



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular - Relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Nathalie Santos Silva

Porto, Abril de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular - Relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Elaborado por: Nathalie Santos Silva

Orientado por: Isabel Quelhas

Porto, Abril de 2012

RESUMO

Este relatório reflecte o culminar do percurso da minha aprendizagem e os resultados obtidos e está inserido no plano curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. Este documento reporta a concretização do Estágio no Internamento Médico-Cirúrgico em Contexto de Doença Aguda ou Crónica – Módulo II e na Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia - Módulo III, ambos na Unidade S. Sebastião do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, no período de 27 de Abril a 23 de Novembro de 2011, com total de 250 horas em cada módulo. Saliento que visto ser enfermeira nos Cuidados de Saúde Primários desde 2005 foi-me concedida a creditação no Módulo I – Saúde Infantil. Para a sua realização, recorri às competências do plano de estudos do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica e organizei-as pelos domínios de prestação de cuidados, gestão, formação e investigação; elaborei objectivos, desenvolvi actividades, descrevi e reflecti criticamente sobre elas, tendo em consideração a área da comunicação em pediatria como um objectivo a aprofundar e aperfeiçoar no meu percurso. A realização desta unidade curricular permitiu-me obter conhecimentos científicos que foram aplicados no decorrer do estágio e que contribuíram para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal. Este relatório evidencia a aquisição das competências de enfermagem especializadas na área de saúde infantil e pediátrica, bem como o desenvolvimento de habilidades no âmbito da comunicação com as crianças, adolescentes e familiares que pretendo dar continuidade na minha prática, no sentido da promoção de cuidados de saúde de excelência à criança, adolescente e sua família.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Comunicação.

ABSTRACT

This report reflects the culmination of my learning pathway and the results that I obtained, and it's part of the curricular plan of the Masters in Nursing with Specialization in Pediatric and Child Health Nursing of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University, in Porto. This document refers to the completion of the Internship in Medical-Surgical Hospitalization in the Context of Acute and Chronic Disease – Module II, and in the Pediatric Emergency and the Neonatology Intensive Care Unit – Module III, both in the S. Sebastião Unit of the Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, between the 27th of April and the 23rd of November of 2011, with a total of 250 hours in each module. I underline that because I've been a nurse at the Primary Health Care since 2005, I have been credited with Module I – Child Health. To complete it, I resorted to the skills I obtained from my Post-Graduate Degree in Pediatric and Child Health Nursing Specialization, and I organized them according to several domains: healthcare provision, management, education and investigation; I established goals, developed activities, described and reflected critically on them, considering communication in pediatrics as an objective to develop and perfect throughout my path. The realization of this course unit allowed me to obtain scientific knowledge that I applied during the internship and that contributed towards my learning process and to my professional and personal development. This report points out the acquisition of nursing skills specialized in the area of child health and pediatrics, as well as the development of abilities in communication with children, adolescents and their families that I intend to continue in my practice, in order to promote health care of excellence to children, adolescents and their families.

Keywords: Nursing; Pediatric and Child Health; Skills; Communication.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CESIJ – Consulta de Enfermagem Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEESIP – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral da Saúde

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics

ESIP – Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento Exercício Profissional Enfermagem

SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidade de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos em Neonatologia

UIP – Unidade de Internamento de Pediatria

UP – Urgência Pediátrica

USF TSM – Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria

USS – Unidade São Sebastião

INDICE

	Página
1.NOTA INTRODUTÓRIA	7
2.COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE DESENVOLVIDAS	10
3.COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS	18
3.1.PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	18
3.2. GESTÃO	39
3.3. FORMAÇÃO	45
3.4. INVESTIGAÇÃO	48
4. CONCLUSÃO	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59
ANEXO I – Caracterização dos Serviços de Neonatologia, Urgência e Internamento Pediátrico	60
ANEXO II – Focos de Enfermagem mais frequentes na UP da USS	73
ANEXO III – Focos de Enfermagem na UIP da USS	75
ANEXO IV – Planificação da Formação “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”	77
ANEXO V – Avaliação da Formação “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”	82
ANEXO VI – Trabalho desenvolvido sobre Incompatibilidade ABO	99
ANEXO VII – Protocolo de Articulação entre a UCIN e os CSP	114

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Numa perspectiva de aprendizagem contínua, de enriquecimento pessoal e profissional com o conhecimento que *“a pediatria é uma especialidade da prática de enfermagem (...) que exige que a enfermeira possua conhecimento e perícias especiais, podendo também exigir algum tipo de formação adicional”* (Opperman & Cassandra, 2001,p.91) propus-me a amplificar os meus conhecimentos e a desenvolver competências nesta área através da realização do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto de Ciências da Saúde da Faculdade Católica do Porto.

O Plano CPLEESIP inclui a unidade curricular de um Relatório como forma de “espelhar” o meu desempenho no Estágio que é dividido por três módulos (Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contexto de saúde aguda e crónica; Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia). Apesar deste plano comportar a realização de três módulos, foi-me concedida a creditação do Módulo I – Saúde Infantil por prestar cuidados de enfermagem na área Saúde Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários.

Ambos os estágios encontram-se caracterizados em anexo (Anexo I) e foram realizados nos serviços da Unidade São Sebastião do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, em Santa Maria da Feira. O estágio do módulo III decorreu no serviço de Urgência Pediátrica no período de 27 de Abril de 2011 a 24 de Maio de 2011 seguido na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia no período de 30 de Maio de 2011 a 22 de Junho de 2011 com duração de 90 horas presenciais e 35 horas de trabalho individual em cada um deles. Depois iniciei o módulo II com duração de 180 horas presenciais e 70 de trabalho individual no serviço de Internamento de Pediatria no dia 3 de Outubro de 2011 e terminei a 23 de Novembro de 2011.

Tendo em conta que este relatório final é uma estratégia formativa de avaliação sobre o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento no que concerne às competências, torna-se pertinente apontar os objectivos gerais do regulamento geral do mestrado pelos quais me regi:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em enfermagem;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EESIP;

- 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;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, que a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

A realização deste documento pretende demonstrar a consolidação de conhecimentos, a interligação entre a teoria e a realidade praticada e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área de saúde infantil e pediátrica através dos seguintes objectivos:

- Descrever as actividades realizadas para alcançar os objectivos traçados e desenvolver as respectivas competências;
- Reflectir sobre o processo de ensino/aprendizagem e sobre o papel do enfermeiro ESIP, tendo em conta a minha área de interesse comunicação em pediatria;
- Servir de instrumento de avaliação para obter o Grau de Mestre na dissertação pública após aprovação positiva.

