores éticos e culturais não devem ser apenas assegurados para as crianças mas também para a família que a acompanha no internamento e isso, mudou toda a minha forma de ver e atuar em contexto clínico. Assim, tentei resguardar a unidade de cada criança (e família) em todos os momentos que fossem importantes para o reforço das suas estruturas familiares, rotinas e dinâmicas, ou seja, em momentos de amamentação, ao adormecer, ao realizar cuidados de conforto e higiene, assim como outros procedimentos terapêuticos que fossem um pouco mais além do que a simples administração de medicação (o que embora não “tivesse nada de mal” senti que fragilizava muito os pais, mesmo que inconscientemente, verem e deixarem expor o seu(ua) filho(a) a tais procedimentos, porque isso atestava que os mesmos necessitavam de cuidados especiais e nenhum pai gosta de o assumir, ainda que sejam temporários e numa enfermaria), bem como na partilha de informações clínicas e/ou pessoais (familiares), fazendo sempre por reduzir o tom de voz ou escolhendo um lugar privado para o fazer. Parecem pequenos pormenores, mas que têm uma importância imensa para toda a família e para o fortalecimento das suas estruturas, num ambiente que as fragiliza por estarem dependentes de cuidados que eles próprias não conseguem prover, mas que têm o poder de influenciar toda a relação terapêutica e consigo, todo o plano de cuidados e processo de convalescença. Recordo-me do caso de uma criança pré-adolescente que havia sido internada após separação cirúrgica dos lábios vaginais internos, o que estava a impedir a libertação do sangue associado à menarca. Após o primeiro levante pós cirúrgico, que decorreu sem intercorrências e sob a vigilância de dois enfermeiros, a criança e a mãe

foram para a casa de banho para que a primeira se banhasse. Durante o mesmo, a pré-adolescente ao confrontar-se com a sua primeira hemorragia vaginal teve uma síncope e a mãe, perante tal cenário, ficou incapaz de a ajudar porque teve uma lipotimia, conseguindo, ainda assim pedir ajuda. Por uma questão de privacidade, optei por deixar que enfermeiras respondessem a esse pedido, mas devido ao espaço exíguo da base de chuveiro e às dimensões/peso da criança estava-lhes a ser difícil retirá-la de lá com a brevidade e segurança necessárias, assim decidi avançar, mas antes abri um lençol à minha frente que limitava o meu campo de visão e assegurava a privacidade da jovem, depus o depois sobre a mesma e com maior à-vontade para todos, levei-a para a sala de tratamento para observação e recuperação. Percebi, posteriormente, que este gesto fez toda a diferença para aquela mãe e criança, uma vez que as mesmas, não sendo eu o seu enfermeiro de referência, partilhavam comigo a sua recuperação e as suas dúvidas, sublinhando o reforço da relação terapêutica que os procedimentos éticos e respeito pela unidade familiar, conseguiram produzir.

Durante o estágio que decorreu em contexto comunitário tive a oportunidade de prestar cuidados especializados à criança e família sob os princípios da vigilância de saúde da comunidade, contribuindo para o cumprimento das orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) patentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Assim, colaborei na realização de 22 consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, tendo a oportunidade de prestar cuidados a crianças em todas as idades-chave previstas no PNSIJ, que exigem uma atenção especial por parte da equipa multidisciplinar pediátrica, fundamentalmente do EESIP, uma vez que lhe cabe grande parte da responsabilidade de acompanhar e preparar a família, antecipadamente, para etapas fundamentais da vida do bebé, da criança ou do adolescente, que se caracterizam por alterações significativas no desenvolvimento físico, psicomotor, emocional e cognitivo (DGS, 2013) que por sua vez implicam modificações na socialização, alimentação e escolaridade. Tendo por base as diretrizes do PNSIJ, mas também a de outros programas desenvolvidos pela DGS (Programa Nacional de Vacinação, Saúde Infantil e Juvenil, Crianças e Jovens em Risco, Saúde Oral, Saúde da Visão, Saúde Escolar, entre outros) fui capaz de realizar e colaborar em diversas atividades cruciais no apoio ao desenvolvimento saudável das crianças e famílias com quem contatei. Assim, em contexto de consulta elucidei os pais para a importância dos cuidados antecipatórios (como a alimentação, a saúde oral, os hábitos de higiene, de sono e repouso, o comportamento social, os acidentes e segurança, a

comunicação, entre outros), o que além de os preparar para as etapas de desenvolvimento seguintes, aperfeiçoava o seu papel parental e dissipava grande parte das suas dúvidas e receios. Um dos objetivos da consulta passava pela avaliação dos parâmetros antropométricos (altura/comprimento, perímetro cefálico, peso, tensão arterial, índice de massa corporal, audição, visão, entre outros), no sentido de compreender se o desenvolvimento da criança estava a acontecer dentro dos padrões expectáveis. Para tal, apliquei a Escala de Desenvolvimento Psico-Motor de Mary Sheridan Modificada que, além de revelar tendências do desenvolvimento, ajudava a explicar aos pais a importância relativa dos resultados obtidos, que em caso de desvio, mereciam reavaliações mais frequentes ou específicas em consultas futuras, bem como, ajustes em determinadas atividades de vida que iriam produzir novos estímulos e prováveis correções. Esta estratégia, conduziu a oportunidades formativas extremamente ricas pela individualização que possuíam, mas também devido à expressão de sentimentos e dúvidas mais específicas, que uma vez respondidas, ofereciam aos pais a tranquilidade e segurança suficientes para aplicar os conhecimentos aprendidos, o que se revelou para mim, além de um instrumento de aprendizagem fundamental (pela pesquisa, diversidade e necessidade de atualização de conhecimentos que tinha de ter) um bálsamo espiritual e intelectual fantástico, porque obtinha resultados quase imediatos da minha intervenção e sentia o quanto tinha ajudado aquelas famílias.

Todas as consultas de idades-chave possuem objetivos e atividades específicos, mas há algumas muito particulares como é caso da consulta do Recém-Nascido (RN). Nesta pude realizar o teste de diagnóstico precoce (elucidando os pais quanto aos objetivos da sua execução e forma de acesso aos resultados), confirmar a vacinação administrada no hospital, testar a presença dos reflexos do RN, surgimento de alterações na pele, alterações à cicatrização do coto umbilical, inteirar-me de intercorrências no parto, dificuldades na amamentação e recuperação materna. A amamentação e o incentivo à manutenção da mesma, de forma exclusiva até aos 6 meses de idade, eram sempre temas centrais nestas e noutras consultas de lactentes.

Outras consultas peculiares eram as dos adolescentes pela imprevisibilidade com que decorriam, tornando-as num desafio permanente. Grande parte dos intuitos desta consulta passam pela responsabilização progressiva do adolescente face ao seu projeto de saúde, trabalhando simultaneamente o equilíbrio da sua autoestima e autonomia. A comunicação neste reduto é um instrumento que tem de ser habilmente utilizado, porque a abordagem de temas como alterações corporais, sexualidade, proteção contra infeções sexualmente

transmissíveis, gravidez indesejada, consumo de substâncias aditivas, prevenção de comportamentos de risco e violência, possuem uma sensibilidade elevada nesta idade, que também exigem um acompanhamento e encaminhamento capazes de auxiliarem os jovens a optarem por hábitos de vida saudável. Embora tivesse obtido bastante sucesso em vários segmentos destas consultas, senti inicialmente dificuldades na sua condução, devido à fluidez como estes temas eram abordados e vivenciados por cada um. Além disso, o consultório onde as mesmas se realizavam tinha uma decoração infantil, o que condicionava o à-vontade dos adolescentes em se expressarem. Tive a oportunidade de refletir sobre estas contingências com as enfermeiras que realizavam as consultas de desenvolvimento infantil e dessas conversas, surgiram algumas sugestões de melhoria que as mesmas iam tentar implementar, a começar pela adequação do espaço utilizado para estas consultas.

Nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil abordei quase todos os temas inerentes ao desenvolvimento físico, psíquico e social das crianças. De entre alguns pouco comuns, como eritemas da infância ou sinais de doenças do espectro do autismo, os mais frequentes foram: - o início da diversificação alimentar e ordem de introdução dos alimentos (o que conduzia frequentemente a dúvidas e mudanças no seio familiar); - hábitos e higiene alimentar (derivado frequentemente de marginalizações de curvas estado-ponderais e que por vezes levaram a referenciação de algumas crianças para a consulta de nutrição); - hábitos de vida saudável como a realização de desporto regular, o uso comedido das novas tecnologias e o incremento do convívio familiar como estratégia principal para a promoção de vínculos afetivos e desenvolvimento de competências sociais e educacionais; - higiene oral e o incentivo ao uso do cheque dentista; - a prevenção de acidentes, e; - adesão e cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Mais do que o domínio da técnica na administração de 44 vacinas a crianças de diferentes idades, o conhecimento do PNV com as alterações mais atuais, a elucidação dos pais quanto a cuidados a ter e possíveis reações, ou o domínio das regras de ajuste à imunização quando as crianças não foram vacinadas nas datas previstas, a principal ação que desenvolvi neste reduto, foi a sensibilização de todas as famílias para a importância de adesão ao plano, não só para cada um, mas para a sociedade em geral. Foi interessante, mas também assustador, constatar que há um número significativo de pessoas céticas a aceitar as características do PNV como vantagens para a sua saúde e dos seus filhos, o que me levou a refletir sobre a necessidade

de um reforço e/ou mudança de estratégias de promoção de saúde face a este tema, no qual os enfermeiros são agentes essenciais.

Uma das atividades principais que me permitiu a consecução deste grande objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, **foi a reflexão na e sobre a prática, de forma crítica** e permanente, tanto de situações simples como complexas, com vista ao desenvolvimento de processos de enfermagem capazes de prover respostas adaptadas a cada situação e binómio de utentes pediátrico. Foi com base em pesquisas profundas e direcionadas que alimentaram um pensamento racional e deliberado, que consegui fazer do processo de enfermagem um instrumento que adquire, avalia e organiza o conhecimento, através do pensamento que ajuíza uma situação clínica, perspetivando o melhor resultado para o cliente (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, acredito ter **demonstrado um nível de aprofundado de conhecimentos na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica**, não tanto pelas respostas que produzi (que acredito terem sido muito positivas), mas principalmente pelo processo de indagação de conhecimentos e formulação de respostas nos diferentes contextos pediátricos, que aprendi a dominar.

Objetivo específico

Promover cuidados centrados na família

Atividades desenvolvidas

- Assumi a família como unidade recetora de cuidados em pediatria;
- Envolvi a família na prestação de cuidados à criança;
- Promovi e incentivei à parceria de cuidados;
- Incentivei à comunicação intrafamiliar e partilha de problemas;
- Incentivei à utilização de suportes familiares, comunitários e sociais com apoio em ecomapas e genogramas;
- Incluí os irmãos como elementos fundamentais nos processos transitivos causados pelo internamento, doença ou condição de saúde;
- Incentivei e dei suporte à manutenção das rotinas familiares;
- Promovi, tanto quanto possível, um ambiente adequado à criança/família;
- Apoiei os processos transitivos.

Reflexão

Os cuidados centrados na família assentam no pressuposto de que a família também tem de ser alvo de cuidados para que possa proporcionar às crianças as melhores condições de desenvolvimento, ostentam a manutenção e reforço dos papéis e laços da família com a criança, e a preservação, tanto quanto possível, da normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2010).

Este era, de resto, o mote para todas as receções feitas ao serviço pela enfermeira que tutorou o meu estágio no serviço de pediatria. Com ela aprendi desde o primeiro dia, que já é difícil o suficiente a sujeição das crianças e dos seus pais ao internamento, às suas condições físicas e procedimentos, daí que se pudermos respeitar e favorecer a manutenção do maior número de rotinas familiares, estaremos a contribuir para a manutenção de âncoras de estruturação pessoal e familiar, fundamentais para aliviar as dificuldades dos processos transitivos (Hockenberry & Wilson, 2014). Este gesto de humanidade, era também entendido como um sinal de preocupação por parte da equipa quanto ao bem-estar, não só da criança, como de toda a família, aceitando-a formalmente como unidade recetora de cuidados. E assim, com 2 perguntas e um pouco de boa vontade, dava-se início a um processo comunicacional mediado pelo respeito mútuo e parcerias de cuidados mais eficientes.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu o Modelo da Parceria de Cuidados, em que realça a importância fulcral dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e concebe uma filosofia de enfermagem pediátrica que planeia, põe em prática e avalia os cuidados a prestar ao doente pediátrico em função de uma centralidade familiar (Mendes & Martins, 2012). As autoras destacam como premissa basilar deste modelo o reconhecimento dos pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (fundamento corroborado também por Brazelton & Sparrow, 2013, adjectivando-os de peritos dos filhos). Desta forma, à medida que os pais aprendem sobre as necessidades de cuidados de saúde dos filhos tornam-se especialistas na prestação de cuidados, desde que apoiados e bem orientados. O modelo de parceria de Anne Casey emerge numa altura em que se projeta uma mudança na filosofia de cuidados de saúde, evoluindo-se no sentido de acreditar que as pessoas devem ser responsáveis por zelar pela sua saúde e daqueles que têm a seu cuidado. Desta forma, a abordagem da Enfermagem à saúde da população tende a modificar-se, deixando de estar centrada apenas na prestação de cuidados diretos e passa a promover cuidados que visem a

sua autonomia. Como referem Alves, Amendoeira e Charepe (2017) a realidade atual das organizações de saúde infantil e juvenil considera os pais como parceiros dos profissionais de saúde, fazendo parte do seu papel cuidar do filho, na saúde e na doença, o que é tão importante quanto alimentar, educar, distrair ou facilitar o desenvolvimento. Logo, um dos objetivos da enfermagem pediátrica é conceber condições para que a criança e a família possam satisfazer as suas necessidades em cuidados de saúde, com o mínimo de intervenções diretas dos enfermeiros.

O serviço de pediatria onde estagiei possui uma boa receptividade ao modelo de parceria de cuidados o que levava a que a participação dos pais nos cuidados às crianças fosse comumente aceite e desejável, no entanto, devido ao elevado número de utentes ao cuidado dos enfermeiros e conseqüente excesso de trabalho, nem sempre era fácil desenvolver os processos de negociação prévia à realização dos cuidados, como é apanágio deste modelo. O que acontece frequentemente, no entender de Ygge & Arnetz (2004), é que durante a hospitalização os pais experimentam a não negociação do seu papel (ou seja, a delegação de tarefas sem coparticipação na decisão sobre as mesmas), o que associada à falta de informação dirigida, pode conduzir a sentimentos de grande ansiedade, isolamento e a desequilíbrios familiares.

Ciente deste problema e das vantagens do modelo de parceria de cuidados, fiz por explicitar, na fase mais precoce do contato com os pais, em que é que se baseava a parceria de cuidados e como eles poderiam integrar a mesma. Com esta postura, incentivei à manifestação de dúvidas e sentimentos que tanto orientavam as minhas atividades de apoio e explicações, como também reforçavam os laços de parceria e confiança que nos uniam em torno de objetivos comuns.

Este modelo de parceria de assistência de enfermagem coloca em evidência a centralidade da criança e da família no processo de cuidar, devido à partilha de poder com outros profissionais de saúde e à sua total integração na tomada de decisão (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017). Por parceria entende-se partilha, apoio, negociação do cuidado às crianças, ensino e envolvimento da família, como resultado de uma negociação estabelecida previamente. Negociação esta, que é alicerçada em valores de equidade entre pais e enfermeiros e, uma vez implementada, valoriza uma dinâmica colaborativa no estabelecimento do plano de cuidados (Idem, 2017). Esta negociação não é fácil, uma vez que obriga a uma cedência de poder por parte dos profissionais de saúde, numa casa em

que é sua e onde têm de dar resposta a um conjunto de objetivos institucionais, num determinado ritmo, que poucas vezes é o mesmo das famílias em aprendizagem. Foram estes motivos que alicerçaram as principais dificuldades que encontrei na implementação completa dos princípios da parceria de cuidados, no entanto, considero-me afortunado pelas condições que me propiciaram, para que eu, enquanto estudante, pudesse implementar todas as estratégias e atividades que maximizassem esta parceria e os resultados que dela pudessem advir. Além de partilhar com a enfermeira tutora os cuidados ao binómio de utentes que lhe eram atribuídos, a mesma concedia-me a possibilidade de me dedicar, com maior rigor, a um ou dois em específico, para que dispusesse das condições necessárias para estabelecer corretamente os princípios que sustentam a parceria de cuidados, aplicá-los e avaliar resultados.

Visando a tomada de decisão partilhada e não a mera participação nos cuidados à criança, fiz por capacitar os pais do seu papel de cuidadores mesmo dentro dos limites hospitalares, com aptidões para a tomada de decisão informada e consciente. Para tal, foi fundamental habilitá-los de conhecimentos e competências que lhes permitissem optar de forma informada e de prestar cuidados adequados ao seu(ua) filho(a). Assim, efetuei os ensinamentos necessários para que os pais/cuidadores pudessem dar resposta às necessidades das crianças e apoiei os processos de tomada de decisão perspetivando os possíveis resultados das suas opções, para que os mesmos decidissem conscientemente, tendo em conta as suas crenças e realidade familiar. Fiz também por integrar os pais/cuidadores nas dinâmicas do serviço e sempre que demonstrassem vontade e competências na prestação de cuidados à criança, supervisionei os cuidados e avaliei a sua autonomia na realização dos mesmos, provendo o feedback necessário à sua maximização.

Como já referi, trabalhar de acordo com estes princípios, exige a aceitação, por parte dos enfermeiros, da importância da negociação na parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais. Esta negociação caracteriza-se, na perspetiva de Salvador et al. (2016), como o elemento fulcral da interação efetiva entre pais e enfermeiros. Uma vez aceite, compreendida e colocada em prática, os resultados desta parceria conseguem, frequentemente, exceder expectativas para todos os intervenientes. Durante o período em que estagiei no serviço de pediatria, tive a oportunidade de acompanhar um número significativo e invulgar de crianças com diabetes inaugural. Este processo, como é fácil perceber, acarreta para a criança, mas principalmente para a família (devido à necessidade de lidar com as contingências da doença), um conjunto de consequências, ajustes e

processos de aceitação que não facilitam a aprendizagem e a execução dos cuidados necessários à nova condição de vida do(a) seu(ua) filho(a). Foi por isso importante comprovar o quanto a metodologia da parceria de cuidados, corretamente implementada, pode fazer diferença na facilitação dos processos de transição, no domínio dos cuidados e das características mais relevantes da patologia, da satisfação dos utentes e até na duração do internamento. A sensação de que a equipa de enfermagem estaria incondicionalmente disponível para apoiar sem impor ou substituir, respeitando a privacidade sem deixar de inculcar a partilha de problemas, comprometendo-se com metas negociadas e respeitando necessidades familiares, anseios e tempos de aprendizagem, criava condições psicológicas, anímicas e instrumentais para que de uma forma mais célere, segura e acompanhada, os pais assumissem a responsabilidade de cuidar da saúde dos seus filhos, mesmo em condições complexas e variáveis, como é a gestão da diabetes.

Pais a quem lhes foi inculcada, desde a sua receção no serviço, a ideia de que a sua opinião, os seus sentimentos, a sua vontade de querer prestar cuidados em ambiente hospitalar são importantes, tornam-se atores que, paulatinamente, ganham confiança e protagonismo na execução do plano de cuidados, na vigilância de sinais de alerta e nas propostas de melhoria. Ao conquistarem conhecimentos, habilidades e competências na gestão dos cuidados prestados aos seus filhos, os pais conquistaram também confiança, serenidade e um novo papel parental, agora mais completo e evoluído.

Ao contrário do que acreditava, a realidade veio demonstrar que o acréscimo de poder, mas também de responsabilidade, no tratamento do seu filho, nem sempre é desejado ou gerido de forma correta pelos pais/cuidadores. A cultura construída e enraizada desde há dezenas de anos de que os profissionais de saúde são as pessoas mais indicadas para tomar decisões sobre a saúde dos utentes, freia a iniciativa e a vontade de alguns pais/cuidadores fazerem ou intervirem mais nos processos de tratamento que, uma vez associada ao medo de prejudicar, leva muitos a optarem pela inatividade, perdendo-se oportunidades importantes de contribuírem para a execução do plano de cuidados e para o incremento de uma parentalidade mais capaz de enfrentar as dificuldades inerentes ao desenvolvimento de qualquer criança. Logo, uma boa parte da minha ação passou pela gestão destas vontades e medos, apoiando, estimulando e reforçando a importância da intervenção parental, favorecendo a ação e a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha

bidirecional, sabendo ouvir e atribuindo valor aos seus conhecimentos e experiência (OE, 2010).

Apesar de se considerar a criança/família como a unidade recetora de cuidados em pediatria, o enfermeiro não pode esquecer que a mesma é composta por outros elementos, muito próximos, como é o caso dos irmãos, ou mais distantes, como outros elementos da família, estratificados por graus de parentesco. Cada um destes elementos desempenha o seu papel e pode influenciar diretamente a saúde e os cuidados à criança, daí que mereçam também um lugar de relevo em todos os cuidados que se adjetivem como centrados na família. São, portanto, fundamentais o apoio e o respeito pelos limites e forças da família (Hockenberry & Wilson, 2014). Tive, por isso, particular atenção em não esquecer os irmãos, principalmente os que tinham idade inferior a 9 anos (uma vez que lhes era vedada a entrada no serviço), nas dinâmicas familiares transitivas. Os irmãos são frequentemente esquecidos naquele que pode ser o seu contributo para a recuperação e reequilíbrio familiar durante o período de hospitalização de uma criança. Além disso, o(s) irmão(s) que fica(m) em casa experiencia(m) um conjunto de eventos e de alterações às suas rotinas, assim como de assistência por parte dos pais e familiares anormal, o que pode conduzir a consequências imprevisíveis. Os irmãos deixados em casa, vivenciam situações de stress que, se não forem acauteladas e contrariadas, podem causar novos problemas à estrutura familiar e abalar ainda mais os seus pilares, já fragilizados pela hospitalização (Hilkner et al., 2019). Defender os cuidados centrados na família, é proporcionada uma diminuição da tensão e stress emocional, através da minimização dos efeitos negativos da hospitalização para todo o agregado, maximizando os seus benefícios (que passam pelo reforço das estruturas familiares quando ultrapassam as dificuldades de forma unida e apoiada), acautelando o planeamento da alta e otimizando o apoio à criança/família (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste sentido, tentei incentivar pais que tinham outros filhos em casa, a revezarem-se com alguma frequência para que nenhum dos filhos sentisse mais a falta de um pai do que outro. Operacionalizei, em equipa, outras estratégias que simultaneamente, apoiavam a recuperação da criança doente e a coesão familiar assim como, preveniam distúrbios nos irmãos, são exemplo: - incentivar o contato através de videochamadas, - planejar visitas dos irmãos, levando a criança internada até à sala de reuniões ou hospital de dia (quando desocupado) para conviver com aqueles que não tinham idade para entrar no serviço, - sugerir aos pais que destacassem alguém que conhecesse bem o(s) irmão(s) e as rotinas familiares, para ficar com ele(s) na sua ausência, - aconselhar os pais a oferecerem

pequenas prendas ao(s) irmão(s) para que este(s) se sentisse(m) lembrado(s), - incentivar à organização familiar mais alargada e amigos para prestarem apoio à família durante o período de hospitalização, entre outras.

Um caso interessante, que espelha a minha preocupação e da equipa de enfermagem do serviço de pediatria em consagrar cuidados centrados na família, foi o de uma mãe que estava grávida de 14 semanas e se recusava a ir para casa descansar enquanto o seu filho mais velho se mantivesse internado. Embora o pai fosse alguém muito presente e responsável, demonstrando até maior capacidade para a prestação de cuidados ao filho, a renitência da mãe em abandonar o serviço para que pudesse descansar e até proporcionar melhores condições ao feto que gerava, estava a comprometer muito mais do que a sua saúde e da criança que trazia no ventre. Foi preciso uma ação concertada entre vários elementos da equipa de enfermagem e dos seus familiares, para que a mãe se deixasse substituir numa noite por uma das avós, permitindo que ela e o marido pudessem descansar juntos e se reorganizassem de uma forma mais equilibrada, para enfrentarem o que faltava do internamento. Lembro-me de pensar na altura que a equipa havia feito muito mais nesse dia por aquela família, do que anos de contatos esporádicos e senti-me orgulhoso de ter feito parte desse processo.

Além do momento de admissão, onde crianças e pais têm o primeiro contato com o serviço e equipa (e muito do que pode ser a experiência de internamento é pautada pela forma como estes protagonistas são acolhidos, esclarecidos, acomodados e acompanhados), é o esforço e a abertura que todo o serviço (com os seus recursos humanos, materiais e cronológicos) consegue prover para manter o máximo de rotinas e hábitos que aquela família possui e poderá preservar durante a hospitalização, que conferem alguma normalidade, pontos de referência e segurança imprescindíveis à recuperação física e psicológica de qualquer criança/jovem hospitalizada. Após o exemplo que tive oportunidade de observar, por parte de alguns profissionais do serviço, aquando da admissão e de adaptação de condições hospitalares em prol de cada família, senti que esta era uma dinâmica charneira no processo de parceria de cuidados e na forma como as vivências que as famílias experimentam podem, não só, elevar os seus índices de recuperação (pela combate às dificuldades inerentes a este tipo de processos), mas pautar também a preparação para a alta clínica, a continuação de cuidados, adaptação da parentalidade, o controlo de recaídas, probabilidade de reinternamentos e postura perante

novas hospitalizações. Fatores estes, que me levaram a considerar esta atividade diferenciada e diferenciadora, característica da atuação de um EESIP. Com a sua realização percebi que a diferença, não está apenas na forma como são realizadas as atividades, porque são realizadas ou quando, mas na leitura, na adaptabilidade e na sensibilidade com que o EESIP as deve realizar. Quis por tudo isto, substituir a necessidade impulsiva de fazer muito pela clarividência de fazer bem, na medida, na forma e no momento certos. A empatia, o incentivo à expressão de emoções e sentimentos, o respeito pela privacidade e pelos tempos de processamento e a disponibilidade para esclarecer e orientar, constituíram-se como instrumentos principais na construção desta identidade profissional.

Pensar em desenvolver cuidados centrados na família é também apoiar os processos transitivos que a mesma vivencia e ajudar a que a mesma os complete da forma mais tranquila possível, podendo sair dos mesmos mais forte e capaz de lidar mais facilmente com os novos desafios.

Em meados dos anos 80 Meleis introduziu o termo «transição» no dialeto profissional dos enfermeiros. Desde aí, muito se tem dito, refletido e evoluído sobre este conceito tão importante na vida das pessoas como para a arte de cuidar, sendo certo para todos aqueles que refletem sobre o mesmo, que ainda há muito para descobrir e para melhorar em função dessas descobertas. Nenhuma outra profissão se centrou tanto sobre este tema como a Enfermagem, porque nenhuma outra trabalhar, acompanhar e influencia tantos os processos transitivos como aquela que coloca no epicentro da sua ação o ser humano e a sua qualidade de vida. Além disso, o enfermeiro é o cuidador que por norma prepara o cliente para a transição iminente e que facilita o processo de aquisição/ aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a sua experiência, logo, deve atuar de forma antecipatória para prevenir, promover ou intervir terapêuticamente sobre as consequências dessa transição (Rocha & Zagonel, 2009).

As transições são, portanto, pontos de mudança dos quais resultam o surgimento de novos papéis e novas relações, sendo a parentalidade uma das mais complexas e desafiadoras para qualquer ser humano. Segundo a CIPE (2015), parentalidade é a capacidade de tomar conta (premissa que fundamenta igualmente a parceria de cuidados), de assumir as responsabilidades de ser mãe/pai pela adoção de comportamentos destinados a facilitar a

incorporação de um recém-nascido na unidade familiar e otimizar o crescimento/desenvolvimento das crianças. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção e adaptação da parentalidade, isto é, em dotar os pais de competências e conhecimentos específicos para ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos, mas também os processos de doença. Como em pediatria o utente é binominal as competências de um cuidador especializado têm de ser capazes de auxiliar os difíceis processos de transição e parentalidade que os pais são obrigados a enfrentar, mas que do seu sucesso depende grande parte da recuperação e desenvolvimento físico, psíquico e afetivo dos seus filhos.

Grande parte da minha atuação e atividades no serviço de pediatria foi dedicada ao desenvolvimento do papel parental, não só porque acredito que o seu auxílio por parte do EESIP garante índices de recuperação e fortalecimento da criança e pais muito superiores, mas também porque (como descreverei mais adiante), constitui-se como um tema bastante aprofundado por mim e pela enfermeira tutora para que pudéssemos dar resposta a uma necessidade formativa e de normatização do serviço. O facto de termos acabado por dominar o tema e com base nesse conhecimento sugerirmos à equipa princípios (que a mesma veio a aprovar) para uma atuação e registos uniforme, exigiu (principalmente de mim) um empenho e atenção redobrados (para lá do que o meu brio e esforço académico já me obrigara), uma vez que a equipa nos foi referenciando e consultando sempre que tinham dúvidas sobre os conceitos ou como registar/monitorizar a evolução da parceria de cuidados e do papel parental ao longo do internamento. Esta referenciação involuntária como “pseudo perito” do tema, modelou muito da minha forma de pensar e de atuar. Assim, comecei por avaliar as necessidades parentais e projetei formas de as suprimir, sendo que a parceria de cuidados, o incremento dos conhecimentos sobre o estado de saúde dos seus filhos e a autonomia que derivava da aquisição de novas competências em cuidar, colmatavam grande parte das mesmas. O que restava era assegurado pelo esclarecimento atempado de dúvidas, a maior aproximação com os filhos a que a hospitalização induz e pelo incentivo à comunicação de emoções entre eles.

Outros dos efeitos desta missão (vamos chamar-lhe assim) permitiu-me trabalhar a preparação da alta, de uma forma mais completa e desde a admissão, o que até aqui, só o tinha conseguido realizar dessa forma em termos teóricos. E foi muito agradável constatar (principalmente em internamentos mais longos) que os pais iam adquirindo um nível de confiança, autocontrolo, desempenho e autonomia crescentes, onde em muitos casos, a alta

e a adaptação às condições de vida familiar após a mesma, já haviam sido acauteladas algum tempo antes da sua efetivação.

Em contexto de saúde infantil na comunidade a filosofia de prestação de cuidados também é centrada na família. Aqui, os cuidados de enfermagem baseiam-se numa assistência ao longo do ciclo vital da família, num contínuo de saúde e doença, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas (Figueiredo & Martins, 2009). Com base nestes princípios uma das principais atividades que desenvolvi foi a conceção de ecomapas e genogramas fundamentais para qualquer abordagem a crianças e famílias, referenciadas para acompanhamento por parte das equipas de intervenção. Com a elaboração destes dois instrumentos de análise, era possível perceber os recursos e estrutura de cada família e assim planear estratégias de intervenção mais sólidas e abrangentes, maximizando os cuidados centrados na família. Recordo a título exemplificativo do caso de uma criança de 8 anos em que os pais vivenciavam um processo de divórcio austero, em que o principal objetivo de cada um parecia ser o de magoar o cônjuge e dificultar-lhe a vida, mais do que a manutenção de uma estabilidade familiar mínima para que o filho pudesse viver a sua infância e experiência de filiação o mais positiva possível. Como seria expectável, a criança começou a revelar níveis de aproveitamento escolar muito baixo, a isolar-se nos recreios e a estar cada vez mais abatida e deprimida, além de não demonstrar muita vontade de ir para casa. Os professores aperceberem-se que algo não estava bem com ela e pediram a intervenção da equipa de saúde escolar que, após uma entrevista com a mesma, tomou conhecimento da sua realidade familiar, dos medos, da ansiedade, das insónias e da instabilidade psicológica em que a mesma se encontrava, embora não houvesse registos de maus tratos físicos. A equipa de saúde escolar (que integrei enquanto estudante) articulou com o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR) e foi com base no genograma e ecomapa daquela família, que foi possível sensibilizar outros familiares a intervirem, nomeadamente uma tia da criança que a acolheu durante alguns dias (até que os pais conseguissem estabelecer alguns acordos e compromissos de inter-relação), proporcionando assim o afastamento e estabilidade necessários à recuperação emocional e psicológica do filho.

Corroboro com Alves, Amendoeira & Charepe (2017), quando referem que os pais precisam adaptar-se para cuidar da criança em casa ou no hospital, carecendo de uma vasta rede de apoio familiar e social, com o envolvimento próximo dos enfermeiros, especialmente os EESIP que zelam pelos interesses das crianças e contribuem para a

estabilidade familiar através do equilíbrio que o desenvolvimento de uma parentalidade bem estruturada pode prover.

Foram, portanto, estas dinâmicas de cuidados centrados na família, parceria de cuidados e apoio aos processos transitivos que mais contribuíram para que **demonstrasse consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Objetivo específico

Minimizar o impacto da hospitalização

Atividades desenvolvidas

- Adotei uma atitude empática com a criança/família;
- Familiarizei a criança com objetos e procedimentos clínicos como estratégia de combate ao medo e redução de ansiedade;
- Incentivei à presença dos cuidadores durante o período de hospitalização;
- Explicitarei procedimentos terapêuticos de acordo com o nível de compreensão da criança;
- Incentivei à personalização da unidade de internamento por parte da criança e família;
- Encorajei à comunicação expressiva de emoções;
- Incentivei à manutenção do estudo e acompanhamento da matéria escolar de acordo com o programa escolar previsto;
- Favoreci o contato com colegas para fins relacionais, escolares e de convívio;
- Mantive brinquedos e/ou objetos preferidos junto da criança;
- Apresentei e proporcionei visitas à sala de brincar e envolvi a criança nas suas dinâmicas.

Reflexão

A interação das crianças com o ambiente hospitalar é por norma difícil e, não raras vezes, traumático, uma vez que o ambiente é estranho, nem sempre há tempo para preparar os procedimentos clínicos, as pessoas usam fardas que os identificam como executantes de atividades que frequentemente provocam dor ou angústia pela possibilidade de separação (Hockenberry & Wilson, 2014). Este conjunto de fatores induz índices de stress tanto à criança como aos seus familiares (Idem), que precisam de ser contidos para que o período de hospitalização (desde a admissão até à alta, com ou sem processo de internamento), embora contenha experiências sentidas como positivas e/ou negativas, possa ser assimilado como uma etapa importante de desenvolvimento e de aprendizagem, com o mínimo de sofrimento possível. Desta forma, a minimização do impacto da hospitalização tem de ser

uma preocupação permanente do EESIP e alvo da sua ação refletida, uma vez que a resolução/prevenção de situações imprevistas e complexas, também tem aqui muito da sua gênese.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde são percebidas pelas crianças como lugares desconhecidos, austeros, estranhos, de enormes dimensões e dominadores, o que lhes provoca frequentemente sentimentos de tristeza, preocupação, solidão e medo (Water et al., 2017). As crianças em idade pré-escolar e escolar respondem de forma especial aos eventos stressantes, em função da sua maturidade cognitiva, desenvolvimento social e de personalidade. Monti et al. (2012) advogam que são as crianças destas idades que revelam maiores índices de sofrimento ligados à separação da família, chegando a manifestar efeitos emocionais e comportamentos adversos até um ano após a hospitalização. É com base em investigações como estas, que o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem estatui que o EESIP necessita de centrar as suas intervenções na minimização do impacto negativo sobre a criança, condicionado pelas alterações do seu ambiente e imposto pela necessidade de processos de assistência à saúde (OE, 2015).

Uma das constatações que mais me tocava era o desassossego que muitas crianças e respetivas famílias, experienciavam durante a hospitalização, de tal forma que a alta clínica parecia superiorizar-se a outras atividades terapêuticas no processo de convalescença das mesmas. A ação do enfermeiro pediátrico, especialista ou não, deve cingir-se pela minimização e contenção destes fatores indutores de stress e promover vivências tão positivas quanto possíveis, já que de outra forma, as mesmas podem tornar-se traumáticas e desestruturantes da identidade pessoal e familiar. Cabe, no meu entender, ao EE a validação dos instrumentos utilizados para avaliação dos fatores indutores de stress e, das estratégias utilizadas pela equipa para os ultrapassar ou minimizar. Por conseguinte, foi sempre meu apanágio, durante todos os momentos de contato direto que tive com os contextos pediátricos, ser um elemento criativo, empático, dinâmico, divertido e fundamentalmente positivo, adaptando os cuidados de enfermagem em função da minimização dos impactos negativos que a hospitalização acarreta.

Por mais curto que seja o período de hospitalização, o potencial de desenvolvimento da criança pode ser colocado em risco devido às alterações físicas, psicológicas e sociais que

pode implicar. Os parâmetros da avaliação inicial que o SClínico contém, são instigadores de uma apreciação robusta sobre o estágio de desenvolvimento da criança, das estruturas familiares e de apoio mais próximo que a mesma dispõe. Avaliação essa, que manteve ao longo do internamento para que pudesse monitorizar e induzir atividades promotoras de estabilidade psíquica da criança, grande parte delas relacionadas com a manutenção de rotinas familiares e/ou diárias. Os cuidados à saúde têm cada vez mais em consideração a estabilidade emocional, a espiritual e psíquica do indivíduo, acatando uma visão holística da saúde como um aspeto fundamental para o bem-estar físico do mesmo (Lopes, 2015; Potter, 2014).

Além das fundamentações anteriores, a hospitalização pode e deve ser encarada como uma oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento, uma vez que o ambiente hospitalar também proporciona novas experiências de socialização quer com os profissionais, quer com outras crianças que enfrentam igualmente experiências difíceis, mas com características semelhantes, o que favorece o estreitamento de relações, capacidade de entajuda e conseqüentemente, desenvolvimento de estruturas cognitivas. A vivência de situações de doença e da necessidade de cuidados para realizar atividades de vida diária, que já haviam sido dominadas anteriormente, faz com que os sujeitos vejam a vida de perspectivas que até então lhes eram inacessíveis, o que frequentemente conduz ao estreitamento de laços com os pais/cuidadores (Hockenberry & Wilson 2014). É também uma oportunidade para a criança controlar o stress e fazê-la sentir-se confiante na sua capacidade de enfrentar situações novas, uma vez que a hospitalização e a doença representam excelentes oportunidades para aprender aspetos relacionados com o seu corpo, sobre o outro e sobre os profissionais de saúde (Idem). Neste sentido fiz por criar um ambiente agradável e propício à exploração de novos limites, ajudando e incentivando à redecoreção da unidade da criança com os seus brinquedos e outros acessórios que a mesma e/ou os pais, considerassem mais amigáveis ou familiares. Incentivei à personalização de espaços mais íntimos e resguardados, com objetos mais significativos para a criança de forma a que aquele espaço pudesse ser o seu porto de abrigo, familiar e dedicado a si, onde era barrada a entrada ao sofrimento e à angústia, fazendo por nunca realizar qualquer atividade que pudesse ser considerada como ameaçadora ou traumática dentro deste espaço. Com a realização destas atividades constatei que as criança e família se sentiam mais confiantes e tranquilos num espaço, onde não sendo o seu mundo, poderia

ser o ponto de partida para uma hospitalização positiva, edificadora de aprendizagens e maximizadora do potencial de desenvolvimento da criança.

Para que pudesse contrariar a perda de controlo, fundamental para as crianças em idade pré-escolar, incentivei o uso das suas roupas e acessórios preferidos, além de desenhar *emojis* diferentes junto ao nome de cada criança na cabeceira da cama, de acordo com o seu estado de espírito e a necessidade de mudar quando o mesmo não fosse agradável, o que facilitava também os processos comunicacionais. Esta perspetiva vai de encontro às conclusões de autores como Ghazali, Abbas & Jalalkamali (2013) ou Water et al. (2017) que sublinham que, para além do temor relacionado com os procedimentos invasivos, uma das principais causas para o medo e ansiedade das crianças prende-se com o ambiente estranho e pouco acolhedor, cabendo ao EESIP a sensibilidade de operar as mudanças necessárias e possíveis para o tornar mais acolhedor para cada criança.

Segundo Jansen, Santos & Favero (2010), brincar faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e tem a capacidade de a distanciar do quotidiano, envolvendo-a num mundo mágico construído pela imaginação, daí que seja através do brinquedo que a criança aprende a relacionar-se com os outros. Aquando da hospitalização o brinquedo permite a diminuição da ansiedade provocada pela experiência ameaçadora do internamento e é por isso um recurso facilitador da intervenção de enfermagem. Como um médico que se faz acompanhar por um estetoscópio eu optei pelo brinquedo para me permitir auscultar vontades, medos, energias e curiosidade, fundamentos para «quebrar o gelo» e iniciar a construção de confiança, imprescindível a qualquer relação de ajuda. Não poucas vezes, eram o brinquedo e as brincadeiras que ele proporcionava que transformavam as enfermarias num lugar comum para a criança, onde um termómetro passava a ser uma varinha mágica ou um medidor de tensões uma consola de jogos. Assim, começava uma brincadeira, um momento de partilha, um encurtar de distâncias e uma edificação de confiança e cumplicidade, fundamentais para o domínio do que viria depois. O medo na infância surge devido à perceção da criança sobre a sua incapacidade de lidar com a situação que experiencia (Hockenberry & Wilson, 2014) e a maior parte dos medos são apreendidos pela associação de episódios traumáticos, eventos físicos ou psicologicamente dolorosos a objetos dos quais a criança acaba por recear. Daí que o método mais capaz para combater o medo será a associação de experiências felizes e agradáveis com objetos dos quais elas não têm medo (Paula et al., 2019) de forma a que os estímulos agradáveis acompanhem a criança durante situações indutoras de stress. A

aproximação que realizava inicialmente com brinquedos comuns, desenvolvendo brincadeiras que levavam a criança para imaginários mais agradáveis, estendia posteriormente a objetos clínicos com os quais quis mostrar que também se podia brincar e combater o medo. A ideia que serviu de base às minhas atividades neste âmbito, foi a de que se a criança conseguir brincar com algo deixa de a recear, o que ajudou imenso na execução de procedimentos invasivos e/ou dolorosos, que algumas foram tolerando através da desmistificação dos objetos e dos espaços. Entre as várias dimensões da humanização em pediatria o ambiente físico das instituições de saúde possui claramente uma importância elevada (Esteves et al., 2014; Ribeiro et al., 2014), tanto que até a própria cor pode ter um efeito muito positivo no controlo das emoções e indução de estados de espírito mais elevados. As crianças associam facilmente sentimentos positivos como a felicidade, a esperança e a alegria a cores claras, enquanto, pelo contrário as cores escuras despoletam sentimentos negativos de tristeza e enfadamento (Schalkers, Dedding & Bunders, 2015; Water et al., 2017). Esta também se constituiu como uma reflexão que fiz sobre o serviço de pediatria onde estagiei, que embora tivesse sido remodelado há pouco tempo a cor mais utilizada nas paredes era o bordeaux, camuflado, felizmente em muitos segmentos por imagens e figuras de animação bem coloridas, com predomínio para os tons claros.

Neste serviço existia também uma sala lúdica equipada com brinquedos, com material de desenho e uma educadora de infância, disposta a abrir as portas de um mundo que não se confinava às paredes do hospital. Como esta era uma sala diferente de todas as outras, equipada com brinquedos e convites à diversão, com diferentes formas e feitios, tentava, sempre que possível, levar crianças até lá, principalmente aquelas que demonstravam mais receios, menos interação ou se mantinham mais afastadas dos profissionais de saúde. Isto porque, além de estreitar relações, visando para que além de terapêuticas pudessem ser de amizade, a integração da criança em espaços lúdicos permitia desviar a sua atenção dos elementos stressantes relacionados com a condição clínica e o espaço hospitalar, assim como promovia a autoestima e estimulava o desenvolvimento (Esteves et al., 2014). Além disso, havia a oportunidade de fazer novos amigos e interagir com outras crianças o que contribuía para o incremento de competências de socialização, equilíbrio emocional e afetivo (Lambert et al., 2014; Macedo et al., 2015).

As conseqüências deste tipo de objetivos constituíram-se como razões fundamentais para a escolha desta especialização, uma vez que sempre me fascinou o poder terapêutico de um

sorriso, principalmente em crianças, além da instrumentação das brincadeiras como meio para este fim. A verdade é que nunca cheguei a despedir-me da criança que há em mim e se calhar a escolha desta especialidade é a desculpa perfeita para alimentar duas paixões (a enfermagem e a brincadeira) pagando-me por isso, e em pediatria, com muito mais do que dinheiro.

Para combater a angústia da separação e impacto da hospitalização incentivei a permanência dos pais junto do filho e a visita de pessoas significativas, nem que fosse através do recurso às novas tecnologias, como já tinha evidenciado como estratégia de contato com os irmãos. Desta feita, o recurso às novas tecnologias de comunicação para que, principalmente as crianças em idade escolar e adolescentes, pudessem manter o relacionamento com os seus pares, era uma medida muito bem aceite. Além de objetivar a abstração da realidade clínica em que estava inserido, o intuito da minha sugestão visava também o cumprimento das obrigações do seu ofício de aluno (permitindo-o acompanhar a matéria dada na sua ausência, ao mesmo tempo que o mantinha incluído na sua realidade “profissional”), assim como a manutenção de amizades e fortalecimento de suportes sociais, emocionais e psicológicos. Foi muito engraçado testemunhar a reação de desagrado de muitos, quando lhes falava da necessidade de estudar, mas que depois de o fazerem e terem falado com os amigos para os ajudar a concretizar tal tarefa, expressavam maior felicidade, à vontade e determinação de colaborar com os planos de cuidados que lhe permitissem voltar à sua realidade o mais breve possível.

Assumindo o impacto da hospitalização como um dos principais problemas a ser resolvido pelo EESIP, acredito que os desenvolvimentos das atividades anteriores atestam a minha **capacidade para tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas.**

Objetivo específico

Colaborar nas diferentes dinâmicas assistenciais e de apoio à comunidade realizadas pelo EESIP

Atividades desenvolvidas

- Identifiquei e participei nos diferentes núcleos de apoio à comunidade onde intervêm os EESIP;
- Observei e colaborei nos cuidados prestados pela ELI;
- Contribuí na articulação da ELI com todos os outros departamentos da UCC e centro de saúde;
- Colaborei na identificação e referenciação de situações de saúde que necessitavam de investigação, cuidados ou tratamentos de saúde mais específicos;
- Auxiliei na sinalização de crianças em risco e na referenciação para o NACJR;
- Participei em reuniões do NACJR.

Reflexão

A operacionalização do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) pressupõe garantir um método de articulação entre as famílias e as instituições, para que todos os casos considerados desviantes sejam devidamente identificados e sinalizados, tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei n.º 281/2009). Assim, deve ser definido um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) adequado às necessidades das famílias, a ser elaborado e executado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representem todos os serviços que são chamados a intervir. As ELI, frequentemente lideradas por enfermeiros, tem-se revelado uma força de intervenção precisa, eficiente e com uma relação custo-benefício extremamente alta. O seu plano de ação (PIIP) deve constituir-se como um instrumento organizador para as famílias e para os profissionais envolvidos, estabelecendo diagnósticos adequados, tendo em conta não só os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar (Decreto-Lei n.º 281/2009).

No decorrer do estágio na comunidade tive a oportunidade de acompanhar algumas visitas realizadas pela ELI, tanto no apoio a pais que tinham dificuldades no exercício da sua parentalidade (frequentemente devido a problemas congénitos que condicionavam os cuidados à criança mesmo após a alta), como situações de crianças que acabaram por desenvolver problemas de saúde ou alterações na linha de desenvolvimento e necessitavam de intervenções multidisciplinares que as pudessem corrigir. O campo de atuação destes profissionais é tão incrível como vasto, uma vez que todos os fatores na vida das crianças e

famílias são levados em consideração e podem ser trabalhados para que a sua correção resulte em ganhos de saúde para os mesmos. Crianças com baixo peso à nascença, síndromes de dificuldade respiratória, alterações neuromusculares, défices cognitivos ou incapacidade de controlo emocional, foram só algumas daquelas com que colaborei na assistência e que exemplificam a amplitude clínica de intervenção, como a mais-valia de conseguir gerir as mesmas no e com o ambiente e contextos específicos de cada criança/família. Estas intervenções aconteciam de forma estruturada e como resultado de um Plano de Saúde Individual (PSI) elaborado pelo enfermeiro responsável por intervir em determinada família, compostos por um conjunto de diagnósticos de enfermagem, aos quais o mesmo tentava dar resposta com a mobilização dos recursos disponíveis e pedidos de colaboração a outros elementos da equipa multidisciplinar.

As visitas domiciliárias eram sempre revestidas de um conjunto de emoções e sentimentos por parte dos profissionais, mas também das famílias. Isto porque, se para os profissionais não existiam rotinas (os ensinamentos, os cuidados e as intervenções eram sempre diferentes devido à necessidade de serem adaptados às condições habitacionais e familiares de cada um), para os utentes eram os sentimentos de gratidão e reconhecimento pelo trabalho personalizado de que eram alvo, que os levava a acreditarem no seu PSI e a operarem as mudanças induzidas pelo mesmo nas suas vidas. Daí que estes segmentos da minha aprendizagem tivessem sido pedagogicamente enriquecedores (pela capacidade de adaptação e de resposta a situações imprevistas e/ou complexas que tive de desenvolver) e muito emotivos (devido ao reconhecimento rápido e no local, da importância das minhas intervenções). E quando a emoção se encontra com a razão produzem aprendizagens sólidas e duradouras.

O trabalho hercúleo e vital que estas equipas desenvolvem no terreno contrastava com a precaridade dos recursos humanos existentes, levando-me a refletir sobre o maior investimento realizado pelo país nos cuidados de saúde secundários, onde se registam igualmente os maiores índices de ações interdependentes dos enfermeiros, enquanto os cuidados preventivos primários e terciários provam diariamente o quão importante são para a melhoria e controlo dos índices de saúde da população, até mesmo pelo potencial que tem em economizar recursos e prevenir complicações. Neste sentido, o trabalho diferenciado e diferenciador dos EE na comunidade pode ser a alavanca que conduza a um maior investimento nos cuidados de saúde primários, pelos resultados e segurança que asseguram.

A ELI tem também o dever de articular, sempre que se justifique, com os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, com as comissões de proteção de crianças e jovens, ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil (Decreto-Lei n.º 281/2009), mas foi no âmbito das atividades formativas da Saúde Escolar que me deparei com as duas situações que tivemos (eu e a enfermeira tutora) de sinalizar para o NACJR. A primeira surgiu no âmbito de uma sessão de sensibilização de crianças do 2.º ano para o abuso sexual e uma delas referiu que a tia a havia chamado por diversas vezes para lhe massajar as mamas, fornecendo-lhe informações detalhadas de como desejava que o fizesse, a troco de guloseimas, acesso a jogos de telemóvel ou ausência de agressões físicas. Embora sem atribuir grande revelo à situação perante a turma, identificamos a aluna, indagamos sobre as suas condições familiares que pudessem ser do conhecimento dos profissionais escolares e dias mais tarde reunimos com a criança para explorar, de forma mais concreta e em privado, os fatos que a mesma havia revelado em sala de aula. A criança voltou a contar o sucedido sem margem para hesitações ou pormenores desajustados, sendo que tais abusos haviam acontecido há cerca de 2 anos atrás e atualmente a criança já não era incentivada/coagida a realizar referidas práticas, embora as mesmas acontecessem entre a tia e o atual namorado na presença da menor. A mãe foi chamada à escola para se reunir com os enfermeiros da saúde escolar e com a professora responsável, tendo negado conhecimento da situação embora a criança referisse que contou na altura à irmã mais velha e esta o fez junto da mãe, que havia desvalorizado. O caso está a ser gerido atualmente pelo NACJR, que se encontra em diligências.

O segundo caso é o recorrente evento de agressão verbal e física de menor sujeito ao descontrolo de pais alcoólicos. Após terem sido detetadas várias lesões corporais no corpo da criança que, numa fase inicial negou serem resultado de agressões mas antes de acidentes, acabou por revelar as condições em que vivia e desde então foi requerida a intervenção do NACJR que tem acompanhado o caso de perto e tem evitado, até agora, novos episódios de agressão, enquanto os pais estão a ser controlados pelas forças de segurança e incentivados a aderir a programas de desintoxicação.

Acredito que não será necessário discorrer sobre a importância deste tipo de ações, mas é vital sublinhar a função protetora e provedora de uma estabilidade psicológica saudável, que os enfermeiros têm obrigação de assegurar a todos os elementos da comunidade ao seu encargo, fundamentalmente aos mais desprotegidos. Nestes casos, quando senti que consegui fazer a diferença na vida conturbada de uma criança que deveria estar a viver o oposto, não tive a sensação de dever cumprido como em outras de recuperação física e

imunitária, mas continuei a sentir que contribuí para o surgimento da mesma pela minha inoperância enquanto cidadão, mesmo que não tivesse implicação direta sobre a mesma. É uma sensação agri-doce com a qual ainda não me tinha debatido e que revela o quão pouco podemos fazer perante tantas injustiças da vida, mas o quanto esse fragmento de ajuda pode ser importante.

Tive também a oportunidade de participar em duas reuniões do NACJR onde me inteirei das diferentes dinâmicas do núcleo e da importância da interação multidisciplinar. O grupo era liderado por um EESIP e era constituído também por um médico de clínica geral e familiar, uma psicóloga e uma assistente familiar, cada um com uma área de intervenção rigorosamente estipulada que se galvanizava e alcançava novos patamares de influência e intervenção quando conjugados com os demais. Foi uma experiência extremamente fugaz tendo em conta as áreas a explorar, mas que me dotou de uma visão insubstituível e imprescindível para a excelência dos cuidados pediátricos que desenvolva e à qual desejo voltar assim que seja possível.

Dentro dos limites físicos da UCC tive ainda a oportunidade de participar em alguns programas de apoio à comunidade extremamente interessantes e significativos, quer para mim enquanto estudante, quer para a população alvo, foram eles:

- Abraçar a nova vida: Sessões lideradas por uma EESIP e outra de saúde materna e obstetrícia (EESMO) para um grupo de futuros e recém pais que visavam a preparação física e psicológica dos mesmos para o parto e para o exercício da parentalidade, de forma a que os encarassem com uma atitude pró-ativa, significativa e edificadora de novas identidades/papeis. Além de ter aprendido bastante com as colegas e com as vivências dos formandos, tive oportunidade de intervir e ajudar a entender o que se espera de uma parentalidade saudável, bem como das idades chave do desenvolvimento da criança, até aos 3 anos de idade, o que dotava os pais de competências e maior confiança no entendimento dos seus filhos e prestação de cuidados.

- Mimos de bebé: Nestas sessões aliam-se a prática de massagem ao lactente (visando todas as vantagens físicas, psíquicas e desenvolvimentais para a crianças e para os pais) com o reforço da vinculação e da parentalidade. Estas sessões eram ministradas apenas por EESIP e colaborei nas mesmas a nível da preparação do espaço e dos materiais, bem como no apoio à aprendizagem da técnica.

- Cantinho da amamentação: Aqui promove-se o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e em complementaridade até aos 2 anos. A parceria entre EESIP e EESMO é a chave para o sucesso destas intervenções que têm vindo a angariar cada vez mais participantes. Nestas, tive a oportunidade de falar das vantagens da amamentação para o bebé no que se concerne ao seu desenvolvimento psicológico, afetivo e emocional e dos efeitos a curto e a longo prazo que uma boa ou má vinculação podem produzir.

Uma vez que os formandos destas sessões se inscreviam voluntariamente ou por convite, o nível motivacional era alto, bem como a positividade dos resultados para todos os envolvidos, daí que as mesmas se tenham constituído como segmentos de aprendizagem diversificados, catalisados pelo prazer envolvido.

Com a agregação deste portefólio de experiências consegui **planear e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados**, bem como **avaliar e adequar métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, numa perspetiva profissional avançada.**

Objetivo específico

Aprofundar competências comunicacionais e relacionais com a criança/jovem e família de acordo com as suas características, etapa de desenvolvimento e contextos

Atividades desenvolvidas

- Observei e refleti sobre a postura e comunicação não-verbal da criança/jovem antes de a abordar a si e/ou à sua família;
- Familiarizei-me com as características das diferentes faixas etárias e desenvolvi processos de comunicação e interação com base nas mesmas;
- Adequiei o nível de linguagem e comunicação à compreensão da criança e/ou do seu cuidador;
- Adaptei a comunicação não-verbal, em atividades não dirigidas, com o objetivo de criar empatia e confiança nas crianças ao meu cuidado;
- Utilizei os princípios da informoterapia para desenvolver ações de educação para a saúde eficazes e adaptadas a cada público alvo;
- Promovi a escuta ativa como alicerce basilar de uma comunicação eficiente.

Reflexão

A comunicação centrada no doente afigura-se como um componente capital do cuidar, sendo crucial para uma realização de cuidados de enfermagem de qualidade (Chaves &

Simões, 2018). Em pediatria, devido às capacidades de cada criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, a comunicação adquire características tão particulares e diversificadas como as crianças que visa interpelar.

Para que pudesse escolher a técnica de comunicação a utilizar com as crianças ao meu cuidado era fundamental avaliar o nível de desenvolvimento psíquico, emocional e cognitivo em que as mesmas se encontravam. Assim, sempre que possível, observava a postura, a comunicação não verbal e a atitude que a criança adotava para comunicar, antes de estabelecer qualquer contato com ela. Esta estratégia permitia-me refletir sobre a forma como a mesma interagia com o mundo que a rodeava e também sobre o seu estado emocional, o que em contextos clínicos pode ser muito variável e facilitador, ou não, dos processos comunicacionais. Com base neste processo avaliativo prévio e nas informações que já havia obtido sobre a criança/família fornecidas na passagem de turno e pelo processo clínico, já conseguia definir algumas estratégias comunicacionais e de abordagem.

Para lá das especificidades comunicacionais que ia introduzindo caso a caso, adotei princípios que regeram grande parte das estratégias comunicacionais que adotei, tais como: - evitei movimentos e tons de voz exagerados que pudessem ser interpretados como ameaçadores, optando por uma voz serena, sem pressa e confiante, sorrisos esporádicos e contatos visuais pouco prolongados; - fazia por me posicionar ao mesmo nível do olhar da criança; - optei sempre por falar pela positiva expressando o que podia fazer por eles em vez daquilo que não era possível, mesmo que não dependesse de mim; - proporcionei tempo à criança para que esta se sentisse à-vontade comigo e não forçava quando esta evitava falar, optando por dialogar com os pais dando a entender que estava presente para ajudar; - frequentemente recorri ao uso de objetos para me ajudar a comunicar, transportando comigo alguns brinquedos pequenos com os quais estendia convites para brincar e, quando não aceites, deixava-os ao alcance das crianças para que os pudessem manusear na minha ausência, estabelecendo-se mesmo assim um elo de ligação e uma nova oportunidade de comunicar quando voltasse para os recolher. Recorri também a conversas com bonecos, peluches ou outras figuras antes de falar com crianças mais envergonhadas ou com medo; - fazia por utilizar frases curtas e palavras simples; - pautei o meu discurso pela honestidade, mas tinha a preocupação de evidenciar as vantagens em qualquer processo e só oferecia possibilidade de escolha ou recompensas quando estas existiam e/ou dependessem de mim.

Com esta postura (que além de ter origem bibliográfica contava com as reflexões derivadas da postura comunicacional adotada pelos restantes colegas e na minha experiência enquanto supervisor da Linha SNS24) permitiu-me ter sucesso em quase todos os processos comunicacionais com as crianças e famílias que cuidei.

Para lá das estratégias comunicacionais mais gerais que evidenciei anteriormente, as particularidades que identificam o estágio de desenvolvimento de cada criança/jovem fizeram-me enveredar por atividades mais específicas para que pudesse estabelecer uma comunicação eficaz com cada uma delas. Assim com crianças em idade:

- infantil (dos 0 aos 3 anos), que passam pelo período perlocutório (em que reagem fundamentalmente a estímulos), pelo período ilocutório (quando já demonstram intencionalidade com sinais e gestos) e pelo período locutório emergente (quando adicionam a vocalização e a verbalização à intencionalidade de comunicar) (Hockemberry & Wilson, 2014) que evidenciam uma capacidade crescente de comunicar verbal e intencionalmente, mas ainda muito marcada pelo medo do desconhecido e desconfortos vários que não consegue expressar, mas que necessitam de ajuda para os resolver, optei por comunicar com um tom de voz suave, gestos lentos, tocar-lhe ou pegar-lhe mantendo os pais no seu campo visual, fazendo-o de forma meiga, mas firme.

- pré-escolar (dos 3 aos 6 anos) que possuem um egocentrismo característico e por isso não valia de muito tentar convence-las de algo comparando o seu comportamento com atitudes ou motivações de outros (Sim-Sim, Silva & Nunes, 2008). Optei então por uma comunicação personalizada e um discurso que evidenciasse o que podia fazer por si e pelas suas vontades/necessidades, tendo o cuidado de não usar analogias, uma vez que crianças nesta faixa etária fazem interpretações literais das palavras (Hockemberry & Wilson, 2014). Como comunicam muito por gestos e ações, devido à reduzida versatilidade vocabular, este era o público ideal para interagir com ajuda dos meus brinquedos de bolso e com os dispositivos clínicos, para que não tivessem medo deles e os evitassem.

- escolar (dos 6 anos à adolescência) optei por estratégias de comunicação direta com especial atenção para explicações lógicas e de fácil entendimento, mas diversificadas para que evidenciassem todos os cenários possíveis, uma vez que o seu raciocínio concreto e curiosidade insaciável assim o exigiam (Sim-Sim, Silva & Nunes, 2008). Crianças destas idades são facilmente entusiasmáveis porque tudo pode ser uma oportunidade de explorar o mundo e participar em aventuras, daí que muitas dos cuidados que tinha necessidade de prestar adjectivei-os de missões, onde cada um deles era o responsável e deveria colaborar

na mesma. Estas crianças também possuem uma preocupação elevada com a integridade do seu corpo (Hockemberry & Wilson, 2014) daí que tenha tido o cuidado de lhes permitir expressar preocupações e com base na mesmas, transmitir segurança, respeito e conforto.

- adolescência a comunicação tem de ser bastante fluida devido à oscilação dos seus comportamentos e pensamentos entre ser criança e adulto (Hockemberry & Wilson, 2014). A comunicação que adotei com os adolescentes era mais variável uma vez que assisti a grandes oscilações rápidas de humor, atitude e decisão por parte dos mesmos. Embora não tivesse experienciado nenhum comportamento hostil ou de raiva como alguns colegas, a atitude de desafio permanente era uma imagem de marca de quase todos eles. Tentei manter uma comunicação baseada na negociação, mas firme quanto aos meus padrões de referência, para que o adolescente soubesse com o que poderia contar e confiasse em mim. Também tive a preocupação de lhes dar a oportunidade de falarem na ausência dos pais, assegurando-lhe total confidencialidade, o que me permitiu estabelecer relações terapêuticas importantes, fundamentalmente em entrevista realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) em que os problemas relacionais e sociais eram mais evidentes e necessitavam de intervenção mais rápida e eficaz.

Outro alvo das minhas preocupações enquanto estudante da ESIP (Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica), que tive oportunidade de trabalhar nos contextos onde estagiei, foi a comunicação com os pais e a condução de entrevistas. Frequentemente a forma de chegar até às crianças e de obter informações é através da conversação com os pais (Moreira & Gaiva, 2016). Devido ao acompanhamento permanente que os pais mantêm com a criança e ao desejo de proporcionar as melhores condições de recuperação aos seus filhos, os pais fornecem informações fidedignas e através de processos comunicacionais dedicados podem ser alvo e parceiros de cuidados de qualidade. Neste sentido, foi importante comunicar com os pais em prol da criança, mas não só para a criança. Os problemas dos pais são também problemas para a criança e por isso os processos comunicacionais que mantive com os progenitores tinham o duplo objetivo de chegar até à mesma, mas também perceber os problemas que o agregado enfrentava e como poderia ajudar. Para tal, encorajei os pais a falarem, colocando perguntas abertas e elogiando posturas e atividades de cuidar corretas, que os levavam a ter confiança em expor as suas dúvidas e/os seus problemas (Ferreira et al., 2019).

Algo que também quis trabalhar foi a escuta ativa e a comunicação não verbal, uma vez que grande parte do que nos é transmitido faz-se por estes meios, a forma como é dito, aquilo que não é dito e a cinestésica que é utilizada para o dizer, podem ser tão ou mais importantes que a mensagem verbal em si (Chaves & Simões, 2018). Assim, fiz por estar mais atento a todos os aspetos da comunicação não verbal e com base na reflexão sobre a mesma, direcionava conversações em busca de explicitações para lá do que havia sido dito e que eram relevantes para o plano de cuidados. Neste sentido, tive a oportunidade de trabalhar os silêncios, que também conseguem comunicar e, por vezes, são mesmo a única atividade correta a realizar, principalmente perante situações de sofrimento.

Para além de todas estas estratégias comunicacionais que tive oportunidade de aplicar e desenvolver, as premissas principais que pautaram a minha comunicação com o binómio de utente pediátrico foram a empatia (que me levava a ser sensível aos seus problemas e encontrar formas de intervir, estabelecendo relações de ajuda mais apropriadas), a gestão de informação (uma vez que conselhos e informações a mais ou a menos induzem ansiedade e diminuição de atenção, Hockemberry & Wilson, 2014) e a orientação antecipatória (informando os pais quanto ao desenrolar de acontecimentos expectáveis com a adoção de determinado plano de cuidados, fortalecendo assim a sua prática e a confiança no processo).

Desta feita, concordo em absoluto com Moreira & Gaiva (2016) quando referem que o processo de comunicação deve ser mediado por meio do diálogo, baseado numa relação de igualdade, escuta, troca de informações, respeito pelos valores, conhecimentos, opiniões, modos de ser e fazer do outro, alicerçado na confiança, vínculo e participação do sujeito no cuidado. Acredito por isso, que o trabalho comunicacional que desenvolvi e me referenciou **demonstrou conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família**, assim como **competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área da saúde infantil e pediátrica**.

Objetivo específico

Desenvolver, promover e participar em sessões de educação e promoção da saúde junto de crianças/jovens e família

Atividades desenvolvidas

- Colaborei na preparação e apresentação de ações de educação para saúde (EpS) a diferentes grupos de crianças com faixas etárias compreendidas entre os 2 e os 18 anos, auxiliando no cumprimento do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Desenvolvi e apresentei 4 ações de educação para a saúde intituladas: “Aditivos – Álcool e Tabaco”
- Divulguei e promovi hábitos de vida saudáveis em crianças e jovens.