Este relatório encontra-se organizado inicialmente com uma introdução que focaliza os aspectos essenciais de todo o documento; depois evidencia as das competências previamente adquiridas no meu percurso nos cuidados de saúde primários como enfermeira de família, seguido das competências desenvolvidas em estágio e sua reflexão crítica, tendo em conta os quatro domínios prestação de cuidados, gestão, formação e investigação e, por fim, uma conclusão que salienta de forma clara e sucinta o epílogo quanto à minha aprendizagem e evolução como EESIP.

Ao longo do meu percurso estive desperta para a área da comunicação e de relação com a criança, adolescente e respectiva família, desenvolvendo e aperfeiçoando competências nesta área; este interesse deriva da importância da comunicação aquando da prestação dos cuidados que implica do profissional de saúde conhecimento científico e também habilidades como ser cuidadoso e astuto na prática.

A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva baseada em pesquisas bibliográficas, em conversas informais com a equipa de profissionais de saúde e professora, em saberes adquiridos na minha prática profissional e ao longo do meu percurso e na consulta do

Regulamento do Mestrado em Enfermagem com EESIP do Instituto de Ciências da Saúde da Escola Superior Politécnica da Saúde, da Universidade Católica|Porto.

2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE DESENVOLVIDAS

Neste capítulo tenho como objectivo debruçar-me sobre as competências que julgo ter previamente desenvolvidas de forma parcial com a evolução do meu percurso profissional através do meu desempenho e dedicação nos cuidados de Saúde Primários. Iniciei funções no dia 13 de Julho de 2005, no CS de Santa Maria da Feira onde de momento me encontro, mais especificamente na USF TSM, a desempenhar a função de enfermeira de família.

A experiência profissional ao longo destes anos têm permitido desenvolver parcialmente uma série de competências e habilidades na prestação de cuidados à criança, adolescente e respectiva família na área de saúde infantil e juvenil. Assim sendo, tendo o módulo I – Saúde Infantil creditado, há necessidade de, neste capítulo, descrever e reflectir sobre as actividades que desenvolvo. Não sendo plausível de expor todas as actividades e respectiva reflexão, selecionei algumas que considero mais pertinentes que conduzem à aquisição de determinadas competências na minha prática profissional, tendo em conta os quatro domínios da acção em Enfermagem: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Porém apesar de ter estas competências previamente desenvolvidas na minha prática diária, saliento que também foram aprofundadas ao longo da minha aprendizagem nos dois módulos de estágio. Importa salientar que neste período de creditação foi momento de reflexão, de pesquisa e de trabalho no meu serviço no sentido de identificar as necessidades formativas que me permitissem fomentar, na minha equipa mudanças que englobem a implementação de novas práticas, indo de encontro à melhoria e à excelência no cuidar em enfermagem da criança, adolescente e família.

Desde que me tornei enfermeira dos CSP tenho tido a preocupação de aplicar diariamente os conhecimentos assimilados na licenciatura e noutras formações como congressos, pós-graduações e formações clínicas. O objectivo é a actualização e a adaptação a cada contexto, investindo na minha aprendizagem, ou seja, todos os cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente e família na minha experiência profissional e pessoal tem por base um suporte teórico-prático adquirido e aliado a um pensamento crítico, contribuindo desta forma para a obtenção da competência **“gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”**.

Na prestação de cuidados não basta ter apenas o conhecimento e sua aplicabilidade. Sabendo que *“o pensamento crítico é um processo complexo de desenvolvimento baseado no pensamento racional e deliberado”* (Hockenberry, 2006, p.15), na minha prática penso, de forma crítica, sobre as minhas competências aquando da prestação de cuidados à

criança/adolescente e respectiva família com o intuito de avaliar possíveis necessidades sentidas pelos receptores dos cuidados, identificar possíveis lacunas que necessitem de ser aperfeiçoadas e promover a qualidade desses cuidados, isto é, **“reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica”**.

Nos cuidados de enfermagem realizados contacto com crianças/adolescentes nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, nas consultas de enfermagem para vacinação e tratamentos, quando vêm a acompanhar os cuidadores principais ou não e até mesmo nas visitas domiciliárias. Em média por semana realizo 9 consultas de vigilância de saúde infantil e 2 visitas domiciliárias ao RN e respectiva família, avaliando pela estatística do ano anterior (25 nascimentos no ano de 2011) o que implica o acompanhamento e a vigilância do crescimento e desenvolvimento destas crianças. O meu primeiro contacto com a criança ocorre na visita domiciliária à puérpera e RN na qual faço uma apreciação global das mesmas, da restante família e do meio ambiente onde se encontram inseridos, averiguando as possíveis necessidades e dificuldades e apoiando na sua adaptabilidade, já que *“um dos factores de sucesso após a alta clínica é a visitação domiciliária”* (Pereira, 2006, p.83). Uma das dificuldades que observo com maior frequência é a presença de cólicas no RN e algumas incertezas ou obstáculos na amamentação. Tenho-me aplicado nesta área, abordando a mãe/casal sobre: a decisão de amamentar, factores que possam influenciar o acto de amamentar, receios ou dúvidas que tenham surgido, com o intuito de informar, explicar e demonstrar a importância da amamentação para a família através de evidências científicas, de apoio incondicional e reforços positivos porque *“o sucesso da promoção do aleitamento materno depende não só da aquisição de conhecimentos e práticas sobre a amamentação, mas também das atitudes dos profissionais”* (Pereira, 2006, p.65).

Na verdade, a convivência com a criança/adolescente é constante enquanto enfermeira, o que exige de mim uma comunicação assertiva, adaptada à sua idade e tendo em conta as crenças e cultura de cada família. Faz parte da minha prática profissional trabalhar com as famílias os problemas e as dificuldades por eles através de uma linguagem acessível e perceptível, tendo em conta as capacidades, limitações e cultura de cada família. Ser enfermeira de família tem sido um desafio enorme pois exige o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de determinadas competências onde *“é evidenciada a importância de uma prática baseada nos seguintes princípios: pensamento crítico; liderança e organização; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços”* (Figueiredo, 2009, p.60). Este papel de enfermeira de família tem como alvo de cuidados a família, numa óptica de promoção do bem-estar e da saúde familiar e na adopção de estilos saudáveis onde a promoção da saúde tem como objectivo *“aperfeiçoar ou manter o bem-estar físico, emocional e espiritual da unidade familiar e dos seus membros”* (Potter, 2005, citado por Figueiredo, 2009, p.63). Ao desenvolver este papel na USF TSM recorri ao pensamento reflexivo e um contacto próximo e continuado para compreender a família quanto à sua complexidade, contextualidade, organização, instabilidade, entre outros aspectos que necessito de ter em conta para, em parceria, obter

maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde na unidade familiar. A responsabilidade acrescida pelos cuidados a um grupo de famílias e seu acompanhamento permite observar, avaliar e reflectir sobre os resultados obtidos enquanto enfermeira.