Reflexão

A formação a pares, ou à população em geral, deve ser uma preocupação do enfermeiro por inerência às suas funções. O conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 71/2019) adjudica que os cuidados de enfermagem devem integrar processos educativos que fomentem o autocuidado do utente. Processos educativos estes, que se identificam como atividades de EpS e sobre as quais os enfermeiros têm edificado um legado de intervenções profiláticas que esculpiram grande parte da face da Saúde Pública que conhecemos atualmente. No entanto, educar para a saúde não se reduz ao ato de transmitir determinada informação de teor clínico, profilático ou reabilitativo, implica fundamentalmente a compreensão de determinada informação por parte da população, visando mudanças de atitude prejudiciais e a adoção de hábitos de vida saudáveis, elencados em processos formativos capazes de lograr tais objetivos.

Na área da EpS os enfermeiros que reúnem maior número de experiências e pela força das mesmas, maior probabilidade de dominarem um número mais alargado e específico de competências de formação em saúde, são os profissionais responsáveis pela saúde escolar, apanágio do EESIP.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) define quatro áreas prioritárias: a saúde individual e coletiva; a inclusão escolar; o ambiente escolar, e; os estilos de vida. Em cada uma destas áreas existem diversos projetos associados, nos quais tive oportunidade de participar, sendo que de uma forma mais intensa nuns do que noutros. Ao ter de pesquisar informação específica para cada sessão de EpS (tendo em conta o tema e a idade dos formandos), ao preparar os materiais necessários para as mesmas, ao desenvolver os planos de sessão, ao ter de apresentar com o recurso aos métodos e estratégias pedagógicas mais adequados (com base no estudo prévio do público-alvo e objetivos a alcançar) e, ao avaliar os resultados das mesmas perspetivando correções e novas sessões que provenham o cumprimento do PNSE da forma mais eficiente e adequada a determinado grupo populacional, fez-me desenvolver aprendizagens e competências formativas que elevaram

bastante a minha capacidade de intervir eficazmente na comunidade e proporcionar mudanças de atitude promotoras de saúde.

Foi muito interessante perceber as diferenças de como cada tema pode variar em alcance, resultados e compromissos conforme a idade dos formandos, as condições de apresentação e as estratégias utilizadas. Ciente das características psíquicas e formativas de cada idade, tentei sempre dinamizar as sessões de forma a usar essas particularidades como estímulos, bem como indutores de atenção e indagação.

Estive presente em 38 sessões de educação para a saúde, tendo colaborado diretamente em 32, liderando em 21 e sendo responsável pela elaboração, execução e avaliação em 4. Com a sessão de educação para a saúde que tive oportunidade de planejar e executar (Apêndice III) foi-me possível familiarizar com todas as etapas peri intervenção que garantem a execução e qualidade da mesma. Os resultados finais foram muito positivos, tendo em conta que os públicos alvos eram adolescentes, oriundos de uma comunidade problemática em termos sociais e que o tema era “Aditivos – álcool e tabaco”. Além do um planeamento meticuloso que fiz questão de operar e da escolha de estratégias maioritariamente ativas, acredito que a chave para o sucesso na consecução dos objetivos traçados foi o pseudo desvio do tema com que optei por caracterizar a sessão. Ou seja, em vez de realizar uma abordagem tradicional sobre os malefícios que os consumos dos referidos aditivos podem ter em todas as vertentes da saúde, optei por sublinhar a ideia de que a opção pelos mesmos é no fundo, optar por deixar de optar, sucumbindo à escravatura da privação de escolha, uma vez adito. Esta estratégia revelou-se adequada devido ao estudo prévio que realizei sobre as características dos adolescentes, que além de gostarem de fazer as suas próprias escolhas (que pautam a sua conduta e se exprimem através dela), são capazes de abraçar causas que podem implicar, positiva ou negativamente, grande parte das suas vidas (Rial et al., 2020).

Apesar dos momentos de EpS serem encarados comumente como episódios formativos de cariz mais formal, a verdade é que são os de índole informal, desenvolvidos segundo os princípios da informoterapia (na dose certa, à pessoa certa, com a estratégia comunicacional certa, no momento certo e com o nível linguístico certo) (Mettler & Kemper, 2006) que conseguem ter mais impacto na vida das pessoas, conduzindo-as a mudanças significativas nas suas opções em saúde, tendo o incremento da qualidade de vida como consequência desejável. Daí que tenha aprendido que ao desenvolver programas

de educação e promoção para a saúde estaria, simultaneamente, a intervir na comunidade e em mim, enquanto educador comunitário.

As ações formativas breves, esporádicas, informais, que se realizam entre prestação de cuidados numa enfermaria, ou no seguimento de um conselho esporádico que é pedido num corredor ou durante uma consulta, entre conversas mais ou menos formais, vincam o estatuto e importância dos enfermeiros como formadores de saúde na e para a comunidade. A cogitação que realizei sobre a cadência e a importância destes momentos informais de EPS levou-me a concluir que o investimento que a profissão e os profissionais têm feito nos mesmos é ainda diminuto e deve ser intensificado, não só pela maior eficiência na aplicação e gestão de políticas de saúde inerentes às mesmas, mas também por colimarem novos patamares de desenvolvimento profissional, padrões de qualidade e edificação de profissionais mais capazes de tomar decisões em todos os momentos e setores de saúde.

3.2- GESTÃO DE CUIDADOS

A Ordem dos Enfermeiros (2010), considera como competências do enfermeiro especialista, a gestão dos cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional. A adaptação, a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos visam a otimização da qualidade dos cuidados. Logo, o enfermeiro gestor deve possuir competências técnicas, concetuais e interpessoais para que estes objetivos se atinjam.

Objetivo específico

Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar nos diferentes contextos

Atividades desenvolvidas

- Realizei visita guiada às instalações dos serviços;
- Consultei guias, procedimentos, normas e protocolos dos serviços;
- Observei as dinâmicas dos serviços e dos seus profissionais;
- Identifiquei e articulei com dos diferentes serviços em contexto hospitalar e comunitário;

Reflexão

O conhecimento da estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho de qualquer serviço de saúde deve ser a primeira preocupação de todos os profissionais que no mesmo se queira integrar e/ou interagir, sendo que no caso do EE tem de ser também uma ferramenta de trabalho e um alvo de investimento permanente.

No primeiro dia em cada serviço tive a oportunidade de ser recebido pelo enfermeiro responsável, no serviço de pediatria pela enfermeira chefe e, no caso do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), pela enfermeira coordenadora. Ambas tiveram a amabilidade de apresentarem o serviço onde ia estagiar, discorrendo sobre as características físicas, número de profissionais que constituíam as equipas multidisciplinares, especificidades dos serviços prestados à população e dinâmicas que os agregam. Considerei esta ação de um elevado relevo integrativo uma vez que me ajudou a posicionar na conjuntura organizacional, no(s) tipo(s) de equipa(s) com que ia trabalhar e a perceber que realidade clínica ou comunitária estariam a montante ou a jusante dos serviços em questão. Posto isto, fiz questão de consultar os guias, normas e protocolos do serviço, no sentido de estruturar mentalmente as linhas de ação principais em cada contexto clínico.

Embora estas atividades fossem fundamentais para uma prestação de cuidados mais eficaz, preferi fazer sobressair as suas características organizativas, uma vez que o domínio sobre os procedimentos e capacidade de resposta dos serviços, além de influenciarem a prestação de cuidados poderá torná-los mais abrangentes, mais eficientes e mais económicos, levando a maiores ganhos em saúde (Ribeiro, 2012). “A integração de cuidados – através da boa gestão do percurso das pessoas nos cuidados de saúde é particularmente importante” (SNS, 2017:9) para uma gestão adequada de recursos, bem como para o incremento de capacidade de resposta e da qualidade dos serviços prestados. Foi com base neste princípio, que também objectivei conhecer os serviços/instituições com que aquele onde estagiava tinha possibilidade de se articular, para que de uma perspetiva mais abrangente e integrativa (como deve ser o olhar do EESIP), pudesse expandir o meu raio de ação, aconselhamento e encaminhamento. Exemplo claro da mais-valia desta postura é a conceção do protocolo de midazolam (que desenvolverei mais a diante) para preparação pré-anestésica de crianças submetidas a cirurgia, que deriva do conhecimento profundo sobre a realidade e articulação entre os serviços de pediatria e bloco operatório da unidade hospitalar onde estagiei. A sua implementação e resultados permitiu-me validar empiricamente que quanto maior for o nível de acompanhamento e prestação de cuidados a determinado utente, maiores serão os benefícios, a rentabilização de recursos e a eficácia dos cuidados. Estas conclusões corroboram com as de Potra (2015) Foster et al. (2003) e Naylor et al. (1999) que apontam para os benefícios de iniciativas conjuntas entre cuidados de saúde gerais e especializados mediados por enfermeiros, e que resultam na redução do número de readmissões, do risco de institucionalização e nos custos de saúde, melhorando o atendimento, o desenvolvimento do património terapêutico, a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes.

Para além do bloco operatório a articulação fluida com os serviços de neonatologia e de urgência, revelaram-se fundamentais na gestão de vagas e continuidade de cuidados. Não posso deixar de salientar a articulação com os laboratórios de análises clínicas, radiologia, nutricionista, pedopsiquiatria, medicina física/reabilitação e assistência social, que uma vez mobilizados em tempo oportuno e de forma eficiente, contribuem bastante para a recuperações mais céleres e completas dos utentes.

A interação dos enfermeiros com outros profissionais chegou a estender-se a magistrados e outros representantes de instituições de proteção à criança em 2 casos de abuso sexual a

menores que tive oportunidade de acompanhar. A intervenção e articulação com assistentes sociais, polícias, psicólogos e pedopsiquiatras teve de ser habilmente gerida pela equipa de enfermagem que desempenhou o papel de mediador do processo, enquanto reforçava o mais que podia a parentalidade e a estabilização emocional das vítimas. Embora se tivessem revelados segmentos de colaboração, aprendizagem e reflexão únicos, preferia não os ter experienciado pelas razões óbvias.

Tive ainda oportunidade de conhecer e articular com outras instituições hospitalares que transferiram ou para onde foram transferidas algumas crianças, para além dos centros de saúde de inscrição da criança/família que dão continuidade aos cuidados desenvolvidos durante a hospitalização. Não obstante os recursos familiares é necessário verificar os recursos da comunidade, instituições e tipo de serviços disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014) para uma prestação de cuidados mais completa. No sentido de consumir e viabilizar esta articulação, era concebida a carta de alta (que tive oportunidade de realizar por diversas vezes) onde figurava um resumo das ocorrências que aconteceram durante a hospitalização, as necessidades de aprendizagem identificadas e respetivas intervenções, onde figuravam também os focos de atenção que se mantinham e os diagnósticos de enfermagem a serem trabalhos desde aí, pelo colega dos cuidados de saúde primários.

No que diz respeito a articulações inter e intrainstitucionais que tive oportunidade de conhecer e colaborar durante o estágio em saúde comunitária, as mais frequentes derivaram das consultas de enfermagem de saúde infantil. Uma vez detetadas situações desviantes ou carentes de apoio diferenciado, as mesmas eram orientadas para consultas dentro da própria unidade de saúde (psicologia e assistência social) ou para consultas de especialidade no hospital de referência (como pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, pedopsiquiatria, etc.). Tive ainda a possibilidade de informar adolescentes e pais sobre a existência de outros recursos da comunidade aos quais poderiam recorrer, como os Centros de Apoio a Jovens, Aldeias SOS ou a associações de apoio pediátrico.

Posto isto, parece-me importante sublinhar que a opção de conhecer a estrutura e dinâmicas dos serviços revelaram-se, portanto, apostas de gestão e evolução profissionais ganhas, uma vez que além de me terem permitido integrar na equipa multidisciplinar com maior facilidade e rapidez, dotara-me de conhecimentos operacionais mais abrangentes,

para que ao planejar cuidados e dinâmicas terapêuticas, pudesse ser proficiente para lá dos limites físicos e temporais da hospitalização.

Objetivo específico

Desenvolver competências ao nível da prática de gestão de cuidados de enfermagem e gestão de serviços

Atividades desenvolvidas

- Observei e refleti sobre a organização e gestão das equipas nos diferentes serviços;
- Realizei entrevistas informais aos enfermeiros chefes, enfermeiros tutores e outros elementos da equipa;
- Participei em atividades de gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais desenvolvidas pelos enfermeiros chefes e/ou responsáveis de turno;
- Refleti sobre estratégias de distribuição de recursos mais equilibrada, com vista a uma gestão mais eficiente, aumento da satisfação e combate ao *burnout* da equipa.

Reflexão

Nos dois segmentos formativos em contexto clínico real não tive oportunidade de intervir em todas as dimensões inerentes à atuação do enfermeiro gestor, no entanto, fiz por observar a atuação dos enfermeiros-chefes e EE neste reduto, o que me levou a refletir sobre as mesmas e como elas estavam diretamente relacionadas com as dinâmicas adotadas no serviço. Para uma reflexão mais aprofundada contribuíram também algumas entrevistas mais ou menos formais com a enfermeira chefe e outros enfermeiros com funções de gestão, que me explicitaram o seu ponto de vista, objetivos e estratégias adotadas para tornar a dinâmica do serviço mais eficiente.

No serviço de pediatria os enfermeiros trabalham segundo um horário de *roulement* mas eu optei por realizar apenas turnos de diurnos, para que pudesse vivenciar e acompanhar o maior número de experiências possíveis. Assim, observei, colaborei e refleti sobre atividades de enfermagem no âmbito de consultas de pediatria médica e cirúrgica, nas consultas de alergologia e de diabetes, no hospital de dia e na cirurgia de ambulatório. Embora as dotações seguras estejam acauteladas pelo serviço, a verdade é que o número de projetos e de atividades que poderiam ser realizadas se o número de enfermeiros (especialmente de EESIP) fosse superior, poderiam ser mais vastos e produzir maiores ganhos em saúde. Neste serviço existem 4 enfermeiras especialistas que têm a seu cargo

programas que lideram (como a consulta da diabetes, o hospital de dia ou a consulta de alergologia), bem como funções de gestão que as impede de abraçarem novos desafios. Na impossibilidade de serem recrutados novos elementos, sugeri à enfermeira chefe a redistribuição das funções dos elementos de forma a rentabilizar os seus contributos de acordo com as competências adquiridas. Uma possibilidade que me pareceu viável e bem aceite pela chefia foi a de não atribuir crianças específicas aos cuidados dos EESIP, para que os mesmos tenham possibilidade de ajudar os colegas a desenvolverem planos de cuidados mais completos, viabilizando a prescrição de cuidados específicos para cada utente, a serem realizados pelos enfermeiros generalistas.

Neste serviço o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o individual, em que cada elemento presta cuidados particulares e holísticos a cada uma das crianças/família ao seu cuidado, sendo que, devido às características do estágio de especialidade, realizei sempre trabalho em equipa com a enfermeira tutora. Percebi que havia um esforço por parte da enfermeira-chefe de manter a distribuição dos enfermeiros pelas mesmas crianças com quem tinham trabalhado recentemente, favorecendo assim a continuidade e o cumprimento dos planos de cuidados, contribuindo igualmente para a satisfação da equipa. Não obstante, os enfermeiros não se escusavam de ir ajudar os seus colegas sempre que ficavam um pouco mais livres ou lhes era solicitada ajuda, gerindo em equipa as respostas às necessidades gerais de cuidados.

A nível dos cuidados de saúde primários, embora o método de trabalho também fosse individual, a dinâmica era completamente distinta, uma vez que os contextos assim o exigiam. Embora na USF os enfermeiros desenvolvessem alguns cuidados de saúde em complementaridade, as consultas de desenvolvimento infantil e a vacinação revestiam a ação do enfermeiro de particularidades a nível do acompanhamento e profilaxia, únicas. Neste contexto, o enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados prestados por si: desde a consulta (marcação, duração), à execução de tratamentos e aos cuidados domiciliários. No domínio da Saúde Infantil, a USF dispõe de um guia orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil que garante que todos os profissionais desenvolvam a mesma segundo uma estrutura uniforme e que garante a continuidade de cuidados. Este guia foi muito importante para a estruturação das minhas aprendizagens, uma vez que me permitiu estar seguro nas primeiras consultas (quando ainda não sabia de cor todos os temas a abordar em cada entrevista), ao mesmo tempo que me concedia a

liberdade de esclarecer dúvidas aos pais/cuidadores fora dos temas previstos, pela possibilidade de consulta de informações afetas a outras idades chave ou programas de vigilância de saúde. Os parâmetros a avaliar em cada consulta estão estabelecidos de acordo com a idade e visam apreciar, aconselhar e orientar nas áreas de promoção de comportamentos saudáveis, desenvolvimento infantil, prevenção primária (plano nacional de vacinação, prevenção de acidentes), deteção e referenciação de situações complexas. Todas as intervenções são registadas em SClínico para que possam estar acessíveis a todos os profissionais que possam contribuir para a prestação de cuidados.

A realidade clínica, orgânica e funcional da UCC é bastante diferente, mas muito interessante. Os 4 EESIP desenvolvem 7 projetos de apoio à comunidade infantil e embora trabalhem em equipa, cada um é responsável por áreas específicas dentro do processo assistencial e contam com a colaboração dos demais para a efetivação mais eficiente e ajustada possível do programa previsto.

Em ambas as unidades (UCC e USF), os enfermeiros têm ainda a seu cargo a elaboração do relatório das atividades desenvolvidas, que se constitui como um instrumento fundamental de gestão administrativa e conseqüentes tomadas de decisões no ajuste à estratégia de ação da instituição.

A reflexão que realizei sobre as estratégias de gestão adotadas pelos enfermeiros gestores, relativas à ação particular de cada enfermeiro e da equipa na generalidade, levou-me a perceber os ganhos inerentes à convergência conjugada de todos os elementos, para alcançar as metas projetadas pelos programas nacionais e institucionais. Esta liberdade de movimentos, de poder de decisão e de escolhas, além de aumentar a autonomia de cada profissional, incrementa igualmente a sua satisfação, capacidade de investimento e entrega. Procurar conhecer as práticas administrativas fez-me refletir também sobre a complexidade e importância de uma gestão equilibrada de recursos humanos (realização de horários, de planos de trabalho, de trocas efetuadas entre os elementos, férias e absentismo) uma vez que além do objetivo mínimo de ter de se assegurar a realização dos turnos, é fundamental asseverar a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta a experiência e o conhecimento dos diferentes elementos, para que a equipa tenha possibilidade de evoluir com recurso a sinergias próprias, onde a experiência de uns se renove com a imaginação e inconformidade de outros.

Além dos recursos humanos, a gestão eficiente dos materiais é cada vez mais uma imposição das direções a todos os profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros. Gerir bem este tipo de recursos é assegurar que mais utentes possam usufruir das melhores condições de recuperação, sendo certo que o equilíbrio mais difícil é aquele que opõe o custo à qualidade e à quantidade dos materiais mobilizados (Ribeiro, 2012). No decorrer dos estágios tive oportunidade de colaborar com os processos de gestão de matérias e equipamentos adotados em cada serviço, o que me levou a perceber que mais do que as imposições administrativas, o acesso aos recursos materiais tinha na sua essência, diferentes estilos de gestão e liderança. Lideranças autocráticas, carismáticas, liberais ou técnicas, contrastam com as democráticas ou motivadoras, e embora todas possuam características mais ou menos positivas, as últimas reúnem maior probabilidade de sucesso por atenderem mais às necessidades e satisfação das pessoas que lideram, o que resulta num maior número de ganhos e eficiência (Retondo, 2019). Claro está, que para além da diferença no número e qualidade dos cuidados prestados em serviços com mais recursos, a satisfação, motivação e comprometimento da equipa com novos patamares de evolução também é distinta, o que sublinha a importância das atitudes e opções do enfermeiro gestor.

O facto de ter colaborado com praticamente todos os colegas do serviço deu-me a oportunidade de repensar e contribuir para a elaboração de vários planos de cuidados em simultâneo o que, em certos momentos, me permitiu ter uma noção mais ampla dos diferentes processos de assistência realizados no serviço e pude ajudar em algumas tomadas de decisão organizacional, como a gestão de equipamentos, distribuição das crianças por unidades/sala, ou priorização na realização de exames complementares de diagnóstico. A visão mais alargada a que os processos de gestão obrigam, associada à postura diferenciadora que o EE deve prover, possibilitam integrar mais variáveis aos processos de decisão do que a simples ostentação de cuidar mais e melhor. Logo os EE com funções de gestão reúnem mais condições para proverem melhores cuidados, mas devem resistir à tentação de não confundir gestão com rentabilização e/ou chefia com liderança.

Realizar gestão de cuidados na área de especialização, bem como demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, foram as competências que desenvolvi com as atividades e reflexões anteriores.

3.3- FORMAÇÃO

A formação em enfermagem tem como objetivo habilitar os profissionais de conhecimentos e competências que lhe permitam prover respostas adequadas às alterações sociais e humanas da população pelo acompanhamento da evolução sociocultural e científico-tecnológica. Este domínio de atuação dos EE deve ser encarado como fundamental não só para o próprio, mas também para os serviços que dele usufruam e para a Enfermagem em geral. Cabe ao EE ser um dinamo de mudança, melhoria contínua e de referência científica, que encontra nos processos formativos a sua gênese e a sua aplicabilidade.

Objetivo específico

Identificar, priorizar e dar resposta a necessidades formativas sentidas pela equipa de enfermagem

Atividades desenvolvidas

- Realizei o diagnóstico de necessidades formativas no serviço de pediatria;
- Desenvolvi e apresentei a formação a pares com o título “Papel Parental – Focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções”;
- Colaborei na definição de princípios avaliativos do papel parental e parceria de cuidados, bem como do seu registo em SClínico, induzidos pelo processo formativo;
- Avaliei os resultados obtidos pela formação a pares;
- Identifiquei outras necessidades formativas induzidas pela formação realizada;
- Observei e colaborei na supervisão de alunos.

Reflexão

Embora tivesse identificado necessidades formativas a pares em todos os contextos de estágio por onde passei, não porque as equipas estivessem clínica ou cientificamente pouco preparadas (muito pelo contrário), foi no contexto de internamento pediátrico que encontrei as melhores condições (desde cronológicas, materiais, logísticas e formativas) para a consecução deste objetivo. A educação pelos pares é uma estratégia que aliada à formação em serviço permite ganhos em saúde a vários níveis, uma vez que viabiliza respostas à imprevisibilidade e desenvolvimento dos contextos clínicos (Gonçalves, 2012).

De entre vários temas identificados como importantes para atualização, reflexão e aplicabilidade, decidi aproveitar a oportunidade para contribuir na resposta a uma necessidade formativa já identificada pela enfermeira tutora que era a exploração do papel parental durante a hospitalização, a sua implicação na parceria de cuidados e o registo adequado em SClinico. Por diversos fatores, entre eles a premência de atividades mais frequentes, mais simples de avaliar e intervir, a equipa foi relegando a exploração do papel parental como foco de atenção, diagnóstico, intervenção e registo. Havia por isso bastantes dúvidas no seio da equipa de enfermagem de como realizar a avaliação, a parametrização e o registo adequado do papel parental, bem como das intervenções que visavam, não só a sua evolução, mas a sua implicação na parceria de cuidados e na aquisição de novos *status* familiares.

Após uma pesquisa bibliográfica alargada sobre os princípios que definem o papel parental, contributos de e para a parceria de cuidados, formas de ser trabalhado, definido e registado em SClinico desenvolvi, em corporação com a enfermeira tutora, a ação de formação que levamos a cabo (em 2 sessões) para colmatar as lacunas formativas e de parametrização identificadas (no Apêndice II apresento todo o plano formativo que a suporta).

Como se pode constatar pelos resultados alcançados a ação de formação foi um sucesso, não apenas pela dinâmica formativa em si, pelos objetivos alcançados e pelos conceitos que foram veiculados (sobre os quais refletimos em conjunto), mas fundamentalmente porque foram viabilizados compromissos que asseguravam uma dinâmica da equipa mais eficiente (uma vez que se alinharam critérios avaliativos, estratégias interventivas e princípios de registos).

Os resultados desta ação formativa não se ficaram por aqui, uma vez que as reflexões e as atividades desenvolvidas para suportar as atitudes induzidas pela mesma, fizeram sobressair a possibilidade de alterar um pouco a lógica dos registos, de forma a refletirem melhor os níveis de qualidade de cuidados alcançados, bem como a necessidade de mais recursos para que a mesma continue a evoluir. Tudo isto se conjugou para mim em momentos de aprendizagem ímpares em setores distintos da intervenção especializada.

Com esta formação a pares perspetivaram-se outros temas formativos importantes que dariam continuidade ao caminho encetado pelas alterações que esta produziu, como são

exemplos: - o papel parental e os irmãos; - a parceria de cuidados como preparação para a alta; - o papel dos pais/cuidadores na tomada de decisão; - a comunicação com os pais/cuidadores enquanto parceiros de cuidados; - priorização de diagnósticos e atividades de enfermagem, entre outros.

Durante o período em que estagiei no serviço de pediatria, fizeram-no também um grupo de alunos da licenciatura e, um pouco por acaso, consegui desenvolver com os mesmos um conjunto de competências que também caracterizam a ação do EESIP, a supervisão clínica. Alarcão e Tavares definiram em 1987 (p. 197), o que ainda hoje me parece a melhor definição de supervisão pedagógica, que se constitui como um “processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”. Embora já tivesse vivenciado inúmeras situações de acompanhamento de alunos em ensino clínico, foi a primeira vez que colaborei com atividades supervisivas enquanto estudante e, ao mesmo tempo, pré especialista. Se inicialmente me senti confuso e com dificuldade em me posicionar no contexto clínico-pedagógico percebi, pelas solicitações repetidas de ajuda por parte dos alunos, que se mantivesse os princípios supervisivos de reflexão sobre a ação e construção de saberes pela cogitação e experimentação assistida estaria, além de pedagogo a desenvolver competências de EE. Assim, passei a observar com mais pormenor a atuação da professora que os orientava e, sempre que possível, colaborei com ela e com os colegas que realizavam orientação de alunos, para que além de contribuir para uma formação mais completa e sustentada daqueles discentes, me pudesse apropriar de competências que provavelmente não iria voltar a ter possibilidade de desenvolver enquanto estudante de especialidade. Fiquei, por isso, muito satisfeito por ter trabalhado também esta faceta do EE.

Identificar necessidades formativas na área de especialização, promover a formação em serviço na área de especialização e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, levou-me a dissecar os meus próprios sistemas de análise e atuação sobre as situações clínicas e, mais uma vez (as verdades universais acabam por sobressair), percebi que provavelmente aprendi mais do que o que ensinei ou orientei.

3.4- INVESTIGAÇÃO

A prática baseada na evidência é definida como o uso dos melhores dados clínicos, provenientes de investigações realizadas por enfermeiros e outros profissionais de saúde, que auxiliam a tomada de decisões relativamente à prestação de cuidados ao utente (Polir & Beck, 2018). A investigação em Enfermagem tem por objetivo estudar os fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem e assim desenvolver saberes próprios.

Objetivo específico

Desenvolver uma prática baseada na evidência científica ao refletir criticamente sobre os principais focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem dos diferentes contextos

Atividades desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Partilhei dados resultantes da pesquisa com os enfermeiros tutores e outros elementos da equipa;
- Utilizei a informação recolhida para propor mudanças na prática clínica com vista à excelência dos cuidados;
- Atuei na prática com base na evidência científica.

Reflexão

O enfermeiro especialista deve basear a sua atuação em conhecimentos validados cientificamente, assim como contribuir para o desenvolvimento da profissão com a sua participação em processos investigativos (OE, 2010). Esta participação acontece não só quando se produz investigação (realização de trabalhos que levem à produção de conhecimento), mas também quando se consome investigação (consulta e aplicação dos conhecimentos produzidos) (Polir & Beck, 2018). No decorrer do estágio que fundamenta este documento não me cruzei com nenhum estudo investigativo que estivesse a ser realizado nos contextos em que trabalhei, o que inviabilizou a minha participação em dinâmicas investigativas mais elaboradas. Tive, no entanto, a preocupação permanente de pesquisar e fundamentar a minha praxis diária nos conceitos científicos mais atuais. Para tal, além de me fazer acompanhar de todo o suporte teórico que foi facultado durante as aulas de Mestrado em Enfermagem, tive necessidade de recorrer à biblioteca da Universidade Católica e às diferentes plataformas de base de dados disponíveis on-line

(como B-ON, EBSCO, MEDLINE, CINAHL ou a ScIELO). A esta postura juntava a partilha com os pares e restante equipa multidisciplinar, das investigações e conclusões a que cheguei para que, da troca de conhecimentos e ideias pudessem derivar cuidados com maiores índices de excelência.

Além das pesquisas sobre as últimas orientações das temáticas a intervir, desenvolvi 5 mais aprofundadas para poder dar resposta às solicitações de cada contexto e utentes neles envolvidos. Além de investigar sobre o consumo de substâncias aditivas em adolescentes, as alterações ao papel parental durante a hospitalização e a parceria de cuidados, sobre as quais já me debrucei, explorei a literatura para saber mais sobre o uso do midazolam como psicofármaco de eleição na preparação pré-anestésica e sobre a dor no neonato. Estes dois últimos trabalhos nasceram da necessidade que senti em contribuir para que através da evidência, a realidade assistencial a algumas crianças pudesse permutar.

Embora os objetivos deste escrito se limitassem à reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos últimos dois estágios do curso, tenho de abordar neste capítulo o maior contributo que prestei na assistência às crianças dos estágios anteriores. No serviço de neonatologia onde estagiei os neonatos com necessidade de ventilação mecânica não eram sedados nem analgésicos para fazer face à dor da entubação, o que contrariava os princípios NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assessment Program) que visam minimizar o impacto no cérebro imaturo de todas as influências negativas, fundamentalmente os provocados pela dor (Ferraz, 2017). Face a esta realidade decidi reunir algumas das últimas evidências científicas sobre o tema (Morgatto & Moura, 2018; Hervé, 2018; Shutes et al., 2018, Rostas, 2017), familiarizar-me também com os protocolos de sedo analgesia utilizados noutras unidades neonatais do país e expor os mesmos à equipa multidisciplinar, na tentativa que, numa ação conjunta, se pudesse alterar este tipo procedimento e melhorar ainda mais os cuidados centrados no desenvolvimento. Com a ajuda de alguns elementos mais despertos e inconformados com esta realidade conseguiu-se trazer novamente o tema para a esfera das preocupações da equipa multidisciplinar e, embora ainda não fosse uma prática corrente, na altura em que terminei o estágio já se verificavam alguns casos de crianças entubadas sob efeito sedo analgésico. Esta mudança de paradigma, iniciada com base na evidência científica e na demanda qualitativa que o EE tem de induzir, atribuíram mais fundamento ao meu estágio do que qualquer processo avaliativo ou classificativo.

No decorrer do estágio no serviço de pediatria também me senti impelido a intervir sobre uma realidade, que há muito havia sido identificada como desadequada, mas que ainda perdurava. Desde os anos 80 que a literatura defende que a presença dos pais na indução de crianças a serem submetidas a procedimentos anestésico-cirúrgicos diminui a ansiedade e agitação, combatendo o risco de apneia e de laringospasmo, que a falta de controlo das mesmas pode induzir (Krowchuk, 2007; Jukemura, 2012). Procedimento este, que se tem tornado comum em quase todos os blocos operatórios do país, mas não no bloco operatório da unidade hospitalar onde estagiei, devido a condicionantes físicas que não proveem um local onde os pais se possam fardar, bem como assegurar a privacidade dos utentes que estão a ser operados, enquanto os mesmos acompanham o(a) seu(ua) filho(a) até à sala cirúrgica. A estas causas associam-se outras (enumeradas no Apêndice IV) que culminam frequentemente no retirar à força da criança dos braços dos pais e sedá-la, o mais rápido possível, enquanto contida de movimentos. Como é fácil perceber, estes procedimentos têm potencial para desencadear um conjunto de prejuízos físicos e psíquicos difíceis de prever e que podem acompanhar a criança e os pais para o resto da vida (Jukemura, 2012). Daí que o recurso a numa benzodiazepina (como o midazolam), administrada 30 a 60 minutos antes da indução anestésica tem-se revelado extremamente eficiente. Uma vez que é o enfermeiro destacado para acompanhar as crianças submetidas a cirurgias que administra e monitoriza os efeitos da toma, mas não depende dele a sua prescrição (o que dificulta e coloca frequentemente em causa todo o processo), decidi, ao abrigo do estatuto de aluno da ESIP reunir um conjunto de evidências científicas que servissem de corpo teórico à génese de um protocolo e tentar convergir vontades de todos os responsáveis para a sua aprovação (descrição de todo o processo no apêndice IV). Felizmente, depois de vários avanços e retrocessos consegui que o mesmo fosse aprovado e embora nem todos os anestesistas optem por o adotar, a maioria fá-lo e os resultados têm sido muito positivos.

Com toda esta dinâmica consegui **incorporar na prática os resultados da investigação, participei e promovi a investigação em serviço e demonstrei compreender as implicações da investigação na prática baseada na evidência**. Assim, sinto que contribuí para que os cuidados prestados às crianças pudessem ser mais humanizados e maximizadores do seu potencial de desenvolvimento, o que revela algo sobre a idoneidade que a exegética e um pouco de vontade conseguem fazer.