Verifico que ser a enfermeira de família aproxima-me da criança, adolescente e família porque faço um acompanhamento contínuo nos cuidados, fortaleço as capacidades da família na adaptação dos processos de transição, proporcionando a relação terapêutica e de empatia com eles a ponto de, por exemplo, os adolescentes mais tarde me procurarem para uma conversa informal ou os pais pedirem uma consulta para eu falar com os filhos ou as próprias crianças “abraçarem” quando me vêem. Estas situações demonstram a valorização do papel do enfermeiro nos CSP, demonstrando que tenho sido a opção deles quando necessitam de cuidados de saúde. Por outro lado, ser enfermeira de família permite avaliar, acompanhar e apoiar todo o agregado familiar e facilita o meu trabalho no sentido de conseguir identificar e compreender os problemas que afectam a família, os obstáculos sentidos e nem sempre manifestados, a alteração do papel parental, entre outras. Após a identificação destas necessidades e respectivos cuidados, adequo as estratégias e os apoios de forma a ajudar e a orientar a família na sua adaptação perante determinada crise, permitindo **“desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”**.

A comunicação é uma área obriga a ter conhecimentos e habilidades porque cada criança, adolescente, adulto e idoso é um ser singular, com personalidade e características específicas. As técnicas e formas de comunicação são essenciais numa relação e devem ser ajustadas a cada momento, daí a pertinência em aperfeiçoar a comunicação em pediatria e compreende-la para cuidar das crianças, adolescentes e respectiva família desde o início do estágio. A exigência na comunicação aquando dos meus cuidados surgiu muito antes da realização deste mestrado em enfermagem com especialização. Em algumas circunstâncias sentia-me limitada pelo facto de não saber comunicar da forma adequada perante uma necessidade emocional manifestada por uma pessoa, levando-me à realização de Formação Pós Graduada em Competências em Comunicação Clínica. Esta pós-graduação ensinou, despertou e instruiu-me para a comunicação e para a forma como me devo relacionar com o utente, aplicando as técnicas e os métodos na minha vida profissional e pessoal. Nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil adequo a minha linguagem à idade, posiciono-me no mesmo patamar que a criança e adolescente, na maioria das vezes falo primeiro com os pais, e depois com as crianças e jovens; recebo-os no corredor para avaliar o comportamento deles; brinco com eles ao esconde-esconde, aos jogos, mesmo o tempo às vezes ser muito limitado. Confesso que o facto de acompanhar a evolução das crianças desde o nascimento até à fase adolescência permite criar uma ligação de empatia, facilitando a minha relação com eles, em especial na fase de adolescência que me procuram para abordar temas mais específicos como a sexualidade, a relação amorosa, os métodos contraceptivos, etc., possibilitando **“demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no**

relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.”

O conhecimento que fui adquirindo e investigando no caminho da minha progressão tem sido aplicado na realização das Consultas Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil onde tenho desenvolvido e aperfeiçoado competências na avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança e adolescente englobando toda a família. Estas consultas de vigilância iniciam desde o primeiro contacto com o RN e família na visita domiciliária até perfazer os 18 anos; avalio os parâmetros peso, altura e perímetro cefálico consoante a idade, e registo-os nos percentis explicando na 1ª consulta aos pais em que consistem e demonstrando a sua evolução nas consultas seguintes. Observo, monitorizo e avalio a dentição, a visão e o desenvolvimento psicomotor nas idades chave, registando no boletim de saúde infantil da criança/adolescente e no sistema SAPE. Todos os registos de enfermagem são efectuados no SAPE, segundo a CIPE onde é levantado um programa de saúde (Saúde Infantil, Juvenil e Adolescente), seleccionados os focos de enfermagem naquela consulta, respectivos diagnósticos e conseqüentemente as intervenções de enfermagem concluindo o Plano de Cuidados Individual. Na primeira consulta é realizada a avaliação inicial da criança/adolescente e nas consultas seguintes esta avaliação é actualizada e completada. Em todas as consultas avalio a adesão ao PNV da criança/adolescente no SINUS/SAPE e também preocupo-me com o PNV dos pais quando não os conheço e sua família, demonstro uma evolução gradual do seu crescimento e desenvolvimento, ou seja, segundo Figueiroa-Rêgo (2003) citado por Pinto (2009, p.17) *“a essência dos registos é promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços”*, daí a pertinência dos registos de toda a informação no sistema SAPE para dar visibilidade do trabalho dos enfermeiros.

Tendo consciência que as consultas nesta área são exigentes e requerem tempo, agendo-as com o intuito de conseguir gerir o meu tempo, de facultar espaço de brincadeira com as crianças e de diálogo com os adolescentes, a informar, instruir e treinar as habilidades dos pais, avaliando os cuidados prestados por eles, apoiando-os no papel parental e reforçando positivamente as capacidades desenvolvidas, a dedicação e o esforço.

Porém nem sempre é fácil de gerir todos os cuidados pelo facto de os pais apresentarem dúvidas e receios; nestas situações, procuro consoante a disponibilidade deles, marcar uma consulta nessa semana ou na seguinte. Estas situações ocorrem mais após o nascimento do bebé onde eles necessitam da nossa cooperação e supervisão nos cuidados para se sentirem cada vez mais seguros. As dúvidas deles são inúmeras resultantes da insegurança e da opinião de outros familiares. Esta instabilidade faz com que me procurem através do contacto telefónico ou mesmo na unidade para esclarecerem as suas incertezas e promover a parentalidade. Estes aspectos implicam **“demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP”** e ser capaz de os ajustar à prática

promovendo o aumento da confiança, segurança e competências parentais através de ensinamentos assertivos, sem juízos de valores e sem ferir susceptibilidades.