4- CONCLUSÃO

Ao longo deste relatório tentei organizar a informação de forma simples e sistemática para que a sua leitura e interpretações pudessem estar o mais próximo possível da realidade clinico-formativa que experienciei e sobre a qual refleti.

No dizer de Santos & Viana (2010) o estágio deve ser um processo formativo em que a aprendizagem contextualizada, permite aos estudantes a construção de saberes pela observação de outros a agir, pela atuação assistida e pela reflexão sobre as suas práticas e dos demais. Foi, portanto, sobre estes princípios que edifiquei as competências necessárias a um EESIP.

Depois de dezoito anos de percurso profissional, voltar a contextos clínicos como estudante de especialidade significou muito para mim. Nestes seis meses de passagem por quatro serviços de referência nos cuidados de saúde infantil e pediátrica, tentei extrair o maior proveito possível (formativo, pessoal e profissional) das experiências que vivi sob a capa protetora do papel de aluno, mas também sob a exigência de desenvolver um trabalho de excelência, que a minha experiência profissional, académica e pessoal me impunham. Com a conclusão destes ciclos de aprendizagem trago comigo uma dívida de gratidão enorme para com as enfermeiras tutoras que me acompanharam e me desafiaram diariamente a conseguir mais e melhor. Esta gratidão estende-se também às professoras orientadoras e à equipa de enfermagem e multidisciplinar, que me respeitaram e me proporcionaram as melhores condições formativas possíveis, mostrando-se disponíveis a contribuir para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e habilidades. A realização deste percurso, trouxe para a minha prática diária ensinamentos que me obrigam a permutar a postura com que lido com os fenómenos clínicos em cada utente pediátrico, não tanto no rigor técnico, assético ou processual, mas na reflexão prévia à ação que faço, agora, de forma mais natural e que me ajuda a selecionar a melhor abordagem, as melhores opções de atuação e a perspetivar muito mais implicações que outrora, uma vez que me inteirei dos contextos pediátricos existentes para lá dos limites físicos do meu serviço, mas não para lá dos limites da minha intervenção, como antes julgava que estariam.

Ciente de que todas as situações implicavam a mobilização de conhecimentos, desafiava a minha capacidade de interpretação, de resolução de problemas e de produção de cuidados holísticos a cada criança/jovem e família. A minha postura visou sempre a humildade de

quem ainda tem muito para aprender, mas com a certeza de quem domina o pouco que sabe. Desta forma, considero que consegui lidar com situações clínicas de elevada complexidade, delineando soluções através de processos reflexivos que nunca deixaram de respeitar os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Julgo ter sido capaz de comunicar de forma clara as conclusões a que fui chegando, assim como transmitir os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, aos diferentes elementos das equipas multidisciplinares. Tentei aproveitar todas as experiências que me foram facultadas, mas também fiz por procurar outras oportunidades para desenvolver as competências imprescindíveis a um EESIP.

Tive também a preocupação de contribuir para o desenvolvimento dos serviços onde estagiei e de não os deixar indiferentes à minha passagem. Perspetivando um contínuo de produção de saberes apresento os principais contributos que deixei em cada serviço:

- Divulguei princípios de atuação, formas de localização de informação e medidas de interação entre a linha SNS24 e o serviço de urgência pediátrica, para que a referenciação e priorização de situações urgentes fosse melhorada;
- Induzi à implementação de protocolos de sedo analgesia em neonatos entubados no serviço de neonatologia, chamando à atenção para o controlo da dor como um dos pilares principais dos cuidados centrados no desenvolvimento, que visam a minimização de impactos negativos em cérebros imaturos e a maximização do potencial de desenvolvimento;
- Desenvolvi o suporte teórico e mediei vontades entre responsáveis de vários serviços para a implementação do protocolo de utilização de midazolam como procedimento pré-anestésico;
- Desenvolvi ações de EpS com recursos a estratégias pedagógicas pouco usadas pelos profissionais da UCC onde estagiei, alargando o leque de alternativas formativas e adaptabilidade aos diferentes grupos de formandos.

Tendo a noção de que a laboração de especialista e de mestre não termina com este ciclo de estudos, mas antes começa, quis dar continuidade ao trabalho investigativo e reflexivo desenvolvido durante o mesmo, aceitando o convite para palestrar numa formação em serviço do Centro de Saúde de Freixo Espada à Cinta intitulada: “Contributo do enfermeiro para a construção do papel parental” e, juntamente com outros EESIP, organizar as primeiras jornadas de enfermagem pediátrica de Vila Nova de Gaia.

Mesmo com a certeza que ainda muito ficou por explicar deste trabalho de introspecção, a seleção que fiz para tentar descrever de forma estruturada as atividades realizadas, os objetivos alcançados e as competências dominadas, permite-me agora validar com chancela acadêmica as anotações diárias que realizei no final de cada turno, sobre o que demais importante experienciei e me levou a questionar incessantemente o *status quo* dos cuidados atuais, materializando-se neste documento, que acredito atestar o nível de perito em enfermagem de saúde infantil e pediátrica alcançado.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, K., Zocche, A., Almeida, A. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 41;
- Alarcão, I.; Tavares, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina;
- Alves, J.; Amendoeira, J.; Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 38, n.º4;
- Armelin, C.; Wallau, R.; Sarti, C., Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. Vol. 15, n.º 2, p. 45-54;
- Brazelton, T.; Sparrow, J. (2013). *O método Brazelton – A criança e a disciplina*. Lisboa: Editorial Presença;
- Cardoso, A. (2010) - Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em linha]. [Consult. 15 Set. 2019]. Disponível na Internet:<URL:[http://repositorio-aberto.up.pt](http://repositorio-aberto.up.pt;).>;
- Chaves, L.; Simões, C. (2018). O papel das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva do sofrimento de pessoas com doença oncológica. *Onco news*. N.º 36, p. 11-19;
- Contemporary Nurse. [Em linha] [Consult. 10 jan. 2020]. Disponível na Internet:<URL:<http://doi.org/10.1080/10376178.2017.1339566>>;
- DECRETO-LEI nº 71/2019. D. R. I Série. Decreto N.º 101 (19-05-27), Regime Legal da Carreira Especial de Enfermagem, p. 2626-2642;
- DECRETO-LEI nº 281/09. D. R. I Série. Decreto N.º 193 (09-10-06), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, p. 7298-7301;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e juvenil*;
- DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 – Norma 015/2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde;
- Esteves, H.; Antunes, C.; Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Vol.18, n.º 51, p. 697-708;
- Ferraz, L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas*. Coimbra: Escola Superior de

Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

Ferreira, L.; Oliveira, J.; Gonçalves, R.; Elias, T.; Medeiros, S.; Mororó, D. (2019). Cuidar de enfermagem às famílias de crianças e adolescentes hospitalizados. *Journal Of Nursing*. Vol. 13, n.º 1, p. 23-31;

Figueiredo, M.; Martins, M. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 43, n.º 3, p. 615-621;

Foster, A.; Murff, H.; Peter-son, J.; Ganchi, T.; Bates, D. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annales of Internal Medecine*. [Em linha] [Consult. 20 Julho 2019]. Disponível na Internet:<URL: <https://annals.org/aim/article-abstract/716006/incidence-severity-adverse-events-affecting-patients-after-discharge-from-hospital>;

Garcia, T.; Nóbrega, M. (2009). Relato de experiência. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. [Em linha] [Consult. 20 Maio 2019]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>;

Ghazali, R.; Abbas, M.; Jalalkamali, N. (2013). *Healing Environment in Paediatric Wards: From research to practice*. Londres: Universidade de Westminster;

Gonçalves, A. (2012). *A formação pelos pares: um contributo para melhorar a avaliação das necessidades dos utentes*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém. Tese de Mestrado;

Hilkner, S.; Beck, A.; Takana, E.; Dini, A. (2019). Perceção de irmãos de crianças hospitalizadas por doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 20, p. 77-86;

Hervé, D.; Rioualen, S.; Durier, V; Misery, L.; Sizun, J.; Roué, M. (2018). Cortical Pain Response of Newborn Infants to Venepuncture: A Randomised Controlled Trial Comparing Analgesic Effects of Sucrose versus Breastfeeding. *Clin J Pain*. Vol. 34, nº7, p. 650-656;

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente*. 9.^a Ed. Loures: Lusodidática;

International Council of Nurses (2015). *CIPE versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Jansen, F., Santos, M.; Favero L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 31, n.º 2, p. 247-253;

Jukemura M., Peniche A. (2012). Necessidades do acompanhante da criança em unidade de recuperação anestésica. *Revevista Sobecc*. Vol. 15, n.º 3, p. 25-32;

- Lambert, V.; Coad, J.; Hicks, P.; Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development*. Vol. 40, n.º 2, p. 195-204;
- Lopes, A. (2015). *O ambiente hospitalar nos cuidados de enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa;
- Krowchuk, H.; Rieker, M. (2007). Pro: should parents be present during their child's anesthesia induction? *MCN Am J. Matern. Child. Nurs.* Vol. 32, n.º 2, p. 72-73;
- Macedo, L.; Silva, G.; Setúbal, S. (2015). Pediatric Hospital: The Paradigms of Play in Brazil. *Children*. Vol. 2, n.º 1, p. 66-77;
- Melo, R.; Freitas, H. (2006). Portfólio: uma estrutura utilizada na avaliação das aprendizagens - Perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. *Referência*. Coimbra. Vol 2, n.º2, p. 63-73;
- Mendes, M.; Martins, M. (2012). Parceria de cuidado de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Referência*. 3.ª série, n.º6, p. 113-121;
- Mettler, M.; Kemper D. (2006). Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *StudyHealth TechnologyInformation*. N.º 121, p. 373-83;
- Monti, F.; Agostini, F., Dellabartola, S.; Neri, E.; Bozicevic, L.; Pocecco, M. (2012). Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*. Vol. 32, n.º 3, p. 216-224;
- Moreira, M.; Gaiva, M. (2016). Communication between the nurse and the mother/family in the nursing appointment to the child. *Cienc Cuid Saude*. Vol. 15, n.º4, p. 677-684;
- Morgotto, P.; Moura, M. (2019). *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*. Brasília: Hospital de Ensino Materno Infantil de Brasília;
- Naylor, M.; Broten, D.; Campbell, R., Jacobsen, B.; Mezey, M.; Pauly, M. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders: arandomized clinical trial. *Jama*. N.º 281, p. 613-620;
- Papalia, D.; Olds, S.; Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, Lda.;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem 2001;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa

Paula, G.; Góes, F.; Silva, A.; Moraes, J.; Silva, L.; Silva, M. (2019). Play strategies in nursing care for the hospitalized child. [Em linha] [Consult. 18 dez. 2019]. Disponível na Internet:<URL:https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238979;

Polit, F.; Beck, C. (2018). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed Editora;

Potra, T. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento;

Potter, P. (2014). Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier;

REGULAMENTO n.º 140/2019. D.R. II Série. N.º26 (2019-02-06), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, p. 4744-4750;

REGULAMENTO n.º 422/2018. D.R. II Série. N.º 133 (2018-07-12), Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, p. 19192-19194;

Retondo, L. (2019). O guia definitivo da liderança. Caxias do Sul: Consultoria Coach;

Rial, A.; Golpe, S.; Barreiro, C.; Gómez, P.; Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. Rev Socidrogalcohol, Vol. 32, n.º 1, p. 52-62;

Ribeiro, P.; Gomes, C.; Thofehn, B. (2014). Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 48, n.º 3, p. 530–539;

Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata. Portalegre: Escola Superior de Saúde. Tese de Mestrado;

Rocha, D.; Zagonel, I. (2009). Modelo de cuidado transacional à mãe da criança com cardiopatia congénita. Acta Paul Enfermagem. Vol.22, n.º3, p. 243-249;

Rostas, E. (2017). Dexmedetomidine: A Solution to the Dilemma of Pain and Agitation in the Mechanically Ventilated Preterm Neonate?. J Perinat Neonatal Nurs. Vol. 31, n.º 104;

Salvador, A.; Crespo, C.; Santos, S.; Barros, L. (2016). Caracterização dos cuidados centrados na família em oncologia pediátrica em Portugal. Psychology, Community & Health. Vol. 5, n.º 3, p. 198–213;

Santos, V; Viana, D. (2010). Fundamentos e práticas para estágio em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis;

Schalkers, I.; Dedding, M.; Bunders, G. (2015). ‘[I would like] a place to be alone, other than the toilet’ - Children’s perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. Health Expectations. Vol. 18, n.º 6, p. 2066-2078;

Shutes, L.; Gee, W.; Sargel, L.; Fink, A.; Tobias, D. (2018). Dexmedetomidine as single continuous sedative during noninvasive ventilation: typical usage, hemodynamic effects, and withdrawal. *Pediatr Crit Care Med.* Vol. 19, n.º 287;

Sim-Sim, I.; Silva, A.; Nunes, C. (2008). *Linguagem e comunicação no jardim de infância.* Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular;

SNS (2017). *Saúde Pública - Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.* Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. [Em linha] [Consult. 18 dez. 2019]. Disponível na Internet:<URL:<https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/saude-publica-%E2%80%A2-programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados-6/>>;

Ygge, B.; Arnetz, J. (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing.* Vol. 19, n.º 3, p. 217-223;

Water, T.; Wrapson, J.; Tokolahi, E.; Payam, S.; Reay, S. (2017). Participatory artbased research with children to gain their perspectives on designing healthcare environments;

Apêndices

Apêndice I

Clarificação dos contextos de estágio

CLARIFICAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O terceiro semestre do Mestrado de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa contempla a realização de um segmento formativo em contexto clínico real. Após a realização dos estágios nos serviços de neonatologia e urgência pediátrica do semestre anterior, seguiram-se os estágios nos serviços de pediatria e saúde comunitária.

O serviço de pediatria selecionado é composto por 7 salas de internamento e 1 quarto de isolamento, o que perfaz uma ocupação total de 23 camas, sendo 2 delas designadas de macas, uma vez que têm o propósito de servirem como medida de contingência quando o serviço está cheio e serem utilizadas como unidades suplementares. A sala de enfermagem localiza-se entre a terceira e quarta sala de internamento e possui a particularidade de ser separada das mesmas por vidros, uma vez que estes aposentos se destinam a lactentes que, pela sua idade e dependência necessitam de uma supervisão mais incisiva. Como estruturas de tratamento, mas com regime de ambulatória, o serviço contempla também uma sala composta por 4 unidades para dar resposta às necessidades clínicas das crianças seguidas pelo Hospital de Dia. Como estruturas físicas de apoio o serviço dispõe ainda de 1 sala de tratamentos, 1 copa, 1 vestiário, 3 casas de banho (2 destinadas a utentes e a outra para profissionais), 1 armazém, uma sala dos médicos, 1 sala de reuniões, 1 sala para registos e o gabinete da enfermeira-chefe. Já o gabinete da secretária do serviço localiza-se à entrada do mesmo. Ainda como estrutura de apoio ao ambulatório, o serviço dispõe também de uma sala de convalescença pós-recobro que serve também como unidade de acolhimento pré cirúrgico. Esta unidade possui também uma sala de jogos e uma casa de banho. O serviço de Pediatria é ainda constituído por 2 serviços de consultas, um dedicado às consultas de enfermagem e médicas das especialidades de alergologia e diabetes, e outro que contempla as consultas de cirurgia pediátrica, neonatologia e pediatria. No que toca aos recursos humanos o serviço de Pediatria é constituído, além da secretária da unidade e das Enfermeira-chefe, já referenciadas, por 22 médicos residentes, 13 assistentes operacionais, 18 enfermeiras, sendo que 10 são especialistas (5 em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e 1 em reabilitação). A equipa de enfermagem trabalha em horário de *roulement* e distribuem-se, habitualmente, em equipas de 3 a 5 elementos no turno da manhã (dependendo da ocupação do serviço), 2 a 3 no turno da tarde e 2 à noite, em turnos de 6,5 horas diurnas e 12,5 horas de trabalho noturno.

O último estágio que realizei aconteceu a nível dos cuidados de saúde primários. Depois do percurso hospitalar era fundamental desenvolver conhecimentos e competências naquelas que são as intervenções específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica no apoio à saúde da comunidade. Para tal, foi requerido a um ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) que destacasse uma unidade de cuidados na comunidade (UCC) onde pudesse desenvolver este estágio.

A unidade de saúde selecionada possui nos seus quadros 12 enfermeiros, sendo 4 especialista em saúde infantil e pediátrica, 1 secretário clínico e 1 médico. Com base no artigo 3.º do despacho n.º 10143 de 16 de Abril de 2009, a UCC assume-se como uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. A carteira básica de serviços prestados por esta unidade de saúde distribui-se pelos campos da saúde reprodutiva, da rede social com ação em saúde, promoção da autonomia e reabilitação, saúde infantil e saúde escolar. As ações assumidas pelos profissionais para o quadriénio 2016/2020, para a consecução dos objetivos da saúde infantil são: - Mimos de bebé (onde se alia a massagem ao bebé com a amamentação); - Cantinho da amamentação (onde se promove o aleitamento materno exclusivos até aos 6 meses e em complementaridade até aos 2 anos), e; - na palma da mão (onde se rastreiam, detetam e referenciam crianças em risco real ou potencial). Já os objetivos da saúde escolar são alcançados com os seguintes projetos: - inclusão escolar (apoio a crianças com necessidades de saúde e educativas sociais); - ambiente escolar (promoção de ambiente escolar seguro e saudável); - Saúde individual e coletiva (promoção de estilos de vida saudáveis); - deteção, acompanhamento e sinalização de crianças em risco.

Como património físico, a UCC em causa possui 8 gabinetes de trabalho, uma sala de tratamentos, uma copa, uma receção, 4 casas de banho e um armazém. Os 14 profissionais que dão corpo e vida a este polo de saúde dão apoio a 129689 utentes, distribuídos por várias freguesias, o que demonstra o quão preambular ainda se encontra este projeto de prevenção primária, uma vez que as necessidades são muito superiores à oferta de cuidados, mas não deixa por isso de ser o início de um caminho timonado pela capacidade de inovação, trabalho e espírito empreendedor dos enfermeiros.

Apêndice II

Formação a pares



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Papel Parental

Foco de Atenção em Enfermagem Pediátrica



Paulo Jorge da Costa Freitas

Setembro de 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Papel Parental

Foco de Atenção em Enfermagem Pediátrica



Paulo Jorge da Costa Freitas

Sob a orientação da Enfermeira Especialista Sónia Gomes e,
Professora Doutora Constança Festas

Setembro de 2019

Lista de Siglas e abreviaturas

LCD - Liquid Crystal Display

Índice

	Pág.
Introdução	88
I.Planeamento	90
A. Análise da situação/escolha do tema	90
B. Formulação dos objetivos	94
1- Objetivos educacionais	94
2- Objetivos operacionais/metas	95
C. Seleção e organização de conteúdos	95
D. Seleção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem	95
E. Programação da atividade	96
F. Seleção e organização de estratégias de avaliação	98
II. Execução	100
III. Avaliação	100
IV. Conclusão	105
V. Referências Bibliográficas	106
Anexo 1 – Power Point da ação formativa	28

Índice de tabelas

Tabela 1- Indicadores, metas e avaliação alcançada	103
----------------------------------------------------	-----

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição percentual das respostas quanto ao interesse do tema	101
Gráfico 2- Distribuição das respostas quanto à importância do tema no melhoramento do desempenho profissional	101
Gráfico 3- Distribuição das respostas quanto à potencialidade do tema contribuir para a melhoria de cuidados	102
Gráfico 4- Distribuição percentual das respostas face à duração da sessão	102
Gráfico 5- Distribuição das respostas quanto ao desempenho dos formadores	102

Introdução

A parentalidade é provavelmente o maior desafio da vida de qualquer ser humano uma vez que, por norma, os pais tentam exceder os seus próprios limites para que os seus filhos consigam chegar o mais perto daquilo que os seus sonhos e esforços almejam. Assim “conhecer e compreender esta experiência é especialmente importante para os enfermeiros (...) cujo papel deve ser apoiar o exercício da parentalidade” (Nystrom & Ohrling, 2004: 319).

A parentalidade tem a capacidade de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas a montante na vida das mesmas. É com base nestes princípios que os enfermeiros devem encarar a parentalidade como um desafio e uma oportunidade. O desafio acontece pela necessidade complexa de um profissional de saúde ter de apoiar todo um núcleo familiar, que se estende muitas vezes para lá dos limites hospitalares, pela necessidade de cuidar corretamente uma criança em convalescença, enquanto, tem a oportunidade de se desenvolver pessoal e profissionalmente com cada um dessas famílias.

Neste sentido, torna-se crucial para os profissionais de enfermagem saberem interpretar corretamente com é que cada família vivencia os seus processos parentais e como os mesmos se adaptam à obrigatoriedade de mudança, sempre difícil, a que a hospitalização e os processos de doença obrigam. A Ordem dos Enfermeiros chama à atenção para o facto da hospitalização da criança implicar frequentemente uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e aquilo que os profissionais esperam que eles façam (OE, 2015).

Embora a possibilidade dos pais acompanharem os seus filhos durante o período de hospitalização seja uma realidade em Portugal há já quase 4 décadas, ainda hoje parece haver algumas resistências a aceitá-los como elementos facilitadores dos processos terapêuticos, provavelmente pelas mesmas razões que se resiste a vislumbrar o utente pediátrico como um tríade. A verdade é que os profissionais de saúde não devem esquecer que os “pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as suas dimensões, é

responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos” (OE, 2015: 11).

Neste sentido, qualquer ação formativa e reflexiva que permita a melhoria de desempenho dos enfermeiros na orientação mais aconselhável do papel parental, fundamentalmente durante a hospitalização, torna-se uma mais valia, não só para os profissionais como também para as famílias.

Na conceção deste documento foram tidos em consideração os seguintes objetivos:

- Desenvolver um planeamento fundamentado que sustente a ação pedagógica sobre a definição do papel parental e o seu registo em Sclínico;
- Adquirir competência na formulação de um planeamento;
- Desenvolver um guia pedagógico que sustente toda a ação formativa e norteie os objetivos a alcançar;
- Contribuir para o desenvolvimento academicamente mais correto da formação de pares.

Este documento está dividido em três capítulos, uma vez que cada segmento reflete a sequência das atividades que estruturam a ação formativa. Inicia-se com o planeamento, perfilando-se de seguida as particularidades da execução e, posteriormente, a avaliação da atividade.

I. Planeamento

O planeamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e selecionar os caminhos mais eficientes para se alcançar um objetivo coletivo. Este processo assenta num exercício de razão e de sensibilidade, que engloba atividades de menor ou maior complexidade, viabilizando a construção de planos para enfrentar situações problemáticas atuais ou futuras (Queirós et al., 2010). Neste sentido é fundamental que a etapa preambular de qualquer processo de intervenção seja dedicada ao planeamento de estratégias de ação que, em simultâneo, visam nortear todo o processo, assim como efetivá-lo da forma mais rentável e abrangente possível.

Por planeamento entende-se a determinação de uma sequência de ações que têm como objetivo alcançar um resultado desejado, determinando aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Ao planear deve procura-se maximizar os resultados e minimizar as deficiências, visando incrementar a eficácia, eficiência e efetividade. O objetivo de um planeamento deve ser definido de forma clara e precisa, para favorecer a sua implementação. (Gama, 2010).

A. Análise da situação/escolha do tema

No decorrer do estágio final do 12º Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Pediátrica e Saúde Infantil, inserido no contexto de internamento em pediatria, quis inteira-me das necessidades formativas do serviço para que pudesse em simultâneo, contribuir para o incremento formativo da equipa de enfermagem e desenvolver competências no planeamento, estruturação e apresentação de ações formativas a pares.

Em conversas, mais ou menos formais, com a enfermeira tutora chegamos à conclusão que, embora a integração da linguagem CIPE no léxico, nos registos e nos programas de apoio à prática de enfermagem, no referido serviço, fosse um processo que se iniciou há mais de uma década, ainda se caracteriza por se encontrar numa fase preambular no que toca à compreensão de alguns conceitos que estão na origem de focos de atenção e consequentes diagnósticos e atitudes de enfermagem. Um dos focos menos utilizados pelas enfermeiras do serviço diz respeito ao papel parental, exatamente por não ter sido

explorado inicialmente e por reunir um conjunto de conceitos que suscitavam dúvidas no seio do grupo. Embora a capacidade de tomar conta por parte dos pais e a parceria de cuidados, nunca tenham deixado de ser uma preocupação da equipa de enfermagem, a sua ausência/formalização em registos, impediu um desenvolvimento e problematização idênticos a outros focos sobejamente mais utilizados. Desta forma, achamos que seria a oportunidade ideal para explicar os princípios que balizam o papel parental como foco de atenção do enfermeiro pediátrico, objetivando também a explanação dos possíveis diagnósticos e respetivas intervenções, na tentativa de incitar a uma discussão reflexiva de toda a equipa quanto à operacionalização destas etapas.

É sabido que as transições no desempenho da parentalidade vivenciadas durante a hospitalização são muito significativas para o campo de atuação e intervenção autónoma do enfermeiro, pelo que o papel parental constitui um foco relevante em enfermagem pediátrica. Decorrente da introdução dos sistemas de informação em enfermagem nos contextos da prática clínica nacional, da necessidade de adoção da parametrização única para uma linguagem unificada em enfermagem, os enfermeiros precisam de identificar corretamente quais são os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, para que se consiga, o mais rapidamente possível, reunir evidências económicas àquilo que a prática clínica já nos garante há muito. Tal, exige que os contextos da prática se transformem a ritmos e tempos, nem sempre compatíveis, com as capacidades individuais e organizacionais instaladas.

“Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade” (Ordem dos enfermeiros, 2015:11). Não podemos esquecer que a doença e a hospitalização são, por norma, acontecimentos inesperados para as famílias, que originam sofrimento, incerteza e podem dificultar a parentalidade. A hospitalização das crianças implica frequentemente uma crise de identidade parental com indefinição dos pais quanto ao seu papel no processo de recuperação dos seus filhos, quanto ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Cabe, portanto, à equipa de enfermagem organizar-se e reorganizar os papéis dos elementos que participam na tríade de cuidados, partindo do princípio que, ao contrário dos

preconceitos infundados, “a presença permanente dos pais junto das crianças hospitalizadas não diminui, antes reforça, o papel qualitativo e quantitativo dos enfermeiros dos serviços de pediatria, ampliando as suas funções assistenciais, exigindo um papel pedagógico junto das famílias e das crianças e valorizando as suas funções de observação, de registo e de parte fundamental da equipa de saúde” (Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança, 1993: 165). A atenção destes profissionais (que acompanham os pais e as crianças em todo o tempo da sua hospitalização), quanto à capacidade de adaptação dos pais enquanto cuidadores e referências dos seus filhos, no que toca a padrões de segurança, confiança e limiar de desenvolvimento, é fundamental para que o processo de hospitalização consiga ser um marco/processo de aprendizagem, evolução e reforço de parentalidade, em oposição ao retrocesso desenvolvimental e enfraquecimento das estruturas familiares, que comumente acontece.

A investigação-ação é uma opção metodológica que promove o caminhar, assegurando não apenas a visibilidade do exercício profissional mas acima de tudo, a garantia de cuidados de excelência ao cidadão. Neste sentido, explora-se a prática profissional na parceria de cuidados focalizando o potencial de participação dos pais nos cuidados e o estímulo que desencadeia o cuidar e sua associação à negociação de cuidados. Esta parceria revela-se primordial, não só para a manutenção dos princípios basilares da parentalidade durante o tempo de hospitalização, mas também para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência em pediatria.

Posto isto, é inquestionável a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o papel parental e as formas que o mesmo adquire durante um internamento hospital, devido às alterações que a rotina familiar sofre, aos ajustes de poder na tríada criança – pais - equipa de saúde e às dificuldades de adaptação ao processo de doença. Neste sentido, a parceria de cuidados torna-se fundamental, não só para os enfermeiros, no sentido de poderem alcançar mais e melhores cuidados pelo assumir da família como cliente, mas também para os pais, uma vez que têm a possibilidade de manter o seu papel de cuidadores num contexto que não dominam (fundamental para a consolidação das estruturas e evolução familiar), ao mesmo tempo que são empoderados de conhecimentos e de capacidade de decisão perante os cuidados e opções clínicas a serem adotadas para com os seus filhos. “Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel

parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados” (Ordem dos enfermeiros, 2015: 19).

Reconhecer a importância do papel dos pais no processo de recuperação intra hospitalar, valorizar os seus saberes e constituí-los como parceiros implica, por parte dos enfermeiros, a mobilização de saberes, habilidades e comportamentos que possibilitam identificar e agir sobre a atitude, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades, que uma vez trabalhadas, contribuem amplamente para uma parentalidade mais sólida e capaz de enfrentar as condicionantes que um processo de doença, seja ele agudo ou crónico, acarreta. Para que tal aconteça, os enfermeiros pediátricos têm de reunir um conjunto de competências tão particular como vasto, uma vez que ao ostentar o cuidado à criança, terão de ser capazes de trabalhar e cuidar também com a família/cuidadores tendo para isso de mobilizar, para além de conhecimentos científicos, capacidades de observação, comunicação e relação. Cabe portanto ao enfermeiro a tarefa de inserir os pais na equipa multidisciplinar, estabelecendo pontes entre todos os intervenientes, mas não sem antes conceberem uma relação de confiança entre si. Investigadores como Brown & Ritchie (1990) ou Coyne (1995) chamam à atenção para as dificuldades que este mesmo procedimento enfrenta, uma vez que se trata de um processo negocial que encontra resistências devido a dificuldades de comunicação, falta de conhecimento dos enfermeiros e conflitos na adoção de modelos centrados na família. Ficou evidente nos seus estudos, que frequentemente os enfermeiros impõe limites à participação dos pais nos cuidados tendo por base as suas convicções, organização de trabalho e/ou incapacidade negocial, sem considerarem a vontade, perspectiva ou sistema de crenças dos pais, nem a evidência dos modelos de cuidados centrados na família.

É com base neste conhecimento e na evidência de que o papel parental, bem como a parceria de cuidados, ainda não foram suficientemente explanados, refletidos, interiorizados e trabalhados, que sentimos necessidade de tentar convergir a equipa de enfermagem do serviço de pediatria em torno deste objetivo, sabendo à partida que o despertar de vontades que visamos com a sessão de esclarecimento, poderá constituir-se como um novo patamar no incremento da qualidade dos cuidados prestados, não só para estes profissionais, como para os pais e restante equipa multidisciplinar.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar as enfermeiras do serviço de pediatria para a importância do papel parental aquando da hospitalização, bem como dos registos rigorosos do seu acompanhamento em Sclínico.

Objetivos específicos:

- Definir o papel parental;
- Identificar as principais alterações ao papel parental aquando da hospitalização;
- Compreender os princípios basilares da avaliação da parentalidade;
- Interpretar a parceria de cuidados como o instrumento principal para o sucesso dos cuidados à família, bem como para a definição de papeis e reforço da parentalidade;
- Enumerar princípios fundamentais para a potenciação do papel parental e parceria de cuidados;
- Entender focos e princípios avaliativos do papel parental no Sclínico
- Perceber o que registar sobre a avaliação e evolução do papel parental e parcerias de cuidados em Sclínico
- Refletir sobre como integrar os princípios definidos previamente na realidade do serviço de pediatria.

B. Formulação de objetivos

1. Objetivos educacionais

Objetivo Geral:

Aumentar o conhecimento sobre o papel parental, sobre parceria de cuidados e registo adequado dos mesmos em Sclínico.

Objetivos Específicos:

- Definir o papel parental e que alterações o mesmo pode sofrer com a hospitalização;

- Enumerar algumas estratégias fortalecedoras do papel parental e da parceria de cuidados;
- Identificar quais os diagnósticos mais frequentes a serem trabalhados com vista à maximização do papel parental.

2. Objetivos operacionais / metas

- 50% das enfermeiras do serviço estejam presentes na sessão formativa;
- 70% dos formandos considerem o tema pertinente;
- 80% dos formandos avaliam a formação com aplicabilidade direta na sua realidade profissional;
- 85% dos formandos avaliam o desempenho dos formadores como excelente

C. Seleção e Organização de Conteúdos

Os conteúdos a serem abordados na apresentação são os seguintes:

- Definição do papel parental;
- Alterações do papel parental com a hospitalização;
- Princípios fundamentais para a potenciação do papel parental e parceria de cuidados;
- Princípios basilares da avaliação da parentalidade;
- Focos e princípios avaliativos do papel parental no Sclínico;
- Registo da avaliação e evolução do papel parental e parcerias de cuidados em Sclínico.

D. Seleção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem

Uma vez que se trata de uma apresentação de conteúdos bibliográficos associados à sua aplicabilidade prática num *software* informático, para um público selecionado de profissionais de saúde, optamos pela utilização de três métodos e duas estratégias pedagógicas. Inicialmente, e com o objetivo de apresentar os traços gerais que a literatura tece sobre o tema, começamos por utilizar um método expositivo com recurso à apresentação de diapositivos como estratégia. No entanto, à medida que a formação se desenvolve introduziremos o método interrogativo que intensificaremos cada vez mais até ao final da sessão com o duplo objetivo de induzir à reflexão guiada e à expressão de

pensamentos/dúvidas sobre o tema. Na fase final da apresentação optamos pelo método demonstrativo, respeitando os três passos que o edificam como estratégia pedagógica, para exemplificar diretamente na ferramenta ScInico como se devem realizar os registos sobre a parentalidade e a parceria de cuidados nas situações mais comuns.

E. Programação da atividade

Para a realização da atividade tivemos necessidade de mobilizar um computador, um apontador e um LCD como recursos físicos, assim como um Power Point (Anexo 1 – Diapositivos da sessão de formação de pares) e o programa ScInico como recursos digitais.

A ação formativa decorrerá de acordo com o plano de sessão que figura de seguida.

Tema: Papel parental e SClínico

Data: 25/10/2019 Hora: 14:30h

Objetivos:

- Identificar os princípios básicos da parentalidade;
- Perceber as alterações que o papel parental pode sofrer com a hospitalização;
- Reconhecer as vantagens e a necessidade de assumir a parceria de cuidados como a principal estratégia na prestação de cuidados em pediatria;
- Realizar registos corretos sobre papel parental no SClínico

Duração: 50 minutos

Local: Sala de reuniões do serviço de Pediatria

Grupo alvo: Enfermeiros do Serviço de Pediatria

Formador: Sónia Gomes e Paulo Freitas

Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia/ estratégias	OBS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos formadores;- Apresentação do tema;- Exposição dos objetivos para a sessão.	<ul style="list-style-type: none">- Método: ExpositivoEstratégia: Apresentação verbal e de diapositivos	<ul style="list-style-type: none">- Computador e data show
Desenvolvimento	30'	<ul style="list-style-type: none">- Conceito de papel parental;- Alterações ao papel parental durante a hospitalização;- Princípios da parceria de cuidados;- Estratégias para potenciar o papel parental e a parceria de cuidados;- O papel parental no SClínico	<ul style="list-style-type: none">- Met.:Expositivo e Ativo- Estratégias:<ul style="list-style-type: none">* Apresentação verbal e de diapositivos* Sessão expositiva dialogada	<ul style="list-style-type: none">- Computador e data show
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none">- Síntese das ideias principais.	<ul style="list-style-type: none">-Método: Expositivo.- Estratégia: Apresentação verbal	<ul style="list-style-type: none">- Computador e data show
Avaliação	10'	<ul style="list-style-type: none">- Discussão de ideias de como operacionalizar a maximização do papel parental, a parceria de cuidados e os registos mais adequados em Sclínico- Distribuição e	<ul style="list-style-type: none">- Interrogativo, ativo.- Estratégia: Preenchimento de questionários, conversação, e brainstorming entre formadores	

		preenchimento de folha de avaliação de ações formativas vigente na instituição	e enfermeiros.	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------	----------------	--

F. Seleção e Organização de Estratégias de Avaliação

Uma vez que o público-alvo são alunos e profissionais de enfermagem a avaliação da sessão teria de ser ela própria um momento de construção de conhecimentos, já que só através da indagação permanente e reflexão sobre as suas práticas e princípios os profissionais de saúde conseguem evoluir de forma sustentada. Daí que optamos por uma avaliação com recurso ao método ativo, através de indagação sobre a forma mais eficaz de aplicar na prática, os conceitos apresentados ao longo da sessão. Estratégias como o brainstorming e a aplicação de conhecimentos em casos reais, foram os instrumentos que utilizamos para a consecução dos objetivos traçados previamente.

Para que fosse possível preencher um requisito formal e institucional, foi ainda passado um inquérito de avaliação da sessão que acabamos por adotar como indicador de resultado.

Indicadores de processo

- % de enfermeiras do serviço presentes na sessão formativa;

(N.º de enfermeiros presentes na sessão formativa/N.º de enfermeiros do serviço que poderiam estar presentes) X 100

Indicadores de resultado

- % de formandos que consideram o tema pertinente

(N.º de formandos que consideram o tema pertinente/N.º total de formandos) X 100

- % de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na realidade profissional

$(N.º \text{ de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na realidade profissional} / N.º \text{ total de formandos}) \times 100$

- % de formandos que avaliam o desempenho dos formadores como excelente

$(N.º \text{ de formandos que avaliam o desempenho dos formadores como excelente} / N.º \text{ total de formandos}) \times 100$

II. Execução

A ação formativa foi prevista inicialmente para ser realizada apenas numa sessão, no entanto, uma vez que no período em que decorreu a mesma também se encontrava um grupo de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem em estágio no serviço, foi-nos pedido que voltássemos a ministra-la, já que os mesmos não poderiam estar presente na data inicialmente prevista. Desta forma, além de podermos refletir sobre os conceitos veiculados com formandos com uma perspetiva mais académica do que prática (o que nos obrigou a especificar/exemplificar os conceitos com abordagens distintas), permitiu que outros enfermeiros que não tiveram oportunidade de estar presentes anteriormente o fizessem posteriormente.

A única dificuldade encontrada durante a sessão foi de cariz logístico uma vez que a apresentação foi feita num LCD de 32” o que condicionou a leitura dos diapositivos por parte dos elementos que ficaram, inicialmente, no fundo da sala. Constatada essa dificuldade, foi pedido aos formandos que se posicionassem mais perto do LCD de apresentação, o que, apesar da privação de espaço imposta, fomentou muito mais a partilha de opiniões e a reflexão conjunta.

III. Avaliação

O número total de formandos foi de 28, distribuídos por duas sessões.

Embora o nível de participação não possa ser medido por respostas escritas, a verdade é que a discussão reflexiva que teve lugar na última parte das sessões, fundamentalmente na primeira onde estiveram presentes a maioria dos enfermeiros do serviço, foi extremamente profícua quanto à aceitação dos conceitos epistemológicos partilhados, bem como à aferição de normas e princípios práticos acordados pela equipa, para o registo adequada e coordenado em Sclínico.

O questionário de avaliação da formação em serviço assumido pelo CHVNG/E é composto por 5 questões às quais os formandos respondem classificando cada item de 1 a 5, segundo uma escala de likert, em que o 1 corresponde a muito insuficiente e 5 a excelente. As

questões indagam sobre o interesse do tema; a sua pertinência para a melhoria do desempenho profissional; a pertinência para a melhoria da qualidade dos cuidados, a duração da sessão e o desempenho dos formadores.

As respostas distribuíram-se da seguinte forma:



Gráfico 1- Distribuição percentual das respostas quanto ao interesse do tema

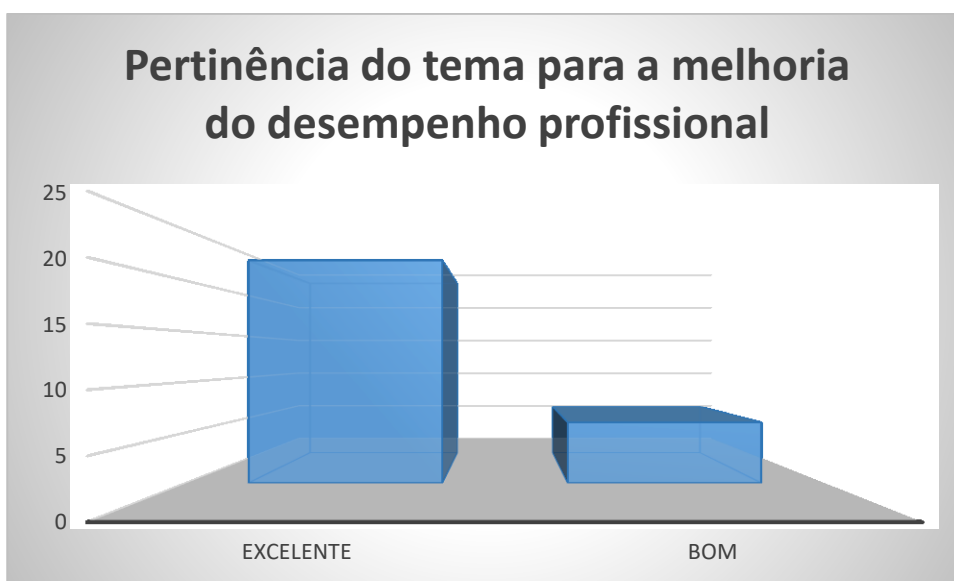


Gráfico 2- Distribuição de respostas quanto à importância do tema na melhoria do desempenho profissional

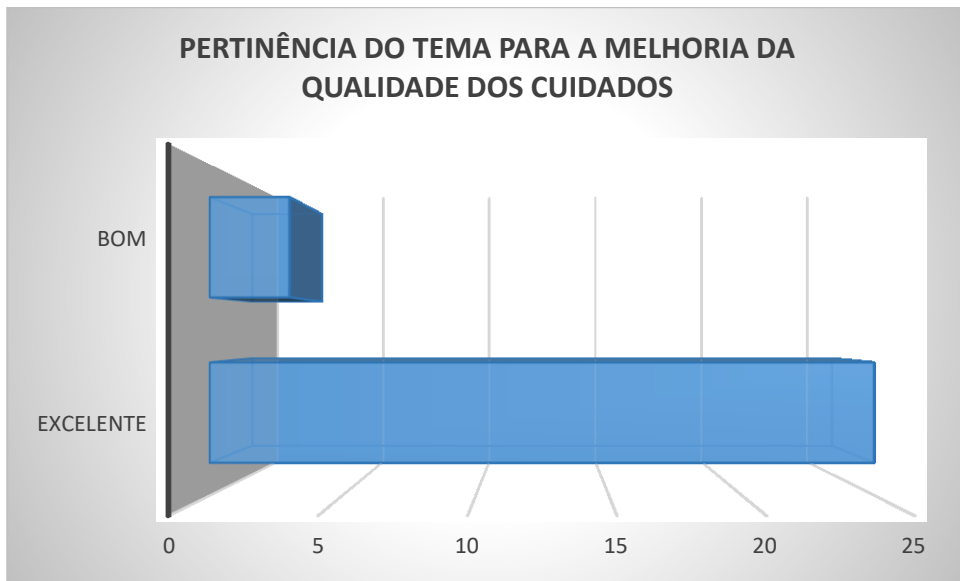


Gráfico 3- Distribuição das respostas quanto à potencialidade do tema contribuir para a melhoria dos cuidados

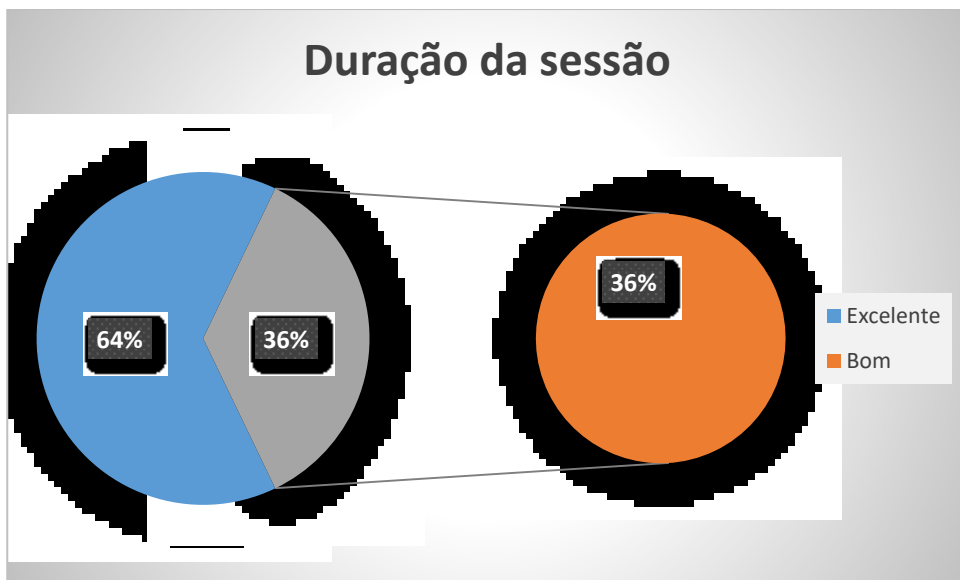


Gráfico 4- Distribuição percentual das respostas face à duração da sessão

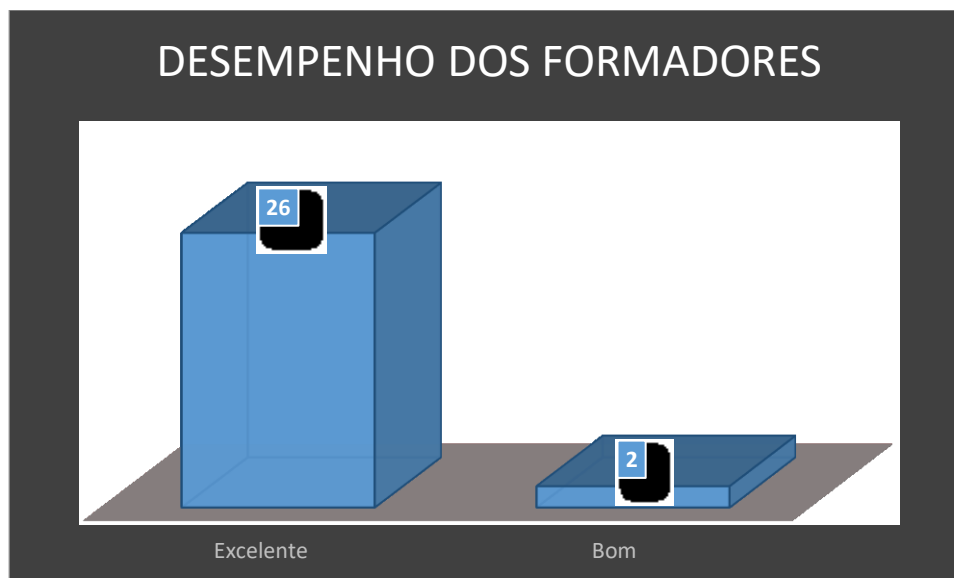


Gráfico 5- Distribuição das respostas quanto ao desempenho dos formadores

Os dados demonstram que os formandos classificaram a sessão maioritariamente com excelente face aos 5 itens de avaliação utilizados, atribuindo apenas a 19,3% das suas respostas a classificação de Bom.

No que diz respeito ao cálculo dos indicadores anteriormente apresentados os resultados foram os seguintes:

Tabela 1- Indicadores, metas e avaliação alcançada

INDICADOR	META	AVALIAÇÃO
(N.º de enfermeiros presentes na sessão formativa/N.º de enfermeiros do serviço que poderiam estar presentes) X 100	50%	75%
(N.º de formandos que consideram o tema pertinente/N.º total de formandos) X 100	70%	79%
(N.º de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na realidade profissional/N.º total de formandos) X 100	80%	89,3
(N.º de formandos que avaliam o desempenho dos formadores como excelente/N.º total de formandos)X100	85%	92,9%

Com base nestes resultados podemos concluir que a formação foi um sucesso em todas as frentes do seu desenvolvimento, permitindo, não só, a consecução com sucesso de todos os objetivos propostos inicialmente, como a melhoria do desempenho profissional por parte dos profissionais que assistiram à mesma, tanto ao nível de cuidados como de registos. Facto pelo qual não poderíamos estar mais orgulhosos e com sensação de dever cumprido.

IV. Conclusão

A “ação de tomar conta” expressa-se no assumir das responsabilidades de ser pai ou mãe; em comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na família e a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, na interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados (International Council of Nurses, 2006) e na habilidade do cuidador em providenciar o ambiente que promove o ótimo crescimento e desenvolvimento de outro ser humano (Franck & Callery, 2004).

A parentalidade é um processo complexo que se edifica pela consagração de um sem número de fatores como o ambiente, as condições socioeconômicas ou a cultura, mas fundamentalmente pela atitude que os pais adotam perante a educação dos seus filhos, os princípios e as normas que aceitam como orientadores na construção de uma personalidade, que cada filho constrói pessoalmente com estes instrumentos. A hospitalização, pela crise familiar que provoca, bem como pela transição que assinala, constitui-se como um momento de instabilidade, sofrimento e adaptação. Cabe ao enfermeiro, como elemento permanente da equipa multidisciplinar de saúde, estar atento à forma como o papel parental é afetado e desenvolvido no contexto hospitalar, auxiliando os pais a manterem índices aceitáveis de parentalidade, ao mesmo tempo que orienta a família na aquisição de novas formas de exercer e vivenciar essa parentalidade, com a ajuda de dois instrumentos fundamentais: a parceria de cuidados e o comportamento da criança.

O estudo permanente e adaptado de auxiliar cada família no exercício da sua parentalidade, mesmo num ambiente hospitalar repleto de poderes instituídos que têm necessidade de criar espaço para o contributo parental nos processos clínico das crianças, deve ser uma prioridade para o enfermeiro pediátrico.

Estes foram os princípios que orientaram a formulação desta sessão formativa de pares e pelo feedback recebido, pela forma como os colegas passaram a mobilizar a avaliação e os diagnósticos referentes ao papel parental e ao desenvolvimento deste trabalho escrito, acredito que todos os objetivos traçados inicialmente foram alcançados com sucesso.

V. Referências Bibliográficas

- Brown, J.; Ritchie, j. (1990) – Nurses perceptions of parente and nurse roles in caring for hospitalized children. *Children`s Health Care*. 19: 28-36;
- Callery, p.; Smith, L. (1991). A study of role negotiation between nurse and the parents of hospitalized children, *Journal of Advanced Nursin*, 16 (4): 772-781;
- Casey, A. (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. In GLAPER, E.; Tuckel, A. – *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press. *Journal of Advanced Nursing*;
- CIPE (2015). *Classificação Internacinal para a Prática de Enfermagem*. Concelho Internacional de Enfermeiros. Genebra;
- Coyne, I. (1995) – Parental participation in care: a criticalreview of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 21: 716-722;
- Coyne, I. (1995) – Partnership in care: parent`s views of participation in their hospitalized child`s care. *Journal of Clinical Nursing*. 4: 71-79;
- Direção Geral da Saúde (1993). *Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança*. Lisboa. Direção Geral da Saúde;
- Franck, L., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children`s healthcare. *Child: Care, Health & Development* , 30 (3), pp. 265-277;
- Gama, B. M. (2010). *As funções administrativas e o planejamento em enfermagem*. Universidade Federal de juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem: Administração em Enfermagem. I. Brasil;
- Gottlieb, L.; Feely, N. (2005) - *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Canada;

- International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra: ICN.;

- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: CIPE. Versão 2.0*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros;

- Lima, R.; Rocha, S.; Schochi, C., Callery, P. (2001). Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children in Brazil. *Paediatric Nursing*. 27 (6): 559-580;

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: Na emerging middlerange theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28;

- McDermott, D. (2006). Thinking mindfully about parenting and parenting education. *Child Welfare* , LXXXV, 5, pp. 741-748;

- Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* , 46(3), pp. 319-330;

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros;

- Queirós, P., Costa, D., Souza, A., Chaveiro, L., Silva, A., Silva, D., Sila, C., & Calpiñeiro, N. (2010). Planejamento estratégico de uma unidade de saúde da família – Região leste de Goiânia. *Revista de salud pública*, (xiv) 1: 15-23;

- Ribas Jr., R., & Bornstein, M. (2005). Parenting knowledge: similarities and differences in brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 5-12;

- Wrigth, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e família: um guia para a avaliação e intervenção em família*. 4.^a ed. São Paulo: Roca Edições.

- Ygge, B.; Arnetz, J. (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (3): 217-223;

Anexo 1

Power Point da ação formativa



Papel Parental

Focos de atenção, Diagnósticos de enfermagem e intervenções

Enf. Paulo Freitas

Papel Parental

- **Objetivos da sessão:**
 - o Definir o papel parental;
 - o Identificar as principais alterações ao papel parental aquando da hospitalização;
 - o Compreender os princípios basilares da avaliação da parentalidade;
 - o Interpretar a parceria de cuidados como o instrumento principal para o sucesso dos cuidados à família, bem como para a definição de papéis e reforço da parentalidade;
 - o Enumerar princípios fundamentais para a potenciação do papel parental e parceria de cuidados;
 - o Entender focos e princípios avaliativos do papel parental no Clínico
 - o Perceber o que registar sobre a avaliação e evolução do papel parental e parcerias de cuidados em Clínico
 - o Refletir sobre como integrar os princípios definidos previamente na realidade do serviço de pediatria do CHVNG/E.

Papel Parental

- A parentalidade pode definir-se como:
 - “um processo de vida dinâmico ao longo do qual os adultos podem aprender e desenvolver-se juntamente com os seus filhos” (McDermott, 2006, p. 742).
 - Uma “ação de tomar conta” expressa-se no assumir das responsabilidades de ser pai ou mãe; em comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na família e a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, na interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados (International Council of Nurses, 2006) e na habilidade do cuidador em providenciar o ambiente que promove o ótimo crescimento e desenvolvimento de outro ser humano (Franck & Callery, 2004).

Papel Parental

- As evidências empíricas sugerem que os pais são as pessoas que exercem maior influência na realidade das crianças e a relação que se estabelece entre pais e filhos, é o fator mais determinante para a qualidade de vida da criança.



- “criar uma criança é provavelmente a responsabilidade mais desafiadora que os pais têm que enfrentar (...) conhecer e compreender esta experiência é especialmente importante para os enfermeiros (...) cujo papel deve ser apoiar o exercício da parentalidade” (Nystrom & Ohrling, 2004, p.319).

Papel Parental

- A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados na vida familiar, que causam sofrimento, dor e podem dificultar os processos de parentalidade, fundamentais neste período.



- “A hospitalização das crianças implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam” (OE, 2015:11)

Papel Parental

- Os pais desejam continuar a ser pais mesmo dentro dos limites hospitalares e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os administradores deste processo, através da integração dos mesmos, pela informação e orientação em tempo e quantidades oportunas, pelo incremento da autoconfiança dos pais, de forma a que eles consigam gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho.



Papel Parental

- Uma das primeiras ações que a equipa de enfermagem deverá realizar é a avaliação do papel parental, mas não de forma subjetiva, ou seja, as informações e análises recolhidas devem ser validadas com os pais, para que os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem possam ser corretos e edificadores de uma parentalidade sustentável, bem como de processos de segurança e confiança entre os pais e a equipa multidisciplinar.

Papel Parental

- A parentalidade, enquanto foco de atenção, envolve quatro dimensões:
 - Assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel;
 - Otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança;
 - Integrar a criança na família, e;
 - Agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai

(International Council of Nurses, 2011)
- Em qualquer período de hospitalização as famílias vivenciam um processo de transição, daí que as perceções, as expectativas e as necessidades de aprendizagem das mães e dos pais tenham de ser valorizadas, muito por força do seu potencial facilitador ou inibidor. (Meleis et al. 2000)



Papel Parental

- Quanto maior for o nível de conhecimentos e habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de se criar um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estar mais sensíveis às necessidades das crianças (Ribas & Bornstein, 2005)
- O conhecimento deve ser entendido como o foco de atenção dos enfermeiros, já que a sua apropriação, bem como das habilidades relacionados com as necessidades da criança, vão potenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais, com conseqüente melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel. •

Papel Parental

- Uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, para que se possa conceitualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam. (OE, 2015)
- Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar de uma criança implica preparar pais/família no sentido de os tornar mais autónomos, capazes de se adaptarem a uma nova realidade visando o sucesso de um processo transitivo, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no plano de cuidados.
- Não devemos esquecer de dar atenção às expectativas dos pais, tendo em conta as suas necessidades e propondo a negociação de papeis, já que facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre enfermeiros e pais. (Casey, 1993) •

Papel Parental

- Princípios fundamentais para a potenciação do papel parental e parceria de cuidados:
 - Compreender que os pais são peritos nos seus filhos (todos têm força, capacidade, vontade e algo fundamental para partilhar)
 - Compreender e valorizar a relação com os pais;
 - Utilizar o comportamento da criança como linguagem;
 - Estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional;
 - Aproveitar as oportunidades para desenvolver a mestria parental;
 - Focalizar a paixão onde a encontrarmos;
 - Valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades;
 - Conhecer os valores implícitos ao comportamento da família;
 - Ouvir a família, incluindo a criança, antes de planear os cuidados;
 - Ouvir a família, e aprender com ela, antes de a tentar informar e ensinar;
 - Comunicar com a família antes de tomar decisões;
 - Individualizar os cuidados para que a família se sinta segura ao participar;
 - Estar disponível para atender às necessidades da família. Mas acima de tudo, não esquecer que:
- ○ Demasiada responsabilidade pode induzir stress para muitas famílias. (OE, 2015)

Papel Parental



- A vontade dos pais em participar ativamente nos cuidados deve ser levada em consideração, tanto como a conceção de um plano estratégico de intervenção que permita apoiar a iniciativa dos pais.
- Segundo Ygge & Arnetz (2004), Callery & Smith (2001) e Lima et al. (1999), os pais, durante a hospitalização, experimentam a não negociação do seu papel (o que acontece frequentemente é a delegação de tarefas sem co-participação), a falta de informação e, conseqüentemente, sentimentos de grande ansiedade e isolamento.
- O respeito pelas opções de conhecimento e capacidades que os pais pretendem desenvolver para cuidar dos seus filhos deve pautar a parceria de cuidados. Assim, todos os ensinamentos efetuados devem ser geridos segundo os princípios da informoterapia, ou seja, na hora certa, na dose correta, às pessoas certas, pelas vias de comunicação mais apropriadas e com o nível de linguagem adequado.

Papel Parental



- O domínio da atividade diagnóstica realizada proporciona informações específicas, por forma a que o processo de cuidados se centre nas necessidades dos pais, e não nas necessidades de informação que os profissionais de saúde entendem como prioritárias para aquela família.
- O planeamento de programas de ensino, instrução e treino, deverá ser alvo da atuação do enfermeiro, auxiliando, estimulando e supervisionando o exercício da parentalidade, certificando-se dos aspetos éticos, das expectativas dos pais e dos aspetos culturalmente sensíveis.
- Autores como Wright e Leahey (2009) chamam a atenção para o tempo como fator preponderante na avaliação dos processos de parentalidade, uma vez que há uma enorme dificuldade em observar de imediato os resultados das intervenções, tendo em conta o espaço que decorre entre estas e as mudanças esperadas.

Papel Parental no Sclínico

Grupos da escala / Itens

☐ Papel parental

☐ * PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e hospital

☐ não

☐ sim

☐ * PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e especiais trans

☐ não

☐ sim

☐ * PP com características complexas permanentes no domicílio

☐ não

☐ sim

☐ * PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e complexas inau

☐ não

☐ sim

Registrar / visualizar intervenção

Papel Parental no Sclínico

Grupos da escala / Itens

Capacidade no tomar conta (necessidades especiais):

- * Alimentação
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Eliminação
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Higiene
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- * Processos corporais
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

Papel Parental no Sclínico

Grupos da escala / Itens

Capacidade no tomar conta (necessidades especiais):

- [ALIMENTAÇÃO]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- [ELIMINAÇÃO]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- [HIGIENE]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável
- [PROCESSOS CORPORAIS]
 - não demonstra
 - demonstra
 - não aplicável

Papel Parental no Sclínico

Grupos da escala / Itens

Capacidade no tomar conta:

- * Alimentação
 - ↻ não demonstra
 - ↻ demonstra
 - ↻ não aplicável
- * Eliminação
 - ↻ não demonstra
 - ↻ demonstra
 - ↻ não aplicável
- * Higiene
 - ↻ não demonstra
 - ↻ demonstra
 - ↻ não aplicável
- * Segurança
 - ↻ não demonstra
 - ↻ demonstra
 - ↻ não aplicável

Papel Parental no Sclínico

* Alimentação

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

* Eliminação

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

* Higiene

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

* Segurança

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

* Desenvolvimento infantil

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

* Promoção da saúde

- ↻ não demonstra
- ↻ demonstra
- ↻ não aplicável

Papel Parental no Sclínico

Grupos da escala / Itens

Papel parental

- * Reconhece a condição das necessidades da criança e do PP no hospital
 - não
 - sim
- * Tem expectativas adequadas sobre o desempenho do PP no hospital
 - não
 - sim
- * Tem conhecimento sobre a situação da criança
 - não
 - sim
- * Tem rede de apoio adequado às necessidades da criança e do exercício do PP no hospital
 - não
 - sim
- * Deseja participar nos cuidados à criança durante a hospitalização
 - não
 - sim

Papel Parental no Sclínico

Propostas de Horário das intervenções:

- a avaliação da parceria de cuidados é efectuada uma vez e pode passar para SOS;
- horário dos ensinos fica no turno da manhã e da tarde;
- às intervenções que já não são necessárias poderá ser dado termo ou passar para SOS;
- devem ser actualizados os diagnósticos à medida que se verifica conhecimento/capacidade da mãe;
- quando não for possível efectuar ensinos (por falta de tempo) deve-se seleccionar "não realizada" e escrever no campo...
- o diagnóstico de papel parental deve ser realizado tendo em conta a prevenção de novos internamentos;
- não esquecer as intervenções que nos defendem:
 - cuidados com o cateter venoso periférico;
 - sinais de alarme para a enfermeira intervir;
 - actualização dos diagnósticos para o conhecimento.

Papel Parental no Sclínico

E a senhora enfermeira como interpreta agora o papel parental e que sugestões pode avançar para o melhorar no seu serviço?

Bibliografia

- Callery, p.; Smith, L. (1991). A study of role negotiation between nurse and the parents of hospitalized children, *Journal of Advanced Nursin*, 16 (4): 772-781;
- Casey, A. (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. In GLAPER, E.; Tuckel, A. – *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press. *Journal of Advanced Nursing*;
- CIPE (2015). *Classificação Internacinal para a Prática de Enfermagem*. Concelho Internacional de Enfermeiros. Genebra
- Franck, L., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30 (3), pp. 265-277;
- Gottlieb, L.; Feely, N. (2005) - The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier Canada
- Ygge, B.; Arnetz, J. (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (3): 217-223;
- International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra: ICN.;
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: CIPE. Versão 2.0*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros;
- Lima, R.; Rocha, S.; Schochi, C., Callery, P. (2001). Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children in Brazil. *Paediatric Nursing*. 27 (6): 559-580;
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hillinger Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: Na emerging middlerange theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28;
- McDermott, D. (2006). Thinking mindfully about parenting and parenting education. *Child Welfare*, LXXXV, 5, pp. 741-748;
- Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), pp. 319-330;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros;
- Ribas Jr., R., & Bornstein, M. (2005). Parenting knowledge: similarities and differences in brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 5-12;
- Wrigth, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e família: um guia para a avaliação e intervenção em família*. 4.ª ed. São Paulo: Roca Edições.

Apêndice III

Educação para a Saúde:
Aditivos – Álcool e Tabaco



Substâncias aditivas

Alcoolismo e tabagismo



Paulo Jorge da Costa Freitas

Gaia, Dezembro de 2019

Papel Parental

Foco de Atenção em Enfermagem Pediátrica



Paulo Jorge da Costa Freitas

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Gaia, Dezembro de 2019

Lista de Siglas e abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PNES – Plano Nacional de Educação para a Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo do Tabagismo

SICAD – Serviço de intervenção nos Comportamentos Aditivos e na Dependências

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULS – Unidade Local de Saúde

Índice

	Pág.
Introdução	126
I. Planeamento	129
A. Análise da situação/escolha do tema	129
B. Formulação dos objetivos	138
3- Objetivos educacionais	138
4- Objetivos operacionais/metas	138
C. Seleção e organização de conteúdos	138
D. Seleção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem	139
E. Programação da atividade	139
F. Seleção e organização de estratégias de avaliação	141
II. Execução	143
III. Avaliação	143
IV. Conclusão	148
V. Bibliografia	150
Anexo 1 – Power Point da ação formativa	154

Índice de figuras

Figura 1- Fatores determinantes de problemas ligados ao álcool	132
----------------------------------------------------------------	-----

Índice de tabelas

Tabela 1- Plano de Sessão: Adição – Alcoolismo e Tabagismo	140
Tabela 2- Indicadores, metas e avaliação alcançada	147

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição percentual das respostas quanto ao interesse do tema	144
Gráfico 2- Pertinência do tema para a melhoria da qualidade de vida	145
Gráfico 3- Pertinência do tema para prevenir riscos em saúde	145
Gráfico 4- Distribuição percentual das respostas face à duração da sessão	146
Gráfico 5- Distribuição das respostas quanto ao desempenho dos formadores	146

Introdução

“*Tabacco control interventions are the second most effective way to spend funds to improve health after childhood immunization*” (Health, 2020). Esta frase da Organização Mundial da Saúde (OMS) retrata claramente o quão eficaz e necessário se torna todo e qualquer investimento em medidas antitabagismo. A par do consumo de álcool o tabaco tem-se revelado uma epidemia mundial que coloca em risco ciclicamente a saúde de todas as gerações desde há séculos. Mesmo com toda a informação disponível, mesmo com a massificação e modernização das tecnologias de informação que permite o fácil e rápido acesso a informação credível que ajuda aos processos de decisão corretos, estas duas substâncias aditivas clássicas encontram sempre novas formas de se reinventar, se justificar e singrar no seio de novas gerações, independentemente da forma como as mesmas privilegiem relacionar-se com o mundo.

Embora se tenham assistido ao longo dos anos a oscilações ligeiras na utilização regular destas substâncias, a modernização não conseguiu elevar a idade média de consumo regular das mesmas, o que justifica duplamente a importância da intervenção precoce e especializada dos enfermeiros como principais agentes do incremento da literacia em saúde das populações.