Em determinadas consultas ou mesmo aquando dos cuidados, com alguma frequência ocorrem situações difíceis de gerir ou resolver como nas circunstâncias de crianças pequenas (≤ 5 anos) que não colaboram nem participam na consulta e os seus comportamentos pioram quando se sentem “ameaçados” pela vacinação que desconhecia, uma criança que aparece na consulta com febre ou mesmo uma adolescente de 13 anos que se sente mal ou desmaia após a administração da vacina. Outra situação que é muito frequente são as quedas das crianças que frequentam os infantários e a escola ao redor da USF e que recorrem à assistência de enfermagem para observar e avaliar a situação; em alguns casos é necessário encaminhar para o hospital devido à gravidade. Este tipo de acontecimentos tem exigido habilidades na observação e avaliação cuidadosamente de forma a identificar e adoptar estratégias que permitam **“demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP”**. Nas crianças que não cooperam comigo nas consultas, inicialmente falo com os pais, enquanto os deixo mexer nos objectos da sala de saúde infantil, vou informando aos poucos o que tenciono fazer explicando cada procedimento e adoptando estratégias de comunicação: exemplificando, a criança fazia primeiro na mãe ou no boneco e depois nele. Numa situação em que a criança tem febre, explico todo o processo do seu aparecimento, informando sobre os cuidados a ter em casa; tenho sempre a preocupação de avaliar junto dos pais quando foi a última avaliação da temperatura corporal e o que foi administrado para a sua diminuição, averiguando através de questões e de uma conversa informal se realmente eles sabem como se pode diminuir a temperatura corporal e se sabem gerir a administração de medicação.

Cada dia surgem situações imprevistas que implicam agir e gerir segundo os saberes adquiridos, tendo em conta o respeito pelas culturas, crenças, vontades e decisões das crianças/adolescentes e pais. Uma das situações que ocorre com alguma frequência é a recusa da vacinação da criança por parte dos pais; informo os pais sobre a importância da vacinação para a criança através de uma linguagem simples e clara, esclarecendo os seus benefícios bem como os riscos da sua não adesão e fornecendo folhetos informativos sobre a mesma, respeitando sempre a tomada de decisão dos pais e nunca realizando juízos de valor. Por outro lado, comunico que caso mudem de opinião e pretendam vacinar a criança para entrar em contacto comigo, facultando o número de telefone bem como o horário para garantir a acessibilidade à unidade, pois nestes casos é imprescindível **“tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”**.

Relativamente à formação, o facto de possuir o curso inicial de formadores facilita-me a realização de formações na área de saúde no meu local de trabalho. A importância de partilhar, transmitir conhecimentos científicos actualizados, baseados na evidência a outros profissionais

leva a que toda a equipa use a mesma linguagem e o mesmo método de trabalho. Normalmente faço formação a médicos e enfermeiros e sempre com uma intencionalidade – melhorar os comportamentos e/ou conhecimentos, aplicando-os na prática profissional. Uma das últimas formações que realizei foi a Consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil onde abordei a avaliação do desenvolvimento infantil para que a equipa de enfermagem tivesse alerta para alguns aspectos importantes da nossa responsabilidade aquando da vigilância da criança e do adolescente e para melhorar e/ou acrescentar outros saberes, desenvolvendo as competências **“comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”** e **“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”**.

Ainda dentro do domínio da formação, saliento que a actualização de conhecimentos é efectuada através da pesquisa bibliográfica, da participação em congressos/cursos que têm sido um factor determinante para a minha aprendizagem visto sustentar o meu discurso e a minha prática profissional, levando a **“manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”**.

No meu percurso nos CSP, mais especificamente na USF TSM realizei a integração de novos profissionais porque no ano 2008/2009 era a responsável pela gestão dos recursos físicos, materiais e da equipa. Nesta integração tive o cuidado de apresentar os novos profissionais de enfermagem a toda a equipa, realizar visitas guiadas ao serviço de forma pormenorizada, fornecer os documentos e protocolos para serem consultados e inteirar os colegas acompanhando, apoiando e explicando a dinâmica e funcionalidade da unidade com o intuito de gerir um ambiente receptível e cómodo às enfermeiras e proporcionar o trabalho com a equipa de saúde da USF alcançando as competências: **“colaborar na integração de novos profissionais”** e **“demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”**.

No domínio da gestão tenho tido oportunidade de ser responsável pela gestão de cuidados dos elementos que ingressaram na USF através da orientação e supervisão. Na responsabilidade pela gestão dos meus cuidados de enfermagem à criança, adolescente e sua família insiro a adesão à vacinação e a vigilância das consultas segundo as necessidades e plano de consultas, dando-me autonomia e comprometimento pela saúde deste grupo alvo. Relativamente à vacinação, sou responsável pela requisição e armazenamento segundo as normas para que não sejam danificadas ou não haja quebra no stock, garantindo a acessibilidade e eficácia a toda a população. Assim sendo, avalio com frequência através dos sistemas informáticos SINUS e SAPE a continuidade do PNV e das consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, avaliando possíveis atrasos ou falta de comparência à marcação. Quando detecto a não adesão à vacinação, entro em contacto com os pais inicialmente pelo telefone agendado segundo a disponibilidade deles; quando não é exequível, envio carta a comunicar e com nova marcação, salvaguardando que caso não possa, para entrar em

contacto com a enfermeira de família (envio o meu cartão com os números de telefone, o meu horário e e-mail para garantir a acessibilidade). Confesso que visto ter um dia da semana que trabalho até às 20 horas e tendo a preocupação da adesão à vacinação e da vigilância de saúde infantil e juvenil, aproveitei este dia para contactar e comunicar porque a maioria já se encontra em casa, pretendendo **“zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP”**.

A especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica permitiu-me adquirir conhecimentos evidentes e aplicáveis na minha actividade diária através da investigação em enfermagem que deve ser tida como uma prioridade absoluta nas práticas inerentes à profissão procurando obter como resultado final a excelência dos cuidados.

Um aspecto que me levou à pesquisa prendeu-se com alívio da dor na criança e adolescente nos CSP. No meu local de trabalho, os actos mais dolorosos encontram-se concentrados no momento da vacinação. Se a DGS considera a dor como 5º sinal, a sua avaliação torna-se pertinente aquando dos cuidados à criança e adolescente. No meu local de trabalho raramente se avalia a dor num acto doloroso à criança/adolescente, daí ter-me surgido a necessidade de alertar a equipa para tal facto porque a dor é um foco de atenção tão importante como todos os outros que se realiza e há intervenções que os enfermeiros podem aplicar para minimizá-la.