“O tabagismo não pode ser encarado como opção individual de cada cidadão. Pelo contrário, é um fenómeno eminentemente social, não só pelo que representa em termos de *burden* para o Sistema de Saúde como, também, pelos efeitos da inalação passiva do fumo do tabaco, sobretudo em espaços fechados” (DGS, 2013: 8). Estes fatores fazem com que este o tabaco se transforme num problema global, mais do que de saúde pública, ele é também simultaneamente pessoal e moral uma vez que as decisões e posturas perante o mesmo afetam todos direta e/ou indiretamente.

Portugal é dos países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), tendo integrando-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controlo dos PLA para uma melhor saúde do indivíduo e da comunidade (Mello et al., 2001). O reconhecimento dos efeitos nocivos do álcool na saúde física, mental e social dos indivíduos tem colecionado evidências científicas e empíricas ao longo dos anos e por ser, juntamente com o tabaco,

das substâncias aditivas mais comuns e de fácil acesso, ganha o mesmo relevo e importância de combate ao seu consumo.

É com base nestas certezas que se assumem como pilares promocionais de saúde que o Plano Nacional de Educação para a Saúde (PNES) assume o combate ao consumo do tabaco e do álcool como uma prioridade a ser respeitada e implementada o mais precoce possível na vida das novas gerações.

Neste sentido, qualquer ação formativa e reflexiva que desperte a população em geral, mas em especial os mais novos para a não cedência às substâncias aditivas é uma preocupação para qualquer profissional de saúde, principalmente para os Enfermeiros Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Para que as intervenções possam ser as mais eficazes possíveis é fundamental que as técnicas de passagem de informação abandonem o seu reduto simplesmente formativo e possam ser mais apelativas, inovadoras, motivacionais e indutoras de comportamentos saudáveis pela consciencialização de que é o melhor e mais prazeroso para si.

Por conseguinte este documento constitui-se como a estrutura teórica que suporta uma intervenção que tem por dístico: Adição – Alcoolismo e tabagismo e que ostenta a consciencialização e promoção de hábitos de vida saudáveis pelo não consumo destas substâncias aditivas, numa turma de alunos do 8.º Ano de uma Escola EB 2/3.

Na conceção deste documento foram tidos em consideração os seguintes objetivos:

- Desenvolver um planeamento fundamentado que sustente a ação de educação para a saúde sobre o tabagismo e alcoolismo;
- Adquirir competência na formulação de um planeamento;
- Desenvolver um guia pedagógico que sustente toda a ação formativa e norteie os objetivos a alcançar;
- Contribuir para o um desenvolvimento academicamente relevante, pela consecução de vários objetivos específicos e aquisição de competências clínico formativas do domínio do EESIP.

Este documento está dividido em três capítulos, uma vez que cada segmento reflete a sequência das atividades que estruturam a ação formativa. Inicia-se com o planeamento,

perfilando-se de seguida as particularidades da execução e, posteriormente, a avaliação da atividade.

I. Planeamento

O planeamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e selecionar os caminhos mais eficientes para se alcançar um objetivo coletivo. Este processo assenta num exercício de razão e de sensibilidade, que engloba atividades de menor ou maior complexidade, viabilizando a construção de planos para enfrentar situações problemáticas atuais ou futuras (Queirós et al., 2010). Neste sentido, é fundamental que a etapa preambular de qualquer processo de intervenção seja dedicada ao planeamento de estratégias de ação que, em simultâneo, visam nortear todo o processo, assim como efetivá-lo da forma mais rentável e abrangente possível.

Por planeamento entende-se a determinação de uma sequência de ações que têm como objetivo alcançar um resultado desejado, determinando aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Ao planear deve procura-se maximizar os resultados e minimizar as deficiências, visando incrementar a eficácia, eficiência e efetividade. O objetivo de um planeamento deve ser definido de forma clara e precisa, para favorecer a sua implementação. (Gama, 2010).

A. Análise da situação/escolha do tema

No decorrer do estágio final do 12º Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Pediátrica e Saúde Infantil, inserido no contexto de saúde comunitária, realizado na Unidade de Cuidados Continuados (UCC), quis inteira-me e participar ativamente em todo o plano formativo que estivesse previsto realizar-se durante as horas de contato previstas para este estágio. Além de colaborar com no planeamento e apresentação das diferentes ações de educação para a saúde a serem desenvolvidas em vários contextos e para formandos de todas as idades pediátricas em diversos pontos do parque escolar abrangido pela UCC, pedi autorização para que pelo menos uma das mesmas pudesse ser desenvolvida, realizada e avaliada por mim, com a supervisão da enfermeira tutora. A proposta foi aceite com agrado e após consulta do calendário formativo decidiu-se que a sessão seria apresentada a alunos do 8.ª ano por ser daquelas que dispunham de mais tempo para percorrer com tranquilidade todas as etapas de uma sessão formativa. De entre os temas possíveis selecionou-se por uma questão de agendamento que o tema abordaria o consumo de substâncias aditivas, nomeadamente o

tabaco e o álcool. Sem se incluir, desde à partida, como um critério de seleção, a sessão iria ser realizada numa Escola EB 2/3, o que para além da agitação garantida desde à partida, apresentou-se para mim como um desafio e estímulo extras.

Se a pertinência da sessão se justifica facilmente pela inclusão do tema no PNSE, o facto da ação educativa em causa ter lugar num contexto geográfico, social e culturalmente permeável ao consumo de substâncias aditivas por grande parte da população, torna o tema isento da necessidade de outros requisitos para ser no mínimo fulcral, ainda para mais quando o público-alvo se encontra na faixa etária mais propensa ao início destas adições.

Mais do que a sensibilização e consciencialização das novas gerações quanto aos efeitos nefastos em todas as dimensões da vida pessoal, biológica e social de todos os consumidores é fundamental fazê-los entender que a cedência ao consumo priva-os, paulatinamente, de dois dos maiores bens acessíveis à maior parte dos seres humanos, que são a saúde e a liberdade de decidir, por estarem adictos.

Definir a situação que vulgarmente é designada por Alcoolismo, limitando-se aos efeitos do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, que conduz a um estado de dependência ao álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo, não tem satisfeito aqueles que encaram o álcool como causa, associada ou não, de outro tipo de patologia, não só individuais como coletivas, e que acabam por se inscrever na jurisprudência da Saúde Pública (Mello et al., 2001). O risco que o álcool representa para a saúde infantil e escolar; o para a saúde e segurança do trabalhador, do jovem, da mulher, etc. são exemplos exaltam as vantagens de envolver na designação comum de «Problemas Ligados ao Álcool» (OMS, 1980) este vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o etilismo; vantagens tanto mais intensamente sentidas quanto mais a abordagem diga respeito a ações preventivas (Mello et al., 2001).

O aparecimento de dependência ao álcool exige, evidentemente, um contacto inicial entre o tóxico (o álcool) e o organismo vulnerável. O álcool etílico ou etanol é o agente da doença alcoólica. Sem álcool não há alcoolismo, no entanto são as características individuais e do meio que condicionam o consumo excessivo de álcool, favorecendo a ação patogénica do fator tóxico e a criação da dependência ao fim de um tempo, em geral prolongado, mas sempre variável de indivíduo para indivíduo (Adés & Lejoyeux, 1997). Logo, existem uma multiplicidade de causas em que o enfermeiro pode e deve intervir de forma a influenciar o consumo de álcool, a adição e o conseqüente alcoolismo.

As bebidas alcoólicas são bebidas que, como o seu nome indica, contêm álcool. O etanol, molécula de fórmula química $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ é o principal constituinte das bebidas alcoólicas, que o contêm em concentrações diferentes. O etanol é um líquido incolor, volátil de cheiro característico, de sabor queimoso e densidade 0,8. É miscível com a água, ferve a $78,5\text{c.}^\circ$ e separa-se da água, por destilação (Mello et al., 2001). A graduação alcoólica de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro contido na mesma. Assim, por exemplo: um vinho de 10° significa que em 1L existem 10% de álcool, isto é, 100 ml ou 80 gramas de álcool. O álcool é um produto da fermentação de açúcares de vários produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras (Barrias, 2001).

Os estudos efetuados para compreender a criação e desenvolvimentos da dependência alcoólica vão situando os seus alicerces em conhecimentos neurobiológicos e bioquímicos (efeitos do álcool sobre os metabolismos, interação do álcool com os neurotransmissores cerebrais, efeito sobre as membranas e recetores, alteração das respetivas composição e funcionalidade) (Barrucand, 1988, Mello, 2001, Barrias, 2001). A sintomatologia da síndrome de abstinência ou privação conduz a modificações bruscas nos sistemas de compensação cerebral criados pelo consumo continuado (Idem).

Relativamente aos fatores ligados ao meio, os fenómenos socioculturais e económicos, imprimem características próprias na intoxicação (alcoholização contínua dos países vitivinícolas; alcoholização intermitente dos países anglo-saxónicos, etc.). As tradições, mitos, falsos conceitos (por exemplo: beber “para aquecer”, “para ter mais força”, “para abrir o apetite”, “para fazer a digestão”, “para matar a sede”, etc.); as diferenças culturais e religiosas, as normas socioculturais que influenciam hábitos; a profissão, a publicidade, as políticas de oferta e disponibilidade de álcool, entre outros são influenciadores do meio sobre o individuo e que todos devem ser estudados especificamente para que as manobras interventivas possam ser as mais adequadas a cada individuo inserido em determinado meio.

Já em 1978 Cartwright e Shaw (citado por Barris, 1998) salientavam a importância fundamental de uma influência multifatorial (desde social, económica, psicológica e fisiológica) sendo que é do produto desta interação que se criam e desenvolvem as duas maiores prevalências do Alcoolismo: os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou proteção de cada indivíduo.

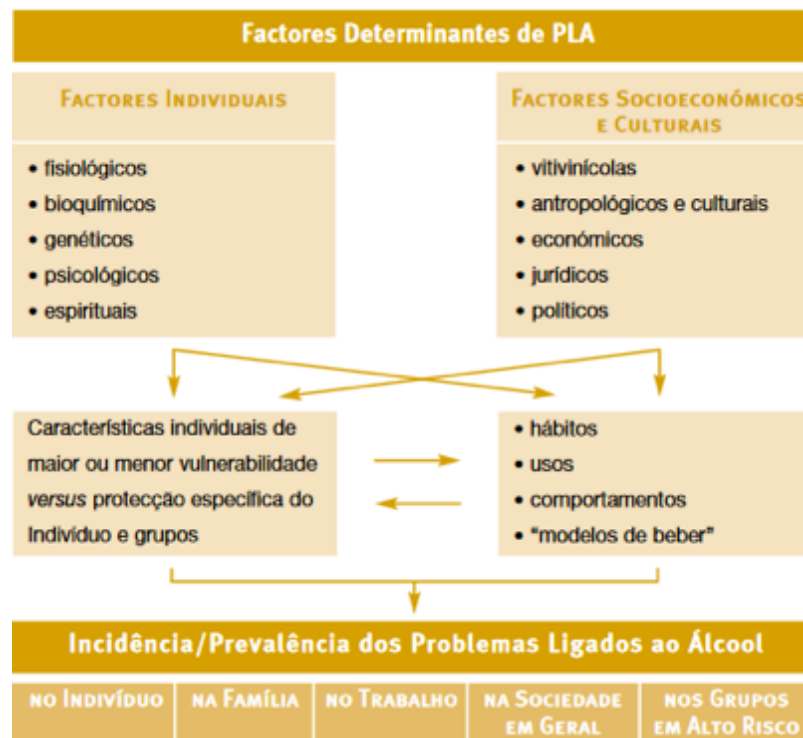


Figura 1- Fatores determinantes de Problemas Ligados ao Alcool, in: Mello et al., 2001:22

Os mesmos autores advogam que são então 4 dimensões de problemas ligados ao álcool, aqueles que se repercutem no indivíduo, na família, no trabalho e na sociedade (Barrias, et al. 2001), todos com dinâmicas, desenvolvimentos e consequências, que embora previsíveis são sempre incalculáveis.

No que diz respeito ao consumo do álcool entre os jovens os comportamentos têm-se modificando, fundamentalmente aos momentos de consumo, mas as tendências são as mesmas de há cerca de 50 anos a esta parte. No relatório anual de 2014 publicado pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), só 17% dos 1500 jovens entrevistados nunca tinham experimentado bebidas alcoólicas, a maioria (63%) iniciou o consumo antes dos 16 anos, sobretudo entre os 13 e os 15, e 70% assumiram que tinham bebido álcool recentemente. Os consumos nocivos surgem, sobretudo, a partir dos 16 anos e, apesar de serem os que bebem mais e até ficaram com sinais visíveis de embriaguez, os que têm entre 19 e 24 anos são os que menos se embriagam de "forma severa". Face a estes resultados a ação formativa adquire importância absoluta.

No que toca ao tabagismo a importância, preocupação e consequências não são menores. O consumo de tabaco foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano

Nacional de Saúde 2012-2016, justificando-se, assim a conceção do Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo do Tabagismo (PNPCT), conforme Despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro. Este normativo legal implica, necessariamente, uma estreita cooperação entre diferentes sectores governamentais, fundamentalmente nas áreas da saúde, da educação, do desporto e juventude, da economia e das finanças, bem com na participação das sociedades científicas e organizações da sociedade civil. Implica, ainda, a participação ativa das Administrações Regionais de Saúde (ARS), às quais compete promover e desenvolver as estratégias de prevenção e controlo do tabagismo que se apresentem como indispensáveis, tendo em conta a sua realidade, em estreita articulação com os respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidades Locais de Saúde (ULS), serviços hospitalares e outras estruturas de nível regional. No que toca à prevenção precoce, a simbiose que se impõe entre escolas e unidades de saúde locais é estratégica e potencialmente fundamental, uma vez que compete a ambos a mudança de atitudes, literacia em saúde e apresentação/iniciação de hábitos de vida saudáveis.

Devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e ao elevado número de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui, presentemente, a causa principal evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (OMS, 2008). Um em cada dois consumidores que fume regularmente ao longo da vida falecerá por uma doença associada ao tabaco, diminuindo em média 10 anos de esperança de vida (OMS, 2011). Segundo dados da OMS (2010), morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras e ex-fumadoras, das quais cerca de 700 000 na União Europeia. Se não forem adotadas medidas preventivas e de controlo efetivas o número de mortes anuais, a nível mundial, poderá atingir os 8 milhões, dentro dos próximos 20 anos (OMS, 2008).

Em Portugal, de acordo com Borges et al. (2009), em 2005, padeceram cerca de 12 600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco (ou seja, 11,7% do total de mortes).

As afeções provocadas pela exposição ao fumo ambiental do tabaco também deve ser uma preocupação de saúde pública uma vez que afeta toda a população, com particular incidência e prejuízos para as crianças, as mulheres grávidas, os doentes crónicos e os

trabalhadores obrigados a permanecer em locais fechados onde se fume, desconhecendo-se, ainda hoje, um limiar seguro de exposição (World Health Organization, 2007; 2009).

O Eurobarómetro (European Commission, 2012), revela que 22% dos inquiridos portugueses fumadores ou ex-fumadores, assumiram ter começado a fumar regularmente (pelo menos uma vez por semana) com menos de 15 anos. Apenas 6% referiram ter começado a fumar regularmente depois dos 25 anos. A idade média de início do consumo regular foi de 17,7 anos. De acordo com o mesmo estudo, 45% dos fumadores portugueses disseram já ter tentado parar de fumar, que ainda assim é um valor inferior à média europeia (60%). Dos 14% dos fumadores inquiridos que tentaram parar de fumar nos doze meses anteriores ao estudo, 84% não pediu ajuda para o fazer, 10% optaram por tomar substitutos de nicotina e 5% pediu o auxílio de um médico ou a outro profissional de saúde. O recurso a uma linha telefónica de apoio foi mencionado por 1% dos respondentes (European Commission, 2012). Quanto à exposição ao fumo ambiental do tabaco (European Commission, 2009), na União Europeia, 14% das pessoas não fumadoras declararam estar diariamente expostas, no seu domicílio, ao fumo do tabaco consumido por terceiros, sendo que em Portugal, cerca de 13% dos não fumadores assumiam esta realidade como sua (European Commission, 2009).

A iniciação ao tabagismo tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da idade adulta, numa fase da vida em que a capacidade para tomar decisões ponderadas se encontra, ainda, insuficientemente desenvolvida, mas que se revelam cruciais para todo o percurso restante (DGS, 2013). Vários estudos apontam para que se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca o farão de modo regular (American Academy of Pediatrics, 2009; US Department of Health and Human Services, 2012), o que corrobora e justifica todo o investimento que se possa fazer na prevenção do consumo de tabaco desde antes da adolescência.

Segundo Milton et al. (2004), são 5 os estádios sucessivos que constituem o processo pelo qual o adolescente evolui da experimentação do tabaco ao consumo regular e à dependência, são eles: – Fase de preparação (em que há uma aquisição de conhecimentos, crenças e expectativas sobre o uso do tabaco); – Fase de iniciação (em que se regista o consumo dos primeiros cigarros); – Fase de experimentação (onde se dá o período de uso repetido, irregular, que até pode ocorrer apenas em situações ocasionais num determinado

período de tempo variável; – Fase de consumo regular (onde já se estabelece um padrão de consumo repetido e regular) e, por fim; - Fase de dependência (em que o consumo é regular, normalmente diário, mediado pela necessidade compulsiva de consumir e regulado pelo síndrome de abstinência).

O ato de fumar é aprendido socialmente, derivando de fatores sócio-ambientais sendo o consumo efetuado pelos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens o fator com maior índice de influência com maior influência na iniciação do consumo. No entanto, a facilidade de acesso ao tabaco, em particular o preço relativamente acessível, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco, designadamente, no cinema, em vídeos, na Internet, nos meios de comunicação social e nos locais de venda, são outros dos fatores com forte impacto na decisão de fumar (Wellman et al., 2006).

No que concerne a fatores individuais a decisão de iniciar o consumo deve-se a: características genéticas e da personalidade, autoestima, crenças, atitudes, sucesso escolar, preocupação com o aumento de peso saúde mental, conhecimentos, disponibilidade financeira, entre outros. Não deixa de ser interessante que embora a maioria dos jovens pré-adolescentes evidenciem desagrado perante o tabagismo, muitos acabam por experimentar fumar e, mais tarde, a fumar de modo regular. Não obstante, as crenças e as atitudes associadas ao consumo, nomeadamente a de que fumar favorece a integração social e é relativamente seguro, aumentam a probabilidade dos adolescentes decidirem experimentar (Matos et al., 2003; Matos, 2008). De acordo com o Relatório de 2010 do estudo Health Behaviour in School Aged Children, promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social, realizado numa amostra de alunos do ensino público, do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, 30% dos adolescentes revelaram já ter experimentado fumar. Foram cerca de 16% os alunos que assumiram ter fumado o primeiro cigarro com 11 ou menos anos de idade, 41% entre os 12 e os 13 anos e 43% depois dos 14 anos. Alarmante são igualmente os 4,5% dos adolescentes que afirmaram fumar diariamente (Matos et al., 2012). De entre os estudantes universitários portugueses a maioria dos alunos fumadores revelou ter começado a fumar durante o ensino básico e secundário, tendo-o feito por curiosidade/desejo de experimentar ou devido à influência dos amigos (Precioso, 2004).

Da análise das diferentes estratégias para a prevenção do consumo de tabaco entre os jovens, o aumento dos preços é das medidas mais eficazes, seguida da eliminação de todas as formas de publicidade e de promoção dos produtos do tabaco. Os estudos apontam ainda que as campanhas informativas e as imagens chocantes exibidas nos maços de tabaco, assim como a proibição total de fumar em escolas e locais públicos contribuem, de igual modo, para prevenir a iniciação do consumo, uma vez que diminuem a aceitabilidade social do tabaco (Stead e Lancaster; 2005a). Nesta linha de pensamento e tendo em conta as causas incitadoras à experimentação, estratégias que envolvam crianças e jovens em processos pedagógicos que espelhem a opção consciente de não fumar e de uma autogestão adequada da saúde revela-se fundamental para aumentar o sucesso das intervenções de prevenção do tabagismo (Milton et al, 2004; Precioso, 2006; Nunes, 2007).

O exemplo dos professores, dos pais e dos restantes jovens assume, também, uma importância elevada. Nesse sentido, torna-se crucial que se desenvolvam medidas que extrapolem a sensibilização dos pais e os professores fumadores, mas que proíbam efetivamente o consumo de tabaco na presença de crianças e jovens, contribuindo igualmente, quer através da menor frequência, quer pela dessensibilização, para a decisão de parar de fumar. A restrição total de fumar em casa contribui para reduzir o consumo entre os adolescentes.

O papel dos serviços de saúde, nomeadamente através da Saúde Escolar, deverá incentivar à cessação tabágica junto das crianças e jovens, mas também dos professores e dos pais de crianças escolarizadas, realizando, quando necessário a referenciação para consultas de medicina geral e familiar ou de apoio intensivo à cessação tabágica.

Efetivamente a luta intensifica-se, particulariza-se e complica-se a cada ano que passa para que se consigam controlar o flagelo do consumo destas substâncias aditivas, principalmente entre os adolescentes e jovens, no entanto, esta realidade deve servir de estímulo para que equipas multidisciplinares de saúde, na minha opinião, lideradas por EESIP afetos à Saúde escolar, desenvolvam programas mais completos e eficazes no combate a estas verdadeiras pandemias. É certo que os esforços atuais esbarram em número deficitários de recursos humanos e financeiros, mas enquanto os mesmos não chegam, a única coisa que nos impede de irmos fazendo a diferença na vida dos poucos jovens que alcançamos, somos nós mesmos.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar adolescentes e jovens para os riscos que correm ao consumirem substâncias aditivas como o tabaco e o álcool.

Objetivos específicos:

- Definir alcoolismo e tabagismo;
- Identificar os constituintes do tabaco e do álcool;
- Compreender como as substâncias constituintes do tabaco e do álcool afetam o organismo humano;
- Conhecer os números que revelam o tabagismo e o alcoolismo como pandemias;
- Compreender a importância das estratégias de combate ao consumo de álcool e tabaco;
- Sentir que tem o poder de decidir e que ceder às substâncias aditivas é prescindir dessa liberdade.

B. Formulação de objetivos

3. Objetivos educacionais

Objetivo Geral:

Aumentar o conhecimento sobre a capacidade destrutiva das substâncias aditivas, especificamente o tabaco e o álcool.

Objetivos Específicos:

- Definir o que liberdade de decisão responsável e como essa liberdade pode ser comprometida por cedência ao consumo de substâncias aditivas;
- Enumerar algumas das consequências do consumo de álcool e tabaco;
- Identificar quais são os constituintes do álcool e do tabaco e como os mesmos afetam o organismo humano, bem como as relações interpessoais.

4. Objetivos operacionais / metas

- 50% dos formandos participem ativamente na sessão formativa;
- 70% dos formandos considerem o tema pertinente;
- 80% dos formandos avaliam a formação com aplicabilidade direta na sua realidade pessoal;
- 85% dos formandos avaliam o desempenho dos formadores como excelente

C. Seleção e Organização de Conteúdos

Os conteúdos a serem abordados na apresentação são os seguintes:

- Definição de substância aditiva;
- Substâncias constituintes do álcool e do tabaco;
- Atuação das substâncias constituintes do álcool e do tabaco no organismo humano;
- Principais consequências físicas, psíquicas, sociais, profissionais e culturais do consumo de substâncias aditivas;
- Sinais e sintomas da síndrome de abstinências;

- Definição de tabagismo passivo.

D. Seleção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem

Uma vez que se trata de uma apresentação para adolescentes e jovens as metodologias e estratégias teriam de ser simultaneamente estimulantes e com recurso ao estímulo participativo. Assim, os métodos interrogativo e ativo foram os mais utilizados para que tal objetivo pudesse ser atingido. Começaremos por prender a atenção dos formandos pedindo-lhes que pensem, mas que respondessem apenas no fim da apresentação à questão: “Qual é a coisa mais importante que as substâncias aditivas te tiram?”. Espicada a indagação e a curiosidade abordamos o tema com imagens, conceitos e estatísticas tão fortes como representativos do risco que os jovens correm ao experimentarem o consumo do tabaco e do álcool. Com recursos a estratégias de índole expositivo e interrogativo levamos os formandos a refletir na sua realidade, na origem e consequência das suas decisões. Uma vez transmitidos os conceitos principais o objetivo passa por fazer-los sentir, com recurso à simulação e métodos ativos, de como se pode sentir um indivíduo sob a influencia das duas substância aditivas em questão, fazendo-os completar várias atividades com e sem as dificuldades que as mesmas lhe podem criar.

A reflexão sobre os resultados obtidos nos jogos e a resposta à questão inicial constituem a conclusão da apresentação que se espera ter criado o impacto necessário para os fazer refletir no quanto vale a sua liberdade de escolha.

Por fim a avaliação será realizada através de um *quiz* apresentado aos dois grupos que resultaram da divisão prévia dos formandos para a realização das atividades propostas.

E. Programação da atividade

Para a realização da atividade tivemos necessidade de mobilizar um conjunto de recursos, como: um computador, um apontador, um projetor, holofote, elásticos, lenços, fita adesiva, vara de 120cm, colete com 10kg de peso como recursos físicos, assim como um Power Point (Anexo 1 – Diapositivos da sessão sobre substâncias aditivas) como recursos digitais. A ação formativa decorrerá de acordo com o plano de sessão que figura de seguida.

<p>Tema: Adição – Alcoolismo e tabagismo Data: 06/12/2019 Hora: 14:30h Objetivos: - Identificar os constituintes principais do tabaco e do álcool; - Perceber as perturbações que o tabaco e o álcool provocam no organismo humano; - Reconhecer os riscos que se correm com o consumo do álcool e do tabaco; - Apontar alternativas ao tabaco e ao álcool. Duração: 60 minutos Local: Sala de aula da escola EB 2/3 Grupo alvo: Alunos do 8.º Ano Formador: Paulo Freitas</p>				
Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia/ estratégias	OBS
Introdução	5´	- Apresentação do formadore; - Apresentação do tema; - Exposição dos objetivos para a sessão.	- Método: Expositivo Estratégia: Apresentação verbal e de diapositivos	- Computador e data show
Desenvolvimento	35´	- Definição de dependência; - Efeitos do álcool no organismo; - Constituintes do cigarro tradicional e electrónico; - Efeitos da nicotina; - Características do síndrome de abstinência; - Doenças mais comuns do tabagismo e alcoolismo; - Simulação dos efeitos do tabaco e álcool a longo prazo	- Método :Expositivo, interrogativo e ativo - Estratégias: * Apresentação verbal e de diapositivos * Debate * Jogo de simulação do efeitos do tabaco e álcool	- Computador, data show, holofote, elásticos, lenços, fita adesiva, vara de 120cm, colete com 10kg de peso
Conclusão	5´	- Síntese das ideias principais através da busca da resposta à questão inicial	-Método: Interrogativo - Estratégia: Interrogação e discussão em grupo	- Computador e data show
Avaliação	15´	- Quis avaliativo	- Método: Ativo e interrogativo - Estratégia: <i>Quiz</i>	- Computador e data show

Tabela 1- Plano de sessão: Adição- Alcoolismo e tabagismo

F. Seleção e Organização de Estratégias de Avaliação

Uma vez que o público-alvo são alunos do 8.º ano de escolaridade a ideia do jogo, com recurso a metodologias mais ativas é sempre muito bem aceite no seio deste tipo de grupos, daí que decido realizar um *quiz* que tivesse o duplo objetivo de ser aliciante pela conceção de alguma competição e, ao mesmo tempo, ser um instrumento de mensuração da informação apreendida e consecução dos objetivos propostos inicialmente. Aproveitando a divisão prévia da turma em dois grupos, seriam apresentados um total de 7 questões, que uma vez respondidas acertadamente concederiam uma pista para a descoberta da resposta à questão inicial. Resposta esta que serviria de conclusão absoluta da apresentação e de punch line para gravar na memória, espero eu, de longo prazo.

Para que fosse possível preencher um requisito formal e institucional, será ainda passado um inquérito de avaliação da sessão que adotarei como indicador de resultado.

Indicadores de processo

- % de formandos que desejam participar na sessão formativa;

$(\text{N.º formandos que desejam participar na sessão formativa} / \text{N.º de formandos que poderiam participar na sessão formativa}) \times 100$

Indicadores de resultado

- % de formandos que consideram o tema pertinente

$(\text{N.º de formandos que consideram o tema pertinente} / \text{N.º total de formandos}) \times 100$

- % de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na sua realidade diária

$(\text{N.º de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na sua realidade diária} / \text{N.º total de formandos}) \times 100$

- % de formandos que avaliam o desempenho do formador como excelente

(N.º de formandos que avaliam o desempenho dos formadores como excelente/N.º total de formandos)X100

II. Execução

A ação formativa foi realizada em 60 minutos como previsto inicialmente e o esquema estrutural do plano de sessão pode ser cumprido como previsto, no entanto, devido às dinâmicas planeadas e à dificuldade de organização do grupo de jovens/adolescentes, algumas partes da sessão tiveram de ser realizadas de forma mais célere para que todos os momentos pudessem acontecer. Os preconceitos, curiosidades, hábitos sociais, representações grupais e de identidade emergiam a cada questão e havia sempre muito por onde explorar e do que falar, daí que as intervenções dos formandos tivessem de ser muito bem geridas e sequenciadas, tentando sempre que as dúvidas respondidas fossem as mais transversais a todo o grupo.

Se é verdade que os objetivos delineados foram cumpridos, acredito que os resultados podiam ser bem mais amplos se a sessão fosse dividida em duas, permitindo outra liberdade de raciocínios e assimilação de conceitos.

Como já era expectável a organização do grupo foi a maior dificuldade em todo o processo uma vez que o mesmo estava muito empolgado para intervir mas, infelizmente, não dominavam minimamente os conceitos base de comportamentos adequados em sala de aula.

III. Avaliação

O número total de formandos foi de 22, dos quais 13 eram do sexo masculino e 9 do feminino.

Como já referi o nível de participação foi elevado e isso repercutiu-se nas dificuldades encontradas no desenvolvimento da atividade, no entanto reflete igualmente o estímulo e a aceitação das estratégias selecionadas para a passagem de informação.

Embora os conceitos transmitidos fossem apelativos, realistas e, em certos momentos chocantes, foi a indagação permanente à cerca da resposta correta à questão inicial e as sensações que a simulação dos distúrbios provocados pelo tabaco e pelo álcool podem criar que mais cativou o grupo de formandos. O exercício comparativo que cada formando realizou entre a execução da mesma tarefa sob efeito dos distúrbios

provocados pelas substâncias aditivas ou não, aconteceu sem que fosse necessário o instigamento para tal, o que levou à mudança da postura inicial assumida perante o consumo, a aceitação e o interesse destas substâncias.

Por fim, as respostas ao quiz foram rápidas e certas o que corroborou a atenção e a participação dos formandos ao longo de toda a sessão.

O questionário de avaliação da formação assumido pela UCC é composto por 5 questões às quais os formandos respondem classificando cada item de 1 a 5, segundo uma escala de likert, em que o 1 corresponde a muito insuficiente e 5 a excelente. As questões indagam sobre o interesse do tema; a sua pertinência para a melhoria do desempenho profissional; a pertinência para a melhoria da qualidade dos cuidados, a duração da sessão e o desempenho dos formadores.