Na minha prática estou atenta à reacção da criança e adolescente face a dor pelo facto de o mesmo estímulo doloroso desencadear uma variabilidade na percepção e expressão corporal. Após avaliação da dor é realizado o seu registo e apuradas as formas plausíveis de aliviar em parceria com a mãe e o pai. Visto não haver sacarose no meu local de trabalho (eficaz pelo menos até os 3 meses de idade (Batalha, 2010)) e não ser facultado após ter averiguado, recorro às medidas não farmacológicas de conforto, posicionamento, massagem, sucção não nutritiva ou aleitamento materno sempre que possível, conseguindo **“incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”**. Estando mais consciencializada para a importância da avaliação e alívio da dor nas crianças e adolescentes, tenho alertado os colegas de equipa para esta realidade através da formação e da apresentação de documentos científicos com o intuito de aliciar esta prática aquando dos cuidados de enfermagem.

Ainda dentro do domínio de investigação, incentivo a participação na investigação em diferentes áreas. A USF TSM sendo USF Amiga do Bebê recolhi informação através do sistema SAPE das mães que amamentaram os seus filhos exclusivamente até aos 3 e 6 meses, procurando desenvolver a competência **“participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP”**. Como conselheira da amamentação que sou, após investigar sobre esta área junto das colegas conselheiras da amamentação, criou-se *“Cantinho da Amamentação”* na USF onde aconselho, incentivo, ajudo, instruo e avalio o amamentar das

mães que se encontram inscritas na minha USF com o objectivo de aumentar a taxa da amamentação nos recém-nascido e prolongar até aos 6 meses exclusivamente.

Considerando o acto de amamentar um foco de enfermagem importante aquando dos cuidados, criei em conjunto com a equipa de enfermagem o protocolo da visita domiciliária ao RN e família para averiguar a adaptabilidade de toda a família com o nascimento do filho, avaliar o papel parental, apoiando, ensinando e instruindo os pais e familiares e observar/avaliar a amamentação quanto ao posicionamento, à pega correcta, ao horário, ao aspecto das mamas da mãe, entre outros porque *“a visitação domiciliária após a alta clínica é uma componente muito referenciada nos estudos como factor de sucesso no aleitamento”* (Pereira, 2006, p.83). Neste protocolo foi adoptada uma folha que nos acompanha para a visita onde se avaliar pormenorizadamente a amamentação.

3. COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, procuro transmitir de uma forma clara e sucinta todo o caminho percorrido para desenvolver competências de enfermeira EESIP atribuído pela OD à qual é reconhecida “a competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializado na área da sua especialidade” (REPE, art.º 4, Cap. II). As 29 competências aferidas pelo plano de estudos do CPLEESIP foram agrupadas em 4 domínios pela seguinte ordem: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação onde em cada domínio são descritos as competências desenvolvidas, os objectivos específicos por mim traçados e respectivas actividades, e conseqüente reflexão crítica com o intuito de validar a aquisição delas.

3.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prática de Enfermagem baseada nos conhecimentos científicos e no desenvolvimento de competências para alcançar a excelência dos cuidados engloba aspectos físicos, intelectuais, éticos, emocionais e sociais do cuidar da criança, adolescente e respectiva família. Sendo o EESIP um elemento-chave detentor de um conhecimentos amplificado na área de Saúde Infantil e Pediatria e, tendo a capacidade de detectar, responder e implementar soluções adequadas segundo as necessidades deles, ele é encarado como o profissional perito em cuidados de maior complexidade, dinâmico, e com uma atenção peculiar na qual é capaz de negociar os cuidados através de uma relação de proximidade e empatia com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica e de confiança, afinal, “o cuidado (...) exige compromissos e se o receptor dos cuidados não o sentir, dificilmente os aceitará” (Vieira, 2009, p.116).

Competências Desenvolvidas

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Objectivos Específicos

- Desenvolver competências e habilidades na assistência ao recém-nascido, criança, adolescente e família hospitalizada.
- Participar nos cuidados ao recém-nascido de alto risco.
- Identificar os focos de enfermagem mais frequentes na UP e UIP.
- Desenvolver competências na área da educação para a saúde aos pais segundo as necessidades identificadas.
- Promover a Parceria de Cuidados.
- Promover a Parentalidade durante a hospitalização.

Actividades Desenvolvidas

- Identifiquei as necessidades, planeei, implementei e avaliei as intervenções através da reflexão e observação dos resultados;
- Prestei cuidados de enfermagem a 14 RN prematuros e 4 RN de termo na UCN e respectiva família;
- Colaborei nos cuidados de enfermagem prestados a 2 RN prematuros de alto risco;
- Realizei triagem a 107 crianças/adolescentes e família na UP;
- Prestei cuidados de enfermagem a 85 crianças e adolescentes/familiar em regime ambulatorio na UP e a 29 em Cuidados Intermédios da Urgência (OBS);
- Identifiquei e registei os principais focos da prática de enfermagem na UP e na UIP;
- Prestei cuidados de enfermagem a 72 crianças/adolescentes e família com patologias agudas e crónicas, do foro médico ou cirúrgico;

- Preparei a criança, adolescente e família para o regresso a casa;
- Observei e identifiquei situações de risco e encaminhei para outros profissionais;
- Realizei os registos dos cuidados de enfermagem prestados;
- Efectuei pesquisa bibliográfica de forma a adquirir, aprofundar e consolidar conhecimentos.
- Ensinei e instruí os pais nas necessidades de educação manifestadas, treinando e avaliando a aprendizagem deles;
- Negocieei o envolvimento dos pais na parceria dos cuidados, desenvolvendo a auto-estima e confiança deles através de elogios e reforços positivos;
- Respeitei os desejos e vontades dos pais;
- Ouvi os pais, crianças/adolescentes sobre as dificuldades e medos sentidos;
- Estimulei e supervisionei o papel parental;

Reflexão

A prática da enfermagem tendo a base do cuidar envolve o conhecimento das nossas competências e o respeito pela dignidade da criança, adolescente e família seguindo sempre uma conduta ética e responsável. Para se tornar possível, *“o enfermeiro deve procurar adequar normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas de cada pessoa que tem ao seu cuidado”* (Vieira, 2009, p.110) tendo como preocupação o bem-estar da criança/adolescente e família no seu processo vital.

A assistência à criança/adolescente e família implicou a observação e compreensão da dinâmica da equipa multidisciplinar e do serviço e do método de cuidados prestados. O modelo adaptado é o modelo de parceria de cuidados onde *“os cuidados centrados à família é uma filosofia de cuidados que visa fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacidade das famílias e pela negociação dos cuidados”* (Pedro, 2009, p.47). Esta percepção global foi o fio condutor para o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento gradual, optando pelas melhores estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas. Deparei-me com situações e momentos que me marcaram e permitiram crescer como futura EESIP, todavia apenas focarei algumas neste relatório e as restantes ficaram nas memórias na minha vida.

Durante o decorrer da minha aprendizagem prestei cuidados à criança/adolescente e família de forma directa e participativa desde o acolhimento até ao momento do regresso a

casa. Recorri a uma conduta segura, consciente e confiante nas actividades que realizei, procurando a EESIP quando surgia dúvidas. Mantive o respeito pela privacidade das crianças/jovens e respectiva família durante os meus cuidados, tendo o cuidado de realizar procedimentos dolorosos e/ou agressivos na sala de enfermagem para que a criança/adolescente não sentisse ameaçado posteriormente no seu quarto. Informei sempre todos os procedimentos que realizei com uma linguagem inteligível, de forma a obter consentimento livre e esclarecido; o objectivo foi negociar com os pais promovendo o papel parental e, com as crianças/adolescentes concedendo segurança e alguma autonomia sempre que possível, como por exemplo, na escolha da via de administração da medicação (supositório, comprimido, xarope).

Tomei iniciativa na prestação dos cuidados à criança/adolescente, facilitando o contacto relacional através de uma comunicação assertiva e empática. Em todos os contactos, observei pormenorizadamente as componentes não-verbais do processo de comunicação da criança porque elas atribuem significados a cada gesto e movimentos e desenvolvi diferentes técnicas de comunicação de forma a facilitar a cooperação delas.

Na UCIN pude constatar que o cuidado na lavagem e desinfecção das mãos antes e após os cuidados ao RN, independentemente do estado dele era norma da unidade porque *“uma medida que é fácil de implementar e que tem demonstrado ser, por si só, a medida mais eficiente na redução das infecções nosocomiais nas UCIN é a adequada higiene das mãos”* (Moreira, 2010, p.8). Como são bebés em risco e vulneráveis, torna-se imprescindível esta prática para diminuir e eliminar o risco de infecções pois *“esta susceptibilidade é característica dos RN dada à imaturidade dos seus mecanismos de defesa, dos períodos prolongados de internamento e dos procedimentos invasivos a que são sujeitos”* (Antunes et al, 2009, p.22). A prevenção de uma infecção nosocomial que surge na sequência de um internamento e que não estava presente no momento da admissão (Antunes et al, 2009) é um desafio na UCIN. Para coloca-la em prática, retirei todos os anéis e adereços, mantive as unhas sempre curtas e limpas, realizei a lavagem e desinfecção das mãos à entrada e em cada cuidado ao RN e informei os pais sobre a importância destes cuidados.

Na UCIN prestei cuidados ao RN prematuro e de termo no pós-parto imediato e no transporte do mesmo para este serviço, realizei o acolhimento e integração dos seus pais promovendo práticas como a vinculação precoce, a parceria de cuidados, a amamentação e o método de canguru, por exemplo através de ensinamentos pertinentes e adoptei estratégias para envolver os irmãos. Confesso que inicialmente tive dificuldade na preparação da medicação e respectivos cálculos minuciosos, bem como algumas técnicas como colher sangue e punccionar o RN pelo facto de não ter qualquer prática nesta área. Ultrapassei estas dificuldades com a exposição de questões e sua reflexão, com a incorporação de conhecimentos e com a prática. Na prestação dos cuidados ao RN obtive com o horário dos pais através da equipa na ausência deles e com eles quando estavam presentes, averiguando se havia a possibilidade ou não de

realizar em parceria com eles os cuidados. Prestei cuidados ao RN: nesses casos preparei sempre todo o material necessário de forma a centralizar todos os cuidados num único momento, minimizando a manipulação e diminuindo o desconforto do RN porque a sua imaturidade morfológica e funcional é influenciada por acontecimentos adversos ou traumáticos, stressantes físicos ou psicológicos que se repercutem em má adaptação extra-uterino. Observei as reacções do RN durante os cuidados, os possíveis sinais de má adaptação ou de conforto e satisfação, registando ao longo do turno para dar a continuidade à sua evolução. Relembro perfeitamente a sensação que tive nos primeiros cuidados de enfermagem a um prematuro. Na minha prática diária cuido de lactentes com um peso no mínimo superior a 2kgs e neste serviço alguns não atingiam esse peso. No início foi uma dificuldade sentida que ultrapassei com confiança e segurança na prática através do apoio facultado pela EESIP e respectiva equipa. Hoje nos CSP quando pego num lactente relembro de alguns prematuros que cuidei e das enormes diferenças entre eles. Nos RN prematuros de alto risco, colaborei com a EESIP pois a sua perspicácia na realização de cuidados especializados eram indispensáveis e naquele momento estava numa fase inicial de estágio; o máximo de cuidado na manipulação do RN com risco de hemorragia cerebral fatal, demonstrou-me a pertinência de ser minuciosa nos cuidados e de observar prudentemente cada reacção e alteração do RN prematuro. Por outro lado, observei que os pais com RN prematuros nestas circunstâncias vivenciam de forma inseparável e intensamente cada momento com ele, valorizando pequenas reacções como o agarrar o dedo de um dos pais.

Outro aspecto que alertou para a minha preocupação na assistência do RN prematuro foi a sua adaptabilidade e a promoção da sua estabilidade fisiológica após o nascimento. Conhecendo e identificando os sinais de estabilidade do RN, achei plausível identificar alguns factores que interferiam como a luminosidade e os ruídos. Privados subitamente de um meio intra-uterino harmonioso, acolhedor e protector, deparam-se com um ambiente frio da UCIN com ruídos desconhecidos e excessivamente iluminados, estimulando o sentido de desconforto e até de dor. Após realização de pesquisa bibliográfica e sua análise, constatei que *“o ruído exterior à incubadora é maior que no interior logo é fundamental ter em conta a nossa atitude no ambiente em neonatologia porque sons muito altos podem prejudicar a cóclea causando perda da audição, agitação e irritabilidade, (...) interferindo com o sono e repouso”* (Tamez & Silva, 2006:83). Deste modo, tive o cuidado de minimizar o ruído através das seguintes estratégias: evitei conversas no serviço, reduzi a intensidade dos alarmes atendendo ao “chamamento” das bombas difusoras que vão transmitindo alarmes de término da medicação, de ar na circulação, etc, usei um tom de voz suave e baixo para não entoar dentro das incubadores, amorteci impactos provocados pela abertura e fecho das portas da incubadora ou de outros materiais que podiam intensificar e evitei colocar material em cima da incubadora. Segundo Carriço & Vieira (2003, p.50) *“é primordial importância proporcionar ciclos dia/noite ao RN, visto que diminui a incidência de retinopatia, facilita o desenrolar do padrão dos ciclos de sono, diminui o gasto energético e, por fim, acelera o aumento do peso”*. Durante o estágio

evitei a luz directa no RN, desligando as luzes existentes no tecto, controlando a abertura das persianas para a entrada da luz solar e cobrindo a superfície superior da incubadora com um lençol pois factores como luz intensa sobre o RN, escuridão total ou ausência de luminosidade adequada podem interferir negativamente no desenvolvimento visual (Almeida et al, 2008).