As respostas distribuíram-se da seguinte forma:

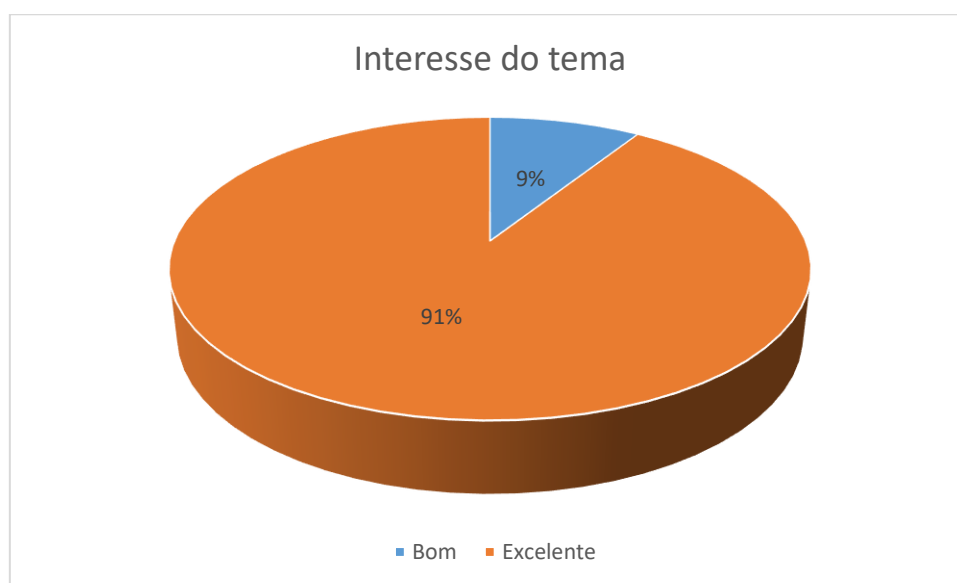


Gráfico 1 - Distribuição percentual das respostas quanto ao interesse do tema

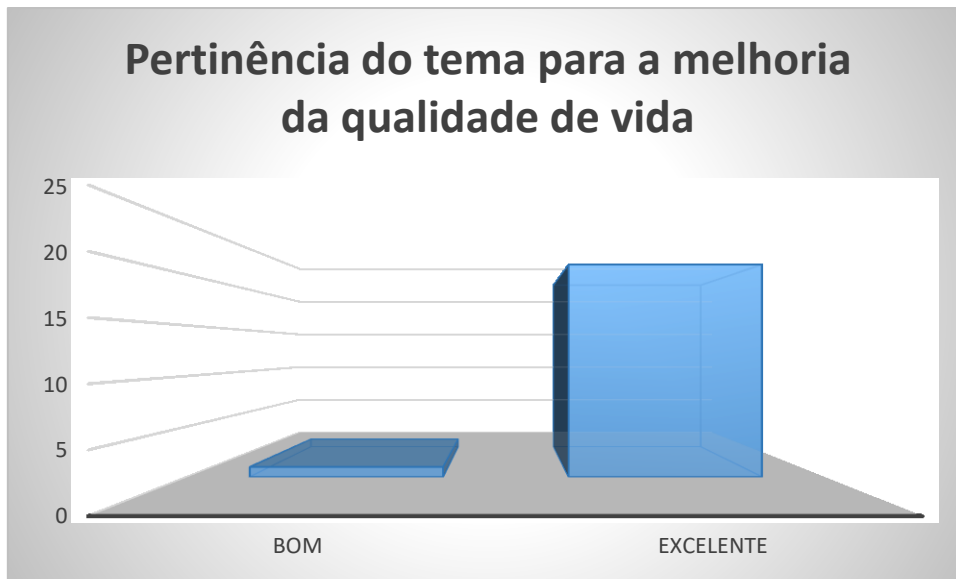


Gráfico 2- Distribuição de respostas quanto à importância do tema na melhoria da qualidade de vida

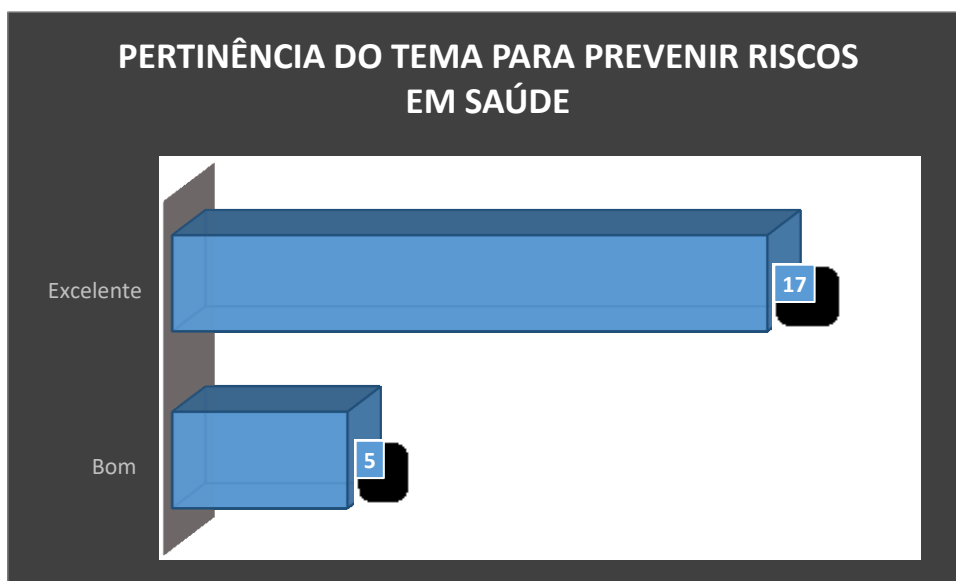


Gráfico 3- Distribuição das respostas quanto à potencialidade do tema contribuir para a diminuição de riscos em saúde

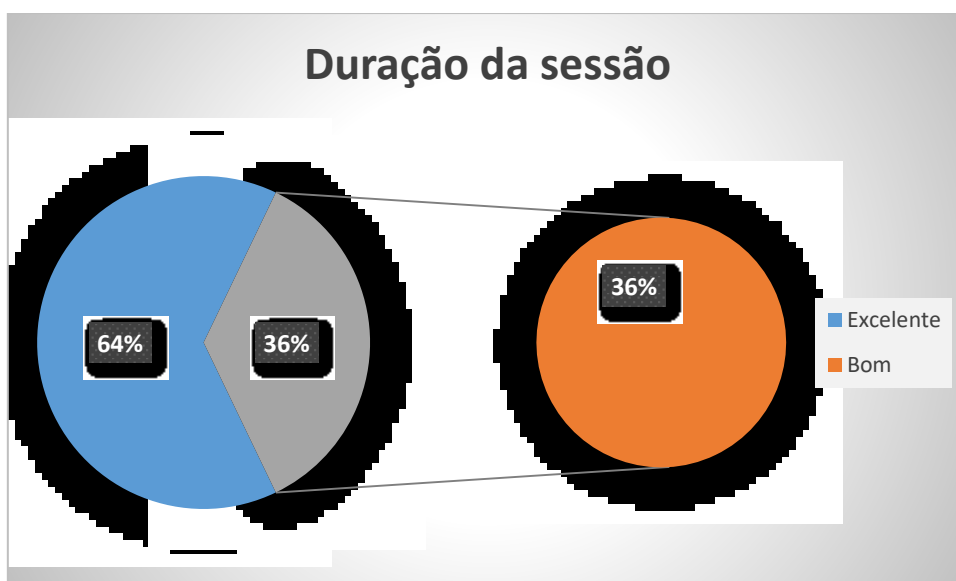


Gráfico 4- Distribuição percentual das respostas face à duração da sessão

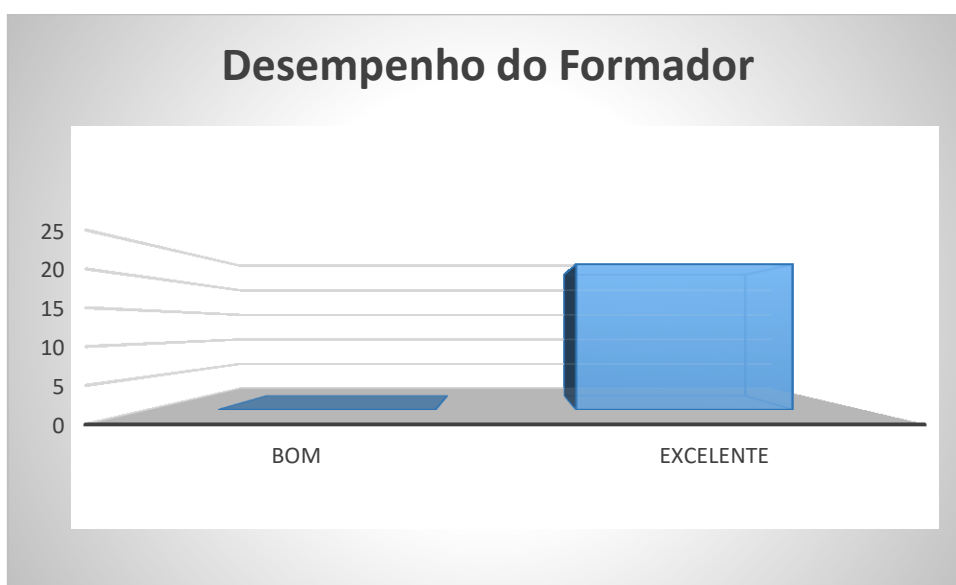


Gráfico 5- Distribuição das respostas quanto ao desempenho do formador

Os dados demonstram que os formandos classificaram a sessão maioritariamente com excelente face aos 5 itens de avaliação utilizados, atribuindo apenas a 9,3% das suas respostas a classificação de Bom.

No que diz respeito ao cálculo dos indicadores anteriormente apresentados os resultados foram os seguintes:

Tabela 2- Indicadores, metas e avaliação alcançada

INDICADOR	META	AVALIAÇÃO
(N.º formandos que desejam participar na sessão formativa /N.º de formandos que poderiam participar na sessão formativa) X 100	50%	100%
(N.º de formandos que consideram o tema pertinente/N.º total de formandos) X 100	70%	91%
(N.º de formandos que consideram os conceitos com aplicabilidade direta na sua realidade diária/N.º total de formandos) X 100	75%	82%
(N.º de formandos que avaliam o desempenho dos formadores como excelente/N.º total de formandos)X100	85%	100%

Com base nestes resultados podemos concluir que a formação foi um sucesso em todas as frentes do seu desenvolvimento, permitindo, não só, a consecução com sucesso de todos os objetivos propostos inicialmente, como a sensibilização dos formandos para o tema, para a sua importância, para os riscos do consumo das substâncias aditivas e fundamentalmente, para a privação da liberdade que a mesma acarreta, hipotecando a sua saúde biológica, psicológica e social. Factos pelos quais me deixaram bastante orgulhoso e com sensação de dever cumprido.

IV. Conclusão

A adolescência é dos períodos de transição mais agitado e, simultaneamente, mais sensível que o ser humano experiência. Durante o mesmo os adolescentes experimentam novos tipos de comportamento e enfrentam o desafio de adotarem comportamentos saudáveis (Newman et al., 2008). É interessante e estimulante constatar que comportamentos saudáveis, adquiridos durante a adolescência, tendem a prevalecer na idade adulta, e, paralelamente, comportamentos que colocam a saúde em risco adotados na infância ou na adolescência, são difíceis de corrigir na idade adulta, com prejuízo óbvio para a saúde. Exemplo disso é o consumo de tabaco e de álcool (Newman et al., 200).

O tabaco é, em regra, a primeira substância aditiva consumida pelas crianças e adolescentes (American Academy of Pediatrics, 2001). O comportamento tabágico inicia-se, por norma, na adolescência (WHO, 2005) e poucas pessoas se tornam fumadoras depois de atingirem a maior idade (American Academy of Pediatrics, 2001, WHO, 2005). Outra das conclusões avançadas pela American Academy of Pediatrics (2010), é que o consumo de tabaco aumenta expressivamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas ilícitas e álcool. O facto de os amigos, dos pais e irmãos fumarem, revela-se preponderante para o assumir do tabagismo pelo adolescente (Idem).

Por seu lado, o álcool é a substância psicoativa mais usada pelos adolescentes (Li et al., 2002). Apesar da ilegalidade que regulamenta o seu consumo na adolescência, o etilismo continua a ser um importante problema de saúde pública, uma vez que é o maior fator de risco para a saúde deste grupo de jovens (WHO, 2006). O binge drinking (consumo de várias bebidas alcoólicas numa só ocasião, cinco ou mais para os rapazes, quatro ou mais para as raparigas) caracteriza e distingue o consumo de álcool pelos adolescentes face a pessoas de outras faixas etárias, o que faz aumentar os riscos para a saúde, bem como o risco de acidentes de viação e de relações sexuais não protegidas.

É com base neste tipo de factos e riscos para a saúde dos adolescentes e da população em geral, que se baseiam e financiam uma série de programas de prevenção ao consumo

destas substâncias aditivas. Compete a qualquer profissional de saúde, mas fundamentalmente aos enfermeiros liderarem de forma organizada e contundente a luta contra as causas e tendências que conduzem ao flagelo da sua dependência. Foram também estes os princípios que orientaram a formulação desta sessão formativa.

Com base na participação ao longo de toda a sessão e nos resultados obtidos com os instrumentos avaliativos utilizados, considero que todos os objetivos traçados inicialmente foram alcançados com sucesso.

V. Referências Bibliográficas

- Adés, J., Lejoyeux, M. (1997). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. Lisboa: Climepsy Editores;
- American Academy of Pediatrics (2001). Committee on substance abuse tobacco's toll: implications for the pediatrician. Pediatrics. 107(4), pp.794-8;
- American Academy of Pediatrics (2009). Tobacco use. A pediatric disease. Pediatrics.124: 5, pp.1474-1487;
- Barrias, J. (1998). Prevenção da recaída no Alcoolismo– Jornadas Insulares de Psiquiatria,Funchal;
- Barrias, J. (1998). ,Alcoolismo e suicídio– Jornadas de Comportamentos Suicidários, Funchal;
- Barrias, J. (2001). A importância da Psicofarmacologia, no tratamento do Alcoolismo – V Congresso GEPTRA, Tróia;
- Barrucand D. (1988). Alcoolologie. Paris. Ed. Riom Laboratoires. Cerm,;
- Borges, M et al. (2009). Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Revista Portuguesa de Pneumologia. 15: 6, pp. 952/1004;
- DGS (2013). Programa nacional de prevenção e controlo do tabagismo. Direção Geral da Saúde: Lisboa;
- Despacho n.º 404/2012 - Diário da República, 2.ª série, n.º 10, 13 de janeiro de 2012.;
- European Commission (2012). Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social;

- Gama, B. (2010). As funções administrativas e o planejamento em enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem: Administração em Enfermagem. I. Brasil;
- Li, F., Barrera, M., Hops, H., Fisher, K. (2002). The longitudinal influence of peers on the development of alcohol use in late adolescence: A growth mixture analysis. *J Behav Med.* 25(3), pp. 293-315;
- Machado, A., Nicolau R., Dias C. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge;
- Matos, M. et al. (2003). Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 4 , pp. 205-219;
- Matos, M. et al. (2008) – Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo? Lisboa: Instituto da droga e da Toxicoddependência;
- Mello, M., Barrias, J., Breda, J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Direção Geral da Saúde: Lisboa;
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., Davies, S. (2008). Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem.* [Em Linha] Consultado a 22 de Novembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_21.pdf;
- Milton, M. et al. (2004). Youth tobacco cessation: a guide for making informed decisions. Atlanta: U S Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention;
- Nunes, E. (2007). Tabaco e Saúde. In: Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular; Direcção-Geral de Saúde. Instituto da droga e Toxicoddependência;
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica.* 3: XXII, pp. 499-506;

- Queirós, P., Costa, D., Souza, A., Chaveiro, L., Silva, A., Silva, D., Sila, C., & Calpiñeiro, N. (2010). Planejamento estratégico de uma unidade de saúde da família – Região leste de Goiânia. *Revista de salud pública*, (xiv) 1, pp. 15-23;

- SICAD (2015). Relatório Anual 2014 - Respostas e Intervenções no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências. Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências: Lisboa;

- Stead, L., Lancaster T. (2005a). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 1;

- US Department of Health and Human Services (2010). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General;

- Wellman, R. et al. (2006). The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children’s use of tobacco. *Ameta-analysis. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 160, pp. 1285 -1296;

- WHO (2005). The European health report 2005 - Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Em Linha] Consultado a 22 de Novembro de 2019. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>;

- WHO (2006). Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;

- WHO (2007). World Health Organization. – Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations: Geneva;

- WHO (2009). World Health Organization – Report on the global tobacco epidemic. Implementing smoking-free environments. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization;

- WHO (2008). World Health Organization – Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization;

- WHO (2010a). World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation – Report on the scientific basis of tobacco product regulation: third report of a WHO study group. WHO technical report series, n.º 955. Geneva: WHO;

- WHO (2012b). World Health Organization – Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. Malta. [Em linha] Consultado a 20 de novembro 2019. Disponível em: http://issuu.com/whoeurope/docs/health2020_policyframework_strategy?mode=window&backgroundcolor=%23222222.

Anexo 1

Power Point da ação formativa



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

Adição?

O QUE É?
TIPOS DE ADIÇÕES?
PORQUÊ DAS ADIÇÕES?
ALCOOLISMO E TABAGISMOS

Dependência ou dependências?

- ▶ **Adição** – envolve comportamentos e sentimentos em relação a algo e não obrigatoriamente dependência física.



Dependência ou dependências?

- ▶ **Dependência Física** – associada ao fenómeno de dependência física ou adaptação fisiológica à ingestão da substância.
- ▶ **Dependência psicológica** – experiência subjetiva e individual de "precisar de algo"



Qual é a coisa mais importante que as substâncias aditivas te tiram?

Pensa bem. Dás-me a tua resposta no fim da apresentação



Alcoolismo

SERÃO SÓ UNS COPOS?...

1 – Quando bebemos um gole, a bebida desce pelo esófago,

2 – chega ao estômago, onde 30% das moléculas de álcool são absorvidas e entram na corrente sanguínea,

3 – as restantes 70% vão para o intestino delgado e entram na corrente sanguínea.



4 – No sangue, as moléculas de etanol distribuem-se por todos os órgãos:

- cérebro
- rim
- fígado
- coração

5 – 10% do álcool é eliminado pelo suor, saliva, urina e respiração

6 – o restante é processado no fígado



O fígado apenas consegue processar uma dose de álcool por hora, a partir dos 17/18 anos de idade. Todo o álcool que não é processado continua a circular até ser eliminado

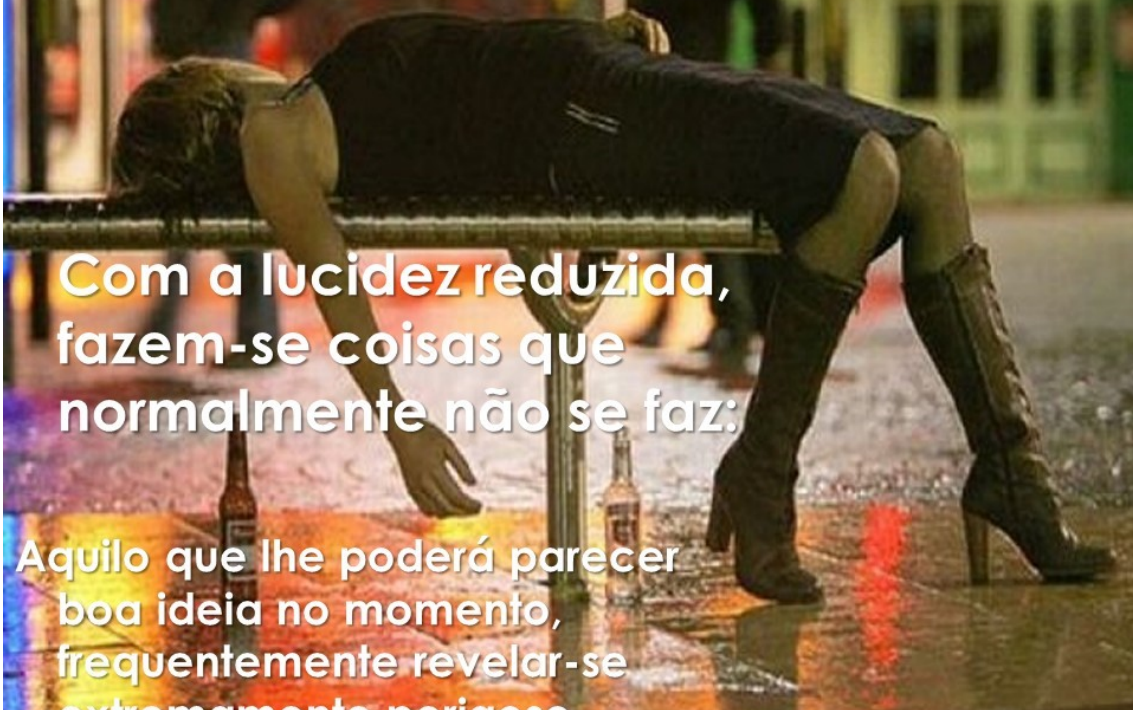
Embriaguez

O álcool afeta o sistema nervoso, e através dele, todo o corpo.

A razão porque se fica com a sensação de desinibição sempre que se bebe, é porque o álcool afeta a parte do cérebro responsável pelo autocontrolo.

O tempo de reacção aumenta e perde-se coordenação motora, ao ponto de não se conseguir manter de pé. As palavras surgem inarticuladas e a visão perturbada. Beber exageradamente pode ainda provocar respostas emocionais mais fortes e pouco conscientes, como são exemplo a agressividade, o choro fácil ou amorosidade excessiva.

Embriaguez



Com a lucidez reduzida,
fazem-se coisas que
normalmente não se faz:

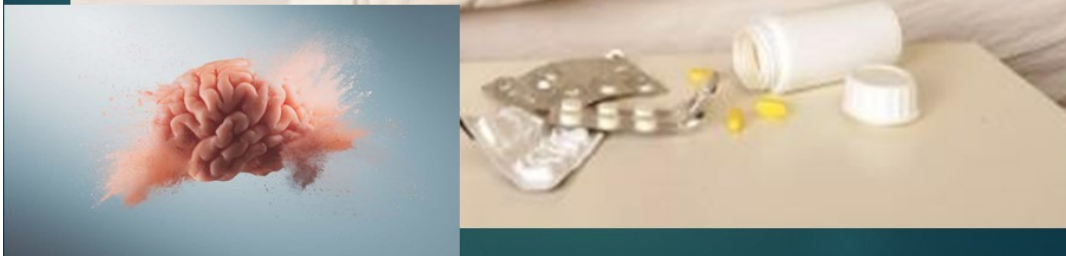
Aquilo que lhe poderá parecer
boa ideia no momento,
frequentemente revelar-se
extremamente perigoso

Ressaca

Uma lembrança nada agradável da noite anterior. Os sintomas mais comuns de uma ressaca são:

- Uma cefaleia (dor de cabeça) forte
- Uma sede insaciável
- Depressão
- Mal-estar geral
- Maior sensibilidade ao barulho e às luzes

E: Uma morte prematura de centenas de neurónio e hepatócitos (células do fígado)



Ressaca



Há o efeito diurético do álcool que faz com que o corpo perca muita água e cause desidratação. Há um aumento de glicose mas de absorção rápida e como o fígado começa a funcionar mal, eleva-se a intoxicação cerebral e pode conduzir ao COMA.

Uma ressaca é o efeito visível do sofrimento que o álcool provoca em diferentes órgãos.



**Adição
(in)voluntária?**

Tabagismo

"EU ATÉ NEM FUMO!..."

1500 milhões de fumadores



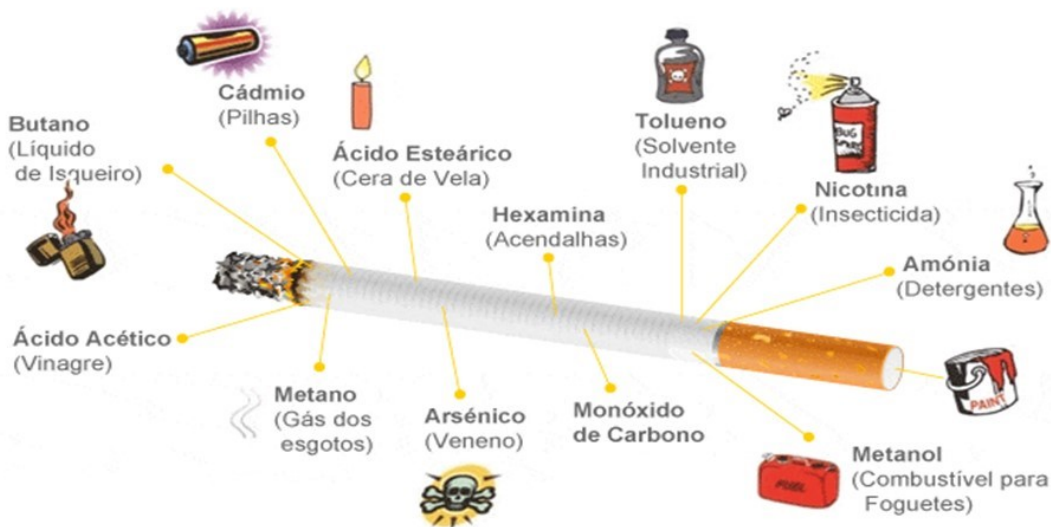
5,4 milhões de mortes por ano



Radiografia do cigarro



O que existe num cigarro?



Nicotina
Dependência

Monóxido de Carbono
Reduz a capacidade do sangue transportar oxigénio

Alcatrão
Elementos cancerígenos e irritantes

Como funciona o cigarro electrónico



COMPOSIÇÃO

- NICOTINA**: Causa dependência e, em grandes quantidades, é considerada tóxica. Está disponível em recargas com diferentes concentrações. Também há recargas sem nicotina.
- POLIPROPILENO GLICOL**: Usado nas máquinas de fazer fumo, como aditivo na indústria alimentar e médica e como anticongelante. Em doses elevadas pode ser tóxico. É geralmente considerado seguro, diz a norte-americana Food And Drug Administration.
- GLICERINA VEGETAL**: É usada na indústria cosmética e como conservante alimentar e funciona como condutora do vapor.
- SABORES NATURAIS E ARTIFICIAIS**: Que vão do sabor a tabaco, até menta ou caramelo.
- ÁGUA**
- NÃO CONTÉM**: Monóxido de carbono ou alcatrão, consideradas das substâncias mais perigosas dos cigarros tradicionais.

Em Portugal

Há cerca de **400** lojas

O preço do kit inicial varia entre **12 e 80** euros

E o das recargas entre **2,5 e 6** euros

466 marcas de cigarros electrónicos

O sector gera actualmente cerca de **3.000** empregos directos e indirectos

As recargas com nicotina vão sofrer um forte agravamento com o novo imposto previsto no Orçamento do Estado para 2015 **+ 6** euros por cada recarga de 10 ml



Estudos encontraram em algumas marcas substâncias cancerígenas como os gases formaldeído e acetaldéido

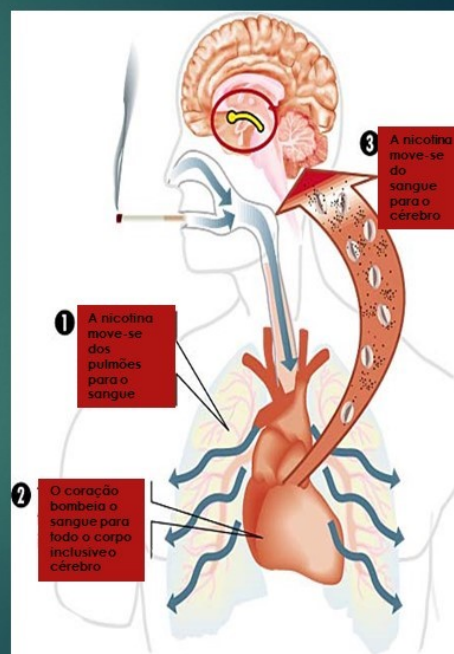


O tabagismo é uma dependência

- Cerca de 90% dos fumadores fumam todos os dias (dependentes).
- Cerca de 80% dos fumadores querem deixar de fumar e não conseguem.

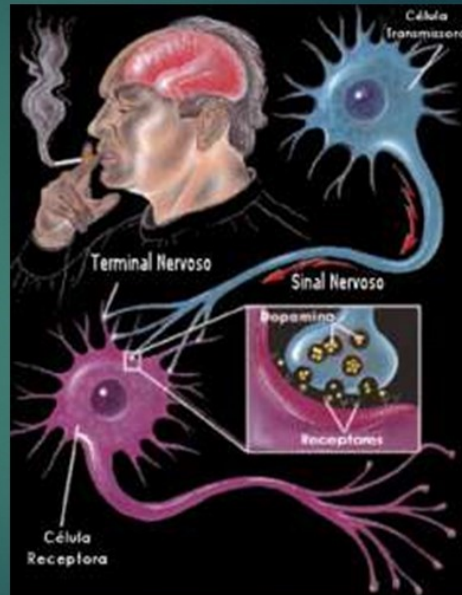
Efeitos da Nicotina

- ▶ **Aparelho Cardiovascular**
 - ▶ aumento da tensão arterial
 - ▶ aumento da frequência cardíaca
 - ▶ arritmias
- ▶ **Aparelho Digestivo**
 - ▶ aumento da acidez gástrica (gastrite e úlceras)
- ▶ **Elevação da concentração de glicose (açúcar) e gorduras no sangue**



Nicotina

Substância com propriedades psicoativas, com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica por processos semelhantes aos da **heroína** ou da **cocaína**.



Síndrome de abstinência

- ❑ Desejo compulsivo de fumar
- ❑ Irritabilidade, frustração ou ira
- ❑ Ansiedade
- ❑ Cansaço e dificuldade de concentração
- ❑ Disforia ou depressão
- ❑ Diminuição da frequência cardíaca
- ❑ Palpitações
- ❑ Tremores
- ❑ Cefaleias (Dor de cabeça)
- ❑ Alteração do sono
- ❑ Perturbações digestivas
- ❑ Sensação de fome



Doenças e riscos



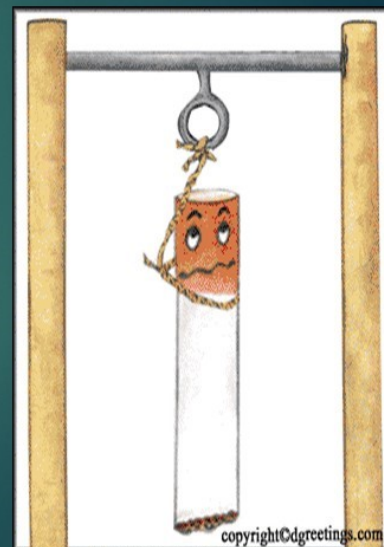
Neoplasias relacionadas com o tabaco

29% da mortalidade por cancro é devida ao tabaco

O risco de ter cancro é o **dobro** nos fumadores
e **4 vezes mais** nos fumadores pesados

- ◆ Pulmão
- ◆ Cavidade oral
- ◆ Laringe
- ◆ Esófago
- ◆ Bexiga
- ◆ Rim
- ◆ Pâncreas
- ◆ Estômago
- ◆ Cólon
- ◆ Colo do útero
- ◆ Leucemias
- ◆ Mama

Todas as doenças se agravam com a presença do tabaco



Doenças Respiratórias



Jovens

Dos fumadores adultos

- 50 a 60% começaram a fumar antes dos 15 anos
- 90% antes dos 18 anos





Tabagismo passivo

Apenas 15% do fumo de um cigarro é inalado pelo fumador – os restantes 85% poluem a atmosfera e podem ser respirados por outras pessoas!



Tabagismo passivo

Em cada ano o tabagismo passivo é responsável por:

- 37,000 mortes por doença cardíaca em adultos
- 3,000 mortes por cancro do pulmão em adultos
- 13,000 mortes por outros cancros em adultos
- 300,000 casos de infecções respiratórias, como pneumonias e bronquites, em crianças

THIS CIGARETTE.

Sabia que...?

- ✓ **A sobrevida média dos fumadores é 7,5 anos inferior à dos não fumadores!**
- ✓ **Em média: cada cigarro tira 5,5 minutos de vida!**
- ✓ **A OMS prevê que para 2020 o tabaco se torne a maior causa de mortalidade e invalidez, causando mais mortes que a tuberculose, VIH, acidentes de viação...**

No espaço de:

20 minutos	A pressão arterial e os batimentos cardíacos retornam ao normal
8 horas	Os níveis de oxigénio voltam ao normal
24 horas	O corpo está "limpo" do monóxido de carbono
48 horas	O paladar e o olfato começam a melhorar
72 horas	Respirar torna-se mais fácil
1-3 meses	A circulação sanguínea começa a melhorar
3-9 meses	A tosse e a falta de ar diminuem
5 anos	O risco de ataque cardíaco desce para metade
10 anos	O risco de cancro do pulmão desce para metade
15 anos	O risco de ataque cardíaco é equivalente ao de um indivíduo que nunca fumou



Benefícios em deixar de fumar

Vamos jogar?

- 2 Grupos com 5 elementos vão tentar percorrer uma distância de 10m em cima de uma linha sem se afastar da mesma.

Condições:

- Antes de começar veste um colete com um peso de 10kg
- Depois, vão rodar sobre si próprios com a cabeça baixa sobre um pau de 120cm durante 45segundos;
- Ao caminhar é-lhes apontado um holofote diretamente aos olhos;
- Tem de decorar uma frase que é dita por um elemento que fala no meio de outros 5 com o mesmo tom de voz;
- À chegada deve repetir a frase que o elemento designado lhe estava transmitir.

Este exercício pretende simular as alterações físicas e sensoriais que alguém sofre quando alcoolizado e as dificuldades que tem de ultrapassar para cumprir uma tarefa simples.

Vamos jogar?

- 2 Grupos com 5 elementos vão realizar uma corrida de estafetas num percurso de 500m.

Condições:

- Antes de começar veste um colete com um peso de 10kg
- Todos os elementos devem atar um lenço fino à volta da boca e uma mola no nariz;
- Devem correr com um elástico em volta das pernas;

Este exercício pretende simular as alterações físicas que alguém sofre quando é fumador e as dificuldades que tem de ultrapassar para cumprir uma tarefa simples.

O que aprendeste?

- 2 Grupos com 10 elementos vão escolher um porta voz diferente para cada questão. A cada resposta correta ganha uma pista para responder ao enigma inicial.

1.º - Diz 5 malefício do tabaco.

2.º - Que alterações físicas e mentais provoca o álcool?

3.º - Diz 3 constituintes do tabaco.

4.º - Quantas pessoas morrem anualmente devido ao tabaco?

5.º - O que é um aditivo?

6.º - O que é um fumador passivo?

7.º - Refere 3 sintomas do síndrome de abstinência.

Qual é a coisa mais importante que as substâncias aditivas te tiram?

LIBERDADE

- De escolha
- De movimentos
- De vida



São escravos de um vício que toma as decisões por vocês.

As maiores lutas da humanidade foram sempre para conseguir liberdade.

Queres ceder a tua aos aditivos?

Queres ceder a tua aos aditivos?

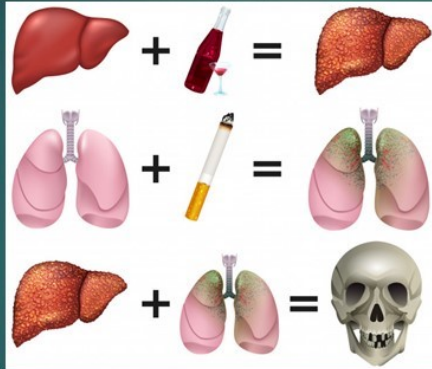
E lembrem-se!