Na realização da triagem de enfermagem na UP observei que os pais administravam terapêutica para diminuir a febre sem avaliar a temperatura corporal da criança/adolescente. Apenas se orientavam pelo facto de seu filho se encontrar quente. Observei que alguns deles tinham noção o que era a febre, mas desconheciam que a temperatura varia consoante o local da sua avaliação. Estas situações despertaram-me para a reflexão: o que tem falhado nos ensinamentos aos pais nas consultas de vigilância de saúde infantil? Surgiu-me a suposição que poderá haver uma falha de comunicação. Agora questiono se será por parte do profissional ou por parte dos pais ou por ambos quando não comunicam a mesma linguagem? Estas dúvidas levaram-me a adoptar estratégias em qualquer contexto, hospitalar ou CSP, para ultrapassar estas ocorrências como: avaliar os conhecimentos dos pais, acrescentar ensinamentos progressivamente através de uma explicação simples e clara e disponibilizar material de leitura para os pais.

Na admissão da criança e adolescente na UP confrontei-me com duas situações que apelaram à minha atenção e atitude/comportamento: acidentes por ingestão de produtos tóxicos e tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa. Os acidentes por ingestão de produtos tóxicos foram feitos por crianças entre os 2 e os 3 anos. Tendo consciência que as crianças nestas idades são autónomas e em simultâneo curiosas e aventureiras, há que redobrar a atenção através da prevenção na qual *“a casa deve estar preparada, através da tomada de precauções, para os evitar. Esta preparação denomina-se por “a casa à prova de crianças”* (Opperman & Cassandra, 2001, p.89). O principal cuidado é proteger as crianças da ingestão de produtos tóxicos e de outros acidentes. As estratégias para a prevenção de acidentes foram comunicadas de forma sucinta e apelativa aos pais; constei que alguns tinham conhecimento sobre elas, mas mesmo assim este tipo de acidentes aconteceram daí a necessidade de ensinar, instruir e avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pais e familiares, ou seja, transmiti que os produtos tóxicos deveriam ser colocados em locais inacessíveis, dentro dos seus frascos de origem e se possível num armário fechado para não terem acesso.

Na tentativa de suicídio, o contacto com a jovem que ingeriu medicamentos levou-me a pensar porque o fazem e com que objectivo. Pela experiência presencio que a adolescência é uma fase do ciclo vital ambígua onde *“alguns jovens têm dificuldade em lidar com muitas mudanças de uma só vez e podem precisar de ajuda a ultrapassar os perigos no percurso. A adolescência é um tempo de divergência crescente (...)”* (Papalia et al, 2001, p. 508). É um desafio aproximar e estabelecer uma relação com os jovens de forma a comunicar sobre os seus pensamentos, medos, dificuldades e dúvidas. Os adolescentes tendem a ser reservados e tímidos quando se pretende falar com eles, porém, *“os adolescentes estão mais dispostos a*

discutir as suas preocupações com um adulto fora da família, e eles em geral agradecem a oportunidade de interagir com um enfermeiro longe da presença de seus pais” (Hockenberry, 2006, p.113). Observei que têm alguma dificuldade em lidar de forma saudável com situações de crise pois, por exemplo, esta jovem de 12 anos ingeriu medicação por término de uma relação com o namorado. Estando patente que *“os adolescentes estão a desenvolver a capacidade cognitiva de pensar abstractamente, o que lhes permite alguma percepção sobre o que poderá ser o futuro”* e que *“a percepção de um futuro sombrio pode contribuir para acções (...)”* (Opperman & Cassandra, 2001, p.180) cabe aos profissionais de saúde estarem despertos para aspectos de forma a promover o desenvolvimento da saúde saudável deles através de acompanhamento informação, orientação, apoio e supervisão, pois segundo Opperman & Cassandra (2001, p.523), *“para alguns, o suicídio surge como uma forma de escape”*.

A hospitalização da criança e do adolescente pode ser programada e/ou imprevisível. Independentemente da situação, ela não deixa de causar impacto porque *“o internamento de uma criança e ou jovem engloba no seu conteúdo a ideia de separação. Embora esta possa não ocorrer no sentido físico e em relação á figura da mãe e do pai ou indivíduo significativo, acontece na ligação com o ambiente”* (Pinto, 2010, p.36). A presença de um dos pais ou familiar quer na UP, quer no UIP é de 24 horas pois de *“a presença de um familiar significativo, amplamente referido, constituir-se num factor de minimização da desinserção familiar e aumento da segurança e confiança da criança no processo, permitindo-lhe uma aprendizagem socializadora pela experiência vivida”* (Teixeira et al, 2009, p.13). A minha atenção esteve sempre voltada para a criança/adolescente e família como unidade de cuidados, preocupando-me com o estado de saúde física, mental, psicológica e social da família. Quando uma criança/adolescente está doente ou hospitalizada, toda a sua família fica afectada: exemplificando, observei que os pais se esqueciam de almoçar/jantar, pela falta de apetite e pela vontade de saber o mais rápido possível o estado do seu filho. Face a isto, estive atenta e questionei se eles tinham comido, se havia alguém com quem trocar por exemplo na UP, incentivei o casal a almoçar juntos na UCIN e UIP e disponibilizei-me a apoiar e ajudar naquele momento de dificuldade, ficando a pintar um desenho ou a contar uma história ou a brincar com as crianças ou numa conversa com os adolescentes sobre um tema à sua escolha enquanto se ausentavam.

Saliento que quer com a criança/adolescente, quer com os pais, ajustei a minha linguagem após realizar uma boa colheita de dados. Permiti que a criança e adolescente exprimissem o que tinham ou sentiam quer na UP quer na UIP e caso não conseguisse, ouvia depois a família com o intuito de satisfazer as necessidades sentidas por eles.