NÃO HÁ NADA QUE OS ADITIVOS VOS POSSAM DAR QUE NÃO O CONSIGAM OBTER DE FORMA SAUDÁVEL.

SAUDÁVEL.



Obrigada
pela vossa
atenção!



Paulo Freitas

Estudante de Mestrado em
Enfermagem com Especialização
em Saúde Infantil e Pediátrica



Apêndice IV

Construção e desenvolvimento do protocolo de
Midazolam

Preparação pré-anestésica em Pediatria



Paulo Jorge da Costa Freitas

Outubro de 2019

Preparação pré-anestésica em Pediatria

Implementação de um protocolo



Paulo Jorge da Costa Freitas

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Outubro de 2019

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	178
I. Pertinência na implementação do protocolo	180
II. Vantagens da utilização do midazolam na preparação pré anestésica	184
III. Construção do protocolo	188
Conclusão	190
Referências bibliográficas	191
<hr/>	
Anexo 1 – Proposta de protocolo de midazolam pré anestésico	194

Introdução

A ansiedade e o medo caracterizam frequentemente o estado de espírito das crianças que vão ser submetidas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos. A associação das instituições de saúde a procedimentos dolorosos, a síndrome das batatas brancas ou até a ansiedade, receios e medos dos pais, conduzem algumas crianças a experienciarem verdadeiros momentos de terror na antecâmara de qualquer intervenção cirúrgica.

A realidade da cirurgia pediátrica do bloco operatório da unidade hospitalar onde estagiei é, desde há muito, caracterizada por não conseguir reunir as melhores condições físicas para receber e acompanhar crianças/jovens e pais em momentos delicados e eventualmente traumáticos, como são as experiências cirúrgicas. Desde os anos 80 que a literatura defende que a presença dos pais na indução de crianças a serem submetidas a procedimentos anestésico-cirúrgicos diminui a ansiedade e agitação, combatendo o risco de apneia e de laringospasmo que a falta de controlo das mesmas pode induzir (Garcia, 2001; Krowchuk, 2007; Jukemura, 2012). No entanto, as condições físicas do bloco supracitado, não permitem nem o fardamento dos pais em local próprio para poderem aceder ao mesmo, nem a sua entrada até à sala cirúrgica, devido à impossibilidade de assegurar a privacidade de outros utentes durante este processo. Neste sentido, as medidas de distração, incremento de confiança na equipa cirúrgica e o uso adequado de psicofármacos constituem-se como ferramentas fundamentais para o sucesso e segurança das cirúrgicas pediátricas a serem realizadas neste reduto.

Da reflexão sobre este cenário, da necessidade de mudança e na tentativa de desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, decidi mobilizar a equipa multidisciplinar a aceitar o desenvolvimento e implementação de um protocolo de administração de midazolam pré indução anestésica. Assim, os objetivos deste documento passam por:

- formalizar o desenvolvimento e necessidade de implementação de um protocolo de administração de midazolam às crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos;
- apresentar as diferentes fases e aceitação das diferentes personalidades institucionais na implementação do protocolo;

- fundamentar a escolha do midazolam como fármaco de eleição na preparação das crianças para procedimentos anestésico-cirúrgicos em detrimento de outros;
- servir de elemento avaliativo e comprovativo da minha ação enquanto estudante da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O presente documento divide-se em 3 grandes segmentos: pertinência da implementação do protocolo de administração de midazolam pré cirurgia; vantagens da utilização do midazolam na fase pré indução; elaboração do protocolo. Segmentos estes, que se apresentam ao longo do trabalho por esta ordem, encerrando-se o mesmo com a conclusão, bibliografia e a proposta de protocolo, que remeti para o único apêndice existente.

I. Pertinência da implementação do protocolo

A preparação pré-anestésica/cirúrgica é um processo multifatorial que conta com a colaboração dos diferentes profissionais envolvidos nas dinâmicas peri operatórias. Sendo certo que as consultas médicas (anestesiologia e cirurgia pediátrica) possuem uma longa experiência neste ramo, não é menos verdade que os profissionais de enfermagem, com ou sem consulta pré-anestésica instituída, detêm um grau de influência extremamente elevado para o sucesso de todo o processo, devido ao número de cuidados prestados por estes profissionais, desde o momento do internamento até à alta hospitalar.

O facto de desempenhar funções no bloco operatório há vários anos e estar integrado na equipa de anestesia pediátrica, impele-me a lutar por novos patamares de excelência no desempenho das minhas funções, na prestação de cuidados mais humanos e adaptados às necessidades da criança submetidas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, independentemente se o impulso de mudança deriva das evidências empíricas ou científicas. Neste sentido, tenho-me debatido por um sem número de causas clínicas afetas à minha área de intervenção que têm vindo a melhorar, nem sempre ao ritmo desejado, os cuidados de enfermagem prestados pela equipa multidisciplinar em geral e por mim em particular.

Nos últimos anos, o número de cirurgias tem aumentado gradualmente devido à melhoria das condições de trabalho, das consultas e do internamento, bem como à adoção de estratégias operacionais mais eficientes. Em conformidade com esta realidade, o número de cirurgias pediátricas tem sido superior a 1200 por ano realizadas neste hospital.

Embora a cirurgia pediátrica seja uma realidade presente desde há muito no hospital onde estagiei, e o mesmo tenha sofrido obras de modernização e remodelação em 2004, as condições físicas deste serviço não são, mesmo assim, as desejadas, nem as essenciais para dar resposta às necessidades das crianças e das suas famílias. Atualmente as crianças inscritas para cirurgia, ou estão já previamente internadas, ou são recebidas no dia da cirurgia por um enfermeiro e uma assistente operacional numa sala que se localiza em frente ao bloco operatório e que serve dois fins: o de acolhimento e de recobro tardio (que acontece após alta do recobro imediato, realizado

dentro do bloco operatório). Afeta a esta sala existe uma ex-sala de arrumos, pequena e sem janelas, onde se improvisou um espaço lúdico para que as crianças pudessem brincar e abstrair-se do stress pré-cirúrgico que evidenciam quando têm idade suficiente para se aperceberem do mesmo ou então, que é frequentemente induzido pelos pais/acompanhantes.

Embora estas condições físicas não sejam as ideais, são sobejamente melhores que aquelas que as crianças e pais/acompanhantes encontram dentro do bloco. Uma vez chamados para a cirurgia, as crianças e pais/acompanhantes são recebidos num pequeno hall de entrada onde tem contato com a maior parte da equipa cirúrgica (frequentemente pela primeira vez, devido à inexistência de consulta pré-anestésica de enfermagem e de anesthesiologia, realidade que a equipa de enfermagem tenta reverter há vários anos, mas que ainda não conseguimos). Infelizmente, este hall é também o ponto de entrada e saída de outros utentes, bem como da receção e entrega de materiais cirúrgicos, o que induz com muita facilidade ao aumento da ansiedade, stress e agitação da criança e de quem a acompanha. Neste momento pré-anestésico imediato, desenvolvem-se procedimentos burocráticos e clínicos que deveriam constituir o corpo das consultas pré-cirúrgicas em falta, o que condiciona os pais de darem a atenção necessária ao seu filho num momento tão delicado do seu papel parental, bem como incrementa a desconfiança, ansiedade e agitação das crianças e jovens.

Como contributo para esta realidade psicologicamente pesada e sofrida, este bloco operatório não possui condições físicas que possibilitem o fardamento dos acompanhantes dentro das suas instalações, bem como o zelo da privacidade dos outros utentes que estão a ser submetidos a intervenções cirúrgicas numa das outras três salas operatórias, caso os pais acompanhassem os seus filhos até os mesmos adormecerem, como seria expectável, desejável e exaustivamente defendido pela literatura atual (Garcia, 2001; Krowchuk, 2007; Jukemura, 2012).

Na tentativa de minimizar o impacto negativo, quer em termos psicológicos, quer em termos anestésicos (fundamentalmente para as crianças, mas também para as famílias), foram-se criando um conjunto de estratégias que contrariam, em certa medida, estes prejuízos, foram elas:

- A distração com brinquedos e jogos digitais que acompanham a criança até à sala cirúrgica, acabando frequentemente por adormecer enquanto jogam ou brincam;

- A apresentação do bloco e das pessoas à criança antes desta entrar para a sala cirúrgica, com o intuito de tornar o ambiente mais familiar e acolhedor;
- Permitir que a criança toque, brinque e experimente os instrumentos anestésicos, para que seja mais fácil a sua aceitação;
- Assegurar à criança que os pais aguardarão no mesmo local enquanto a sua visita à sala cirúrgica acontece;
- Recurso à administração de midazolam oral como indutor do sono, relaxante e ansiolítico.

De longe, a medida que teve melhores resultados obteve foi o recurso à benzodiazepina, uma vez que, como é fácil deduzir pela descrição anterior, as restantes medidas dependem muito da maturidade, da personalidade, da preparação parental e das experiências clínicas/cirúrgicas prévias (Juaréz-Lopez et al., 1998).

Mesmo assim, o recurso ao midazolam, não é uma estratégia transversal a todos os procedimentos pediátricos, devido a um conjunto de dificuldades que se foram acumulando ao longo dos tempos, o que favorece que muitas crianças sejam retiradas aos berros e à força do colo dos pais, sejam adormecidas em contenção por um conjunto de desconhecidos e com uma máscara pressionada contra o seu rosto, obrigando-a a respirar um gás intoxicante, enquanto os seus pais lidam com o trauma e a dor de se verem forçados a submeter os seus filhos a esta realidade.

Razões como:

- a opção do anestesista de não querer utilizar o midazolam;
- a necessidade formal de que o mesmo esteja prescrito 60 minutos antes da criança ser chamada ao bloco operatório;
- os procedimentos burocráticos e a falta da consulta pré anestésica;
- a inexistência de um aplicativo informático transversal à consulta, ao bloco e ao serviço de pediatria, que congrega-se prescrições e registos na mesma plataforma por todos os profissionais de saúde nos diferentes contextos do internamento de cada criança;
- a aceitação da criança em tomar o midazolam de forma oral ou intranasal;
- a necessidade de vigilância e monitorização dos sinais vitais da criança após a toma, o que exige a dotação das instalações com monitores e camas com barras de proteção lateral em todas as unidades (o que ainda não é uma realidade).

Estas contingências levaram a que o recurso a este fármaco não fosse uma prática recorrente, mesmo com as evidências científicas e práticas a demonstrarem as vantagens para a criança, família, profissionais, segurança, e instituição de saúde.

Face a esta realidade e impelido pela força motriz de estudante que se confronta frequentemente com a discrepância vigente entre as evidências científicas e a realidade, decidi que no âmbito da minha especialização em saúde infantil e pediátrica, bem como da minha laboração profissional, deveria abraçar o objetivo de facilitar a protocolização e respetiva implementação da administração de midazolam como fármaco e atividade de eleição, na preparação pré anestésica de cirurgias pediátricas.

II. Vantagens da utilização do Midazolam na preparação pré anestésica

A ansiedade e o medo descrito e identificado aquando de uma preparação pré anestésica é um fenómeno comum e, constitui um dos principais fatores de complicações associadas ao ato anestésico e à instabilidade do paciente após a cirurgia, influenciando de forma negativa a satisfação do cliente, bem como a eficácia e a segurança dos processos anestésicos e cirúrgicos. Segundo Kanegane et al. (2003) o medo é uma emoção primária que nos alerta sobre o perigo em relação a um objeto ou situação. A causa do medo relacionada com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos deve-se frequentemente à possibilidade de haver dor envolvida e falta de controlo sobre as funções básicas do organismo, perdendo-se a capacidade de acordar ou reagir a uma agressão externa, assim como a necessidade de depositar a sua vida nas mãos de desconhecidos. No caso das crianças, muitos destes receios ainda não tomaram forma, mas o medo de separação dos pais e a síndrome das batatas brancas, completam o cenário de horror que as mesmas podem viver durante o período pré-operatório.

Numa fase inicial a abordagem psicológica é tão importante quanto útil, uma vez que possibilita o reconhecimento do nível de desenvolvimento mental e emocional da criança, permitindo aos profissionais de saúde interpretar corretamente as reações e as causas principais para o medo e ansiedade, além de estabelecerem um vínculo de confiança e afetividade com o paciente (Toledo, 1996). No entanto, algumas crianças não respondem a essa abordagem por serem muito imaturas ou por terem problemas de conduta que afetam a sua capacidade de cooperação. Nestes casos a alternativa pode passar pelo recurso à sedação. Os fármacos mais usados em pediatria para este fim são o óxido nítrico e o midazolam (Juaréz-Lopez et al., 1998). Uma vez que para a administração do primeiro necessitamos de levar a criança até junto de um ventilador ou bala de gás e colocar-lhe uma máscara na face, a opção pela benzodiazepina oral ou intranasal surge como a alternativa mais simples e menos traumática.

As opções farmacológicas pré cirúrgicas recorrem ao uso de medicamentos que têm a finalidade de deprimir o estado de consciência do paciente, procedimento este denominado de sedação (Malamed, 2012). É importante entender que a sedação é um contínuo entre os vários níveis de anestesia possíveis, ou seja, desde a sedação ligeira

até à anestesia geral (Vanderhoeven, 2013), daí que os níveis de sedação não estejam relacionados com a via de administração da droga mas com a sua dose (Fonseca, 2009).

A utilização da sedação pré-operatória de modo sensato pode ser muito benéfica, tanto para a criança quanto para a equipa de anestesia, pois o paciente permanece consciente e pode responder a ordens, mantendo intacto o reflexo laríngeo de proteção da via aérea (Brandt et al.5, 1984). Os objetivos da sedação passam pelo controle da dor, pela prevenção de náuseas, pela redução das funções excretoras, mas principalmente, pela diminuição do medo e da ansiedade (Juaréz-Lopez et al.20,1998). Um agente sedativo ideal deve ser eficaz numa dosagem que não altere ou modifique minimamente os sinais vitais e permita uma recuperação rápida com uma baixa incidência de efeitos adversos, além de, sempre que possível, ser administrado de forma atraumática (Alderson et al.1, 1994; Brandt et al.5, 1984).

Os fármacos sedativos são frequentemente administrados pelas vias intramuscular, endovenosa, oral e retal. No entanto, todas essas vias possuem desvantagens. As grandes desvantagens da utilização das vias intramuscular e endovenosa são a dor e medo associados à aplicação da técnica. No que toca à via oral o maior contratempo reside na demora do início da sedação e a recuperação lenta. No caso da via retal, as desvantagens são a possibilidade de interrupção da absorção pela defecação e a pouca aceitação do paciente (Fukuta et al., 1993). Mesmo com variabilidade na absorção, a maioria dos profissionais que utiliza a sedação prefere a via oral (Brandt & Bugg, 1984; Gallardo et al., 1994).

Recentemente, alguns autores têm sugerido a via intranasal como alternativa para a administração de sedativos, uma vez que têm a vantagem de ter uma absorção rápida (Fukuta et al., 1994; Lloyd et al., 2000; Dallman et al., 2001; Primosch & Bender, 2001; Al-Rakaf et al., 2001).

Desde há muitos anos que, em pediatria, quando se realizam procedimentos um pouco mais dolorosos se recorre ao hidrato de cloral, Hallonsten et al.(1988). Este fármaco é um agente hipnótico não barbitúrico que acabou por cair em desuso por apresentar algumas desvantagens, como gosto o desagradável, resultados imprevisíveis na sedação, náuseas e vômitos (Hallonsten et al., 1988; Meyer et al., 1990).

Para além destes, as sedações mínimas ou moderadas contam com a ajuda do óxido nítrico (N₂O). O N₂O foi o primeiro gás inalatório utilizado para sedação e mantém-se até hoje como uma alternativa viável, uma vez que possui baixa metabolização no organismo, bem como um início e terminos rápidos. A técnica de atualização é simples e resume-se à administração de O₂ seguida de N₂O, até alcançar o nível de sedação ideal (Gaujac, et al., 2009). O óxido nítrico é muito bem aceite pelos doentes pediátricos e torna a indução anestésica suave e rápida, isto sem risco de nefrotoxicidade ou hepatotoxicidade. Soares et al. (2013) afirmam que não há indícios de contraindicações absolutas para o seu uso desde que se utilize a concentração mínima de 30 a 40% de oxigênio na mistura de gases. No entanto, este gás não se revela eficaz num paciente com muito medo dos procedimentos peri operatórios, o que abre espaço a outros grupos farmacológicos de tomarem a dianteira nas opções anestésicas, como é o caso dos benzodiazepínicos.

Os fármacos benzodiazepínicos são medicamentos ansiolíticos, que têm como objetivo a redução da ansiedade (Abreu et al., 2000) de forma controlada, uma vez que apresentam uma ampla margem de segurança clínica, rápido início de ação, pequena incidência de reações adversas, facilidade de administração e um baixo custo. Além de evitar o stress e reduzir a ansiedade, estes fármacos facilitam o sono noturno após o procedimento cirúrgico, o que ajuda no controlo da dor e das complicações mais comuns no pós-operatório tardio.

O midazolam é o benzodiazepínico mais usado e indicado para crianças na preparação pré cirúrgica uma vez que é absorvido e eliminado rapidamente pelo organismo (Duque et al., 2005). Possui também uma duração de sedação adequada, e para além disto, consegue induzir amnésia anterógrada (Ferreira, et al., 2014), o que associada a um início de ação rápido, consegue contrariar o recalçamento de eventos traumáticos, frequentemente associados a procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Walser foi o inventor do midazolam em 1975 e identificou no mesmo propriedades ansiolíticas, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e psicosedativas (Juaréz-Lopez et al.20, 1998). É, no entanto, contraindicado em pacientes com hipersensibilidade à droga ou com glaucoma agudo (Hartgraves et al., 1994). Quando administrado oralmente, é absorvido rapidamente pelo trato gastrointestinal e atinge o pico plasmático ao fim de 60 minutos, sendo que apenas 40 a 50% da dose administrada

chega à circulação sistêmica devido à metabolização e excreção hepática. Os efeitos sistêmicos adversos referem-se principalmente aquando do seu uso parenteral e podem causar tosse, náuseas, vômitos, cefaleias, sonolência, dificuldade respiratória, entre outros (Infarmed, 2014).

A literatura revela grande efetividade e segurança na administração de midazolam nas doses de até 0,5 mg/kg por via oral e 0,2 mg/kg por via intranasal. Isto porque, nestas dosagens, esta benzodiazepina apresenta efeitos colaterais mínimos e não provoca alterações significativas nos sinais vitais (Silver et al., 1992; Alderson et al., 1994; Hartgraves et al., 1994; Juaréz-López, et al., 1998; Wilson et al.36, 2002). Nestas dosagens, o midazolam consegue alcançar o efeito desejável entre 15 a 20 minutos após a toma oral e 5 a 10 minutos quando a administração é intranasal.

III. Construção do protocolo

O processo de construção e aprovação de um protocolo clínico passa por um conjunto de etapas, mais ou menos formais, que viabilizam a sua aceitação, regulamentação e operacionalização institucional. Para que o seu outorgamento fosse, além de uma legislação interna, um compromisso pessoal de todos os profissionais envolvidos, quis falar pessoalmente com todos, estabelecendo pontes de interesses entre todas as classes e assim convergissem discursos em torno de um bem maior, a segurança e o conforto das crianças e dos seus familiares durante um procedimento que deverá ser o menos traumático possível.

Dei início ao processo com uma reunião com a anestesista responsável pela anestesia pediátrica do hospital, onde além de acordamos sobre os benefícios da utilização do midazolam 60 minutos antes da indução anestésica, concluímos que embora a dose a ser utilizada por via peróris variasse entre 0,3 a 0,5mg/kg (até ao máximo de 10mg), assumir-se-ia a dose intermédia para todos os casos, uma vez que a experiência empírica nos aponta para os bons resultados que se conseguem alcançar com a mesma, reduzindo-se assim a possibilidade do surgimento de efeitos secundários. Acordou-se igualmente que a senhora doutora falaria com as suas colegas que também realizam anestesia pediátrica no hospital e eu apresentaria o protocolo à equipa de enfermagem do bloco e do serviço de pediatria.

Mesmo com o acordo prévio cheguei à fala com as outras anestesistas, comumente destacadas para a anestesia pediátrica, e embora a totalidade concorda-se com a implementação do protocolo, algumas referiram que por norma não o iriam utilizar, mas dependendo dos casos, poderiam vir a fazê-lo. Mesmo assim, ficou sublinhada a importância que outros profissionais atribuíam ao protocolo e a necessidade de trabalharmos cada vez mais como uma equipa multidisciplinar que deve, com as suas competências e responsabilidades, envolver-se em objetivos comuns e assim reduzir dificuldades e erradicar impossibilidades, mesmo quando as condições de trabalho estão longe de serem as ideais.

O passo seguinte passou por apresentar o projeto à equipa de enfermagem do bloco operatório e do internamento pediátrico. A aceitação e a mobilização de todos foi impressionante e além do comprometimento com a causa, senti que as equipas

reconheceram que embora a maior parte dos protocolos não nascessem desta forma (e muito menos, liderados por enfermeiros), nós, enquanto equipa e profissão, temos muito mais poder institucional, negocial, de implementação e de convergência de vontades/objetivos do que qualquer outra classe profissional. Isto, para além de sermos os responsáveis por assegurar 24 horas por dia os melhores cuidados às crianças e suas famílias e se não for por outras, esta razão bastará para tentarmos fazer sempre mais e melhor.

O avale do Senhor diretor do serviço de Cirurgia Pediátrica e representante da Unidade de Gestão Intermédia (UGI) da Mulher e da Criança constituiu-se como o passo seguinte, também este bem-sucedido.

A enfermeira chefe do bloco operatório ao subscrever o já enunciado protocolo lembrou que outro bloco afeto à mesma unidade hospitalar, já havia aprovado um documento semelhante. Assim, entrei em contacto com a enfermeira chefe desse bloco operatório e pedi que me encaminhasse as linhas orientadoras da preparação pré-anestésica que os mesmos adotaram, para que pudesse, se não mais, servir de base à elaboração do nosso.

A etapa seguinte foi a de apresentar a ideia à enfermeira chefe do serviço de pediatria, que agregou algumas contingências à implementação prática do procedimento e ao seu registo em Sclínico. Daí que o passo seguinte tivesse sido a agregação das diferentes atividades inerentes ao protocolo nesta ferramenta informática, com a colaboração da equipa de suporte técnico e informático do hospital.

Para além disto, assegurei à enfermeira chefe que iria desenvolver um documento onde figurassem as doses de Midazolam correspondentes a cada quilograma de peso, de forma a que os erros de cálculo fossem diminuídos ao máximo, isto enquanto a aplicação informática ainda não estivesse disponível.

Após todas estas etapas e acordo geral, o protocolo encontra-se na fase final de aprovação para que possa ser a curto prazo uma realidade, num contexto em que a humanização de cuidados ganhará com ele um novo estatuto.

Conclusão

O período que antecede qualquer cirurgia é acompanhado de uma enorme carga e tensão emocional para a criança, mas também para a sua família. Um pré-operatório turbulento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de inúmeras formas (Moro, 2004), desde choro, agitação, terror, tremores, hípseudorese, introversão, apneia ou até laringospasmos.

Com a evolução das técnicas anestésicas tem-se assistido a um recurso crescente dos benzodiazepínicos de curta duração para controlar a ansiedade de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos (Coldwell et al., 1999). O midazolam, quando administrado por via oral, é absorvido rapidamente, atingindo o pico dos níveis séricos em menos de uma hora. Além disso, a via oral ainda apresenta a facilidade de administração e da aceitação por parte das crianças/jovens e pais (Saxen et al., 1999).

Com recurso a este fármaco o comportamento das crianças passa a ser mais tranquilo, confiante, relaxado e até divertido, independente da dosagem que seja administrada e das características da criança. No entanto, a literatura defende que a dose de 0,5 mg/kg de midazolam, por via oral, é a mais recomendada uma vez que não ocasiona grandes variações nos sinais vitais dos pacientes (Silver et al., 1992; Alderson et al., 1994; Hartgraves et al., 1994; Juaréz-López, et al., 1998; Wilson et al., 2002).

Com este trabalho, pretendi desenvolver uma ferramenta capaz de sustentar a implementação de um protocolo que oficialize a administração de midazolam a todas as crianças que revelem níveis de ansiedade capazes de provocar efeitos negativos nelas e nos procedimentos anestésico cirúrgicos. A elaboração deste documento não é mais do que a formalização das etapas ultrapassadas na conceção do referido protocolo e do último marco que assinala o fim das dificuldades impostas a um procedimento, que tem tanto de urgente como de humanitário, pecando apenas pelo tardar da sua realização.

Desta feita, e com a sensação de dever cumprido enquanto estudante da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, comprovo a consecução de todos os objetivos delineados na fase preambular este escrito.

Referências Bibliográficas

- Abreu M., Acúrcio F., Resende V. (2000). Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. *Revista Panam Salud Publica*; 7(1):17-23;
- Alderson P., Lerman J. (1994). Oral premedication for paediatric ambulatory anaesthesia: a comparison of midazolam and ketamine. *Can J Anaesth. Québec*.41(3):221-6.
- Al-Rakaf H., et al. (2001). Intranasal midazolam unconscious sedation of young paediatric dental patients. *Int J Paediatr Dent. Oxford*.11(1):33-40;
- Brandt S., Bugg J. (1984). Problems of medication with the pediatric patients. *Dent Clin North Am. Philadelphia*. 28(3):563-79;
- British Columbia Version;1. Disponível em: <https://www.cpsbc.ca/>. Consultado a: 01 de Novembro de 2019;
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia (2019). História. Disponível em: www.chvng.min-saude.pt/index.php/chvng/historia. Consulta a: 28 de novembro de 2019;
- Coldwell S., et al. (1999). Side effects of triazolam in children. *Pediatr Dent Chicago*. 21(1):18-25;
- Dallman J., Igelzi Jr. M., Briskie D. (2001). Comparing the safety, efficacy and recovery of intranasal midazolam vs. oral chloral hydrate and pro-methazine. *Pediatr Dent. Chicago*.23(5):424-30;
- Dionne R. (1998). Clinical Pharmacology Unit, National Institute of Dental Research, Bethesda, Maryland, USA;
- Duque C., Abreu-e-Lima F. (2005). Midazolam - uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. *Revista OdontoCiência*; 20(48):177-86;
- Ferreira J., Luna A., Rocha C., Aranega A., Júnior I., Araújo J. (2014). O uso de ansiolítico no pré-atendimento em odontologia-revisão de literatura. *Revista Odontol Universidade de São Paulo*; 26(3):227-31;
- Fonseca R., Marciani R., Turvey T. (2009). *Oral and maxillofacial surgery*. St. Louis: Elsevier;
- Fukuta O., et al. (1993). The sedative effect of intranasal midazolam administration in the dental treatment of patients with mental disabilities. Part 1 – The effect of a 0,2 mg/kg dose. *J Clin Pediatr Dent. Birmingham*. 17(4):231-7;
- Gallardo F., Cornejo G., Borie R. (1994). Oral midazolam as premedication for the apprehensive child before dental treatment. *J Clin Pediatr Dent. Birmingham*.18(2):123-7;

- Garcia M., Fernandes T., Braga E., Caldeira S. (2001). Estratégias lúdicas para a recepção de crianças em centro cirúrgico. *Revista SOBECC*. 16(1):48-55;
- Gaujac C., Santos H., Garção M., Júnior J., Brandão J., Silva T. (2009). Sedação consciente em Odontologia. *Revista Odontol Universidade Cidade de São Paulo*; 21(3):251-7;
- Hallonsten A. (1988). The use of oral sedatives in dental care. *Acta Anaesthesiol Scan*. Oslo. 88:27-30;
- Hartgraves P., Primoschi R. (1994). An evaluation of oral and nasal midazolam for pediatric dental sedation. *J Dent Child*. Fulton. 61(3):175-81;
- Infarmed (2014). Folheto informativo do midazolam: informação para o utilizador. Infarmed: Lisboa;
- Juárez-López L., Saavedra-García M., Ramírez-González G. (1998). Estudio comparativo entre dos esquemas de sedación en pacientes odontopediátricos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. México. 55(8):443-51;
- Kanegane K., Penha S., Borsatti M., Rocha RG. (2003). Ansiedade ao Tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Revista Saúde Pública*. 37(6):786-92;
- Krowchuk H., Rieker M. (2007). Pro: should parents be present during their child's anesthesia induction? *MCN Am J. Matern. Child. Nurs*. 32(2):72-3;
- Lloyd C., Alredy T., Lowry J. (2000). Intranasal midazolam as an alternative to general anaesthesia in the management of children with oral and maxillofacial trauma. *Oral Maxillofac Surg*. Edinburgh. 38(6):593-5;
- Jukemura M., Peniche A. (2012). Necessidades do acompanhante da criança em unidade de recuperação anestésica. *Revista SOBECC*. 15(3):25-32.
- Malamed S. (2012). Sedação na Odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier;
- Meyer M., Mourino A., Farrington F. (1990). Comparison of triazolam to a chloral hydrate/hydroxyzine combination in the sedation of pediatric dental patients. *Pediatr Dent Chicago*. 12(5):283-7;
- Moro, E. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista brasileira de Anestesiologia*, 54(5), pág. 728-738;
- Primosch R., Bender F. (2001). Factors associated with administration route when using midazolam for pediatric conscious sedation. *J Dent Child*. Fulton. 68(4):233-8;
- Saxen, et al. (1999). Anesthesia for pediatric dentistry. *Dent. Clin. North Am*. Philadelphia. 43(2):231-245;

- Silver T., Wilson C., Webb M. (1994). Evaluation of twodosages of oral midazolam as a conscious sedationfor physically and neurologically compromisedpediatric dental patient. *Pediatric Dental. Chicago.* 16(5):350-9;
- Soares D., Soares A., Wanzeler A., Barbosa P (2013). Sedação com óxido nitroso como adjuvante em procedimentos odontológicos. *Revista para Med;* 27(2);
- Vanderhoeven A. (2013). IV Procedural Sedation and Analgesia for Adults Standards NHMSFP – College of Physicians and Surgeons of
- Wilson K., Welbury R., Girdler N. (2002). A study of theeffectiveness of oral midazolam sedation fororthodontic extraction of permanent teeth inchildren: a prospective, randomized, controlled,crossover trial. *Br Dent J. London.* 192(8):457-62;

Apêndice I – Proposta de protocolo de midazolam pré anestésico

O que é o Midazolam

O midazolam é uma benzodiazepina que apresenta propriedades ansiolíticas, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e psicosedativas (Juaréz-Lopez et al.20, 1998).

Principais advertências na administração de Midazolam

- Não administrar em doentes com alergia às benzodiazepinas

- Doença prolongada, principalmente respiratórias, renais, hepáticas ou cardíacas.
- Doença que cause fragilidade, debilidade e diminuição de energia, assim como a miastenia grave.

- Ponderar a administração em doentes que estejam a fazer:
 - * Antidepressivos;

 - * Hipnóticos;
 - * Sedativos;
 - * Tranquilizantes;
 - * Carbamazepina ou fenitoína;

 - * Rifampicina
 - * Medicamentos para o VIH denominados “inibidores da protease” (tais como o saquinavir).

 - *Antibióticos denominados “macrólidos” (tais como a eritromicina ou a claritromicina);

 - * Antifúngicos;

 - * Anti-histamínicos (Infarmed, 2014)

Efeitos secundários possíveis

Os efeitos sistémicos adversos mais comuns referem-se principalmente ao uso parenteral do midazolam, como tosse, náuseas, vômitos, cefaleia e sonolência (Hartgraves et al., 1994). Quando administrada oralmente e intranasal os efeitos secundários são semelhantes mas raros e com menor intensidade (Infarmed, 2014)

Administração de Midazolam para preparação pré-anestésica

- Administração oral: absorção rápida e atinge pico de concentração sérica entre os 30 e os 60 minutos, com uma duração de efeito de aproximadamente 2 a 4 horas (Dionne, 1998, Fukuta et al., 1994). Pode ser diluído em soro fisiológico, dextrose a 5% ou 30% (uma vez que é melhor tolerado pelas crianças quando tem um sabor mais doce).

A dose recomendada para ADMINISTRAÇÃO ORAL É DE 0,3 A 0,5MG/KG.

- Administração intranasal: absorção quase imediata e com pico de concentração sérica de 6 a 12 minutos. Poderá ser diluído, mas nesta via de administração recomenda-se a utilização do menor volume possível.

A dose recomendada para ADMINISTRAÇÃO INTRANASAL É DE 0,2MG/KG.

A estabilidade destes fármacos após diluição é de 24 horas em temperaturas inferiores a 25 c°. Não deve ser congelado.

Para que a consulta da dose possa ser simples e de leitura rápida segue-se uma tabela com as dosagens por peso correspondente a 0,4mg/Kg até ao máximo convencionado de 10mg.

Tabela 2 Dosagem por peso de Midazolam oral

Peso (Kg)	Dose (mg)
10	4
11	4,4
12	4,8
13	5,2
14	5,6
15	6
16	6,4
17	6,8
18	7,2
19	7,6
20	8
21	8,4
22	8,8
23	9,2
24	9,6
25	10
>25	10