Relativamente aos focos de enfermagem mais comuns na minha assistência, verifiquei que na UP a maioria recorreu ao serviço por vómitos e diarreia com 28%, seguido de febre com outro sintoma associado como vómitos e/ou diarreia com 26%. Como foco de enfermagem

isolado a febre ocupou 42% das queixas (Anexo III). Depreendo que esta situação se deve ao facto de nesta fase do ano persistir as gastroenterites porque segundo o estudo prospectivo de Rodrigues et al (2007, p.16) *“a gastroenterite aguda (GEA) é uma importante causa de morbidade nos países industrializados, sobretudo, nos primeiros anos de vida (...) foi possível identificar um agente etiológico em 64% dos casos GEA (...)”*. Quanto à idade dessas crianças/adolescentes avaliadas na triagem, a maioria tinha idades inferiores aos 2 anos (41%) e a minoria era adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos (16%), verificando-se que há medida que as crianças são maiores, a recorrência delas à UP vai diminuindo. Na UIP de acordo com o anexo (Anexo IV), mais uma vez assisti, na sua maioria, crianças com idades entre os 0 e os 2 anos (36,1%), seguido de crianças com idades entre os 6 e os 8 anos (13%) e a minoria foi a assistência a adolescentes. Os focos mais comuns na UIP foram a cirurgia com 20,8% de acordo com o meu objectivo e a infecção respiratória com 19,4% visto o estágio se ter realizado em Outubro e Novembro; em minoria, tive situações pontuais como abscesso mandibular, meningite vírica e urticária com 1,4%.

Reconheci e valorizei a dor na criança/adolescente em todos os contextos de estágio porque *“sem valorização inicial não é possível chegar à fase de tratamento adequado conducente ao seu controlo”* (Ritto, 2006, p.31). Avaliei a dor através de uma conversa informal e da aplicação de escalas da dor consoante a idade da criança/adolescente pois segundo Camargo (2003) citado por Ritto (2006, p.32) *“a valorização da queixa garante que o cuidado e conforto aos doentes que estão experimentando dor seja tão essencial na prática de enfermagem como as intervenções para estabilizar a pressão arterial, a circulação e a respiração”*, não fosse considerada a dor o 5º sinal vital pela Direcção Geral da Saúde. Na UCIN e na UIP na realização das técnicas invasivas tive como cuidado primordial a avaliação da dor do RN e seu alívio porque as estruturas periféricas e centrais que percebem e transmitem a dor encontram-se presentes e funcionais, isto é, citando Gaspardo et al (2005, p.435) *“há evidências de que os neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos pré-termo. O sistema neurológico necessário à nocicepção encontra-se formado entre a 24ª e 28ª semana de gestação”*. Após a avaliação da dor e tendo conhecimento que *“os procedimentos de alívio da dor aumentam a homeostase e estabilidade dos RN e são essenciais para o cuidado e suporte dos neonatos”* (Gaspardo et al, 2005, p.436), recorri a estratégias não farmacológicas para o alívio como: garanti um ambiente físico agradável e tranquilo, diminuí a estimulação táctil, posicionei o RN confortavelmente, fiz massagem e proporcionei conforto táctil (abraçar, aninhar, toque firme), forneci a chupeta (sucção não nutritiva) e administrei soluções açucaradas como a sacarose. A sacarose é uma solução açucarada que *“apresenta eficácia no alívio da dor para procedimento doloroso de punção capilar ou ventosa, em neonatos saudáveis de termo ou pré-termo”* (Gaspardo et al, 2005, p.441). Este método é eficaz porque o mecanismo de acção da sacarose está relacionado com a libertação de opióides endógenos que lhe fornece o carácter analgésico durante a realização dos procedimentos dolorosos onde *“as recomendações para o seu uso*

indicam que devem ser aplicadas no terço anterior da língua 1 a 2 ml a 12,5% ou 25% cerca de 1 a 2 minutos antes dos pequenos procedimentos” (Guinsburg, 2001, citado por Nascimento, 2010, p.46). Após análise de evidência científica, outro cuidado que realizei aquando dos procedimentos dolorosos no RN foi o uso de duas estratégias não farmacológicas em simultâneo, a sacarose com a sucção não nutritiva. Observei que os RN ficavam mais tranquilos e menos irrequietos o que vem de encontro com Neves & Corrêa (2008), citado por Nascimento (2010, p.47) que verificou que o uso da sacarose com a sucção não nutritiva nos “(...) RN de termo e prematuros, revelou-se eficaz na redução de tempo de choro após procedimento doloroso simples e em alguns casos verificaram a diminuição dos indicadores comportamentais e fisiológicos de dor”.

Na UIP realizei a avaliação da dor através das escalas quer nos RN quer nas crianças e adolescentes e recorri também as estratégias não farmacológicas e em determinadas situações às estratégias farmacológicas tendo o cuidado de posteriormente averiguar se ambas as estratégias haviam surtido efeito.

Na UP apesar de não aplicarem escalas de dor na unidade, optei por utilizar as minhas escalas de bolso da dor para a sua avaliação. Observei que em determinadas situações se usava “Emla” que é um creme tópico que provoca a anestesia da pele íntegra, mas como na urgência é um serviço que luta contra o tempo, em determinadas técnicas invasivas como punção e colheita de sangue, optei pela sacarose nos lactentes, e pelo uso da chupeta ou aconchego dos pais nas outras crianças, incentivei a presença dos pais junto delas, comuniquei e expliquei os procedimentos à medida que ia realizando, salientando a importância da colaboração e recorri a estratégias de distração como a respiração, uma lembrança ou história, contar alto, entre outras nos adolescentes.

Ainda na assistência à criança, adolescente e família, encontra-se a preparação para a alta ou no caso da UCIN e da UP a articulação com outros serviços como a UIP por exemplo. Ao longo do estágio participei e realizei esta articulação, bem como preparei os pais para a alta domiciliária. Na articulação com outros serviços, expliquei sempre o motivo da transferência, ouvi as dúvidas e medos dos pais através de uma escuta activa, respondi ou procurei respostas às questões solicitadas por eles, com o intuito de eliminar incertezas e promover uma sensação de segurança na família. Relativamente à alta domiciliária, avalei os cuidados prestados pelos pais antes da alta, observei as possíveis dificuldades, realizei e reforcei alguns ensinamentos e avalei os conhecimentos adquiridos durante a hospitalização através de uma conversa informal com o objectivo de dissipar dúvidas, minimizar receios ou ansiedades e averiguar lacunas ou necessidades manifestadas por eles. Na UCIN visto a alta domiciliária ser comunicada com antecedência aos pais, informei-os da necessidade de trazer roupa para vestir o bebé e da importância da cadeira de transporte do RN para explicar e demonstrar como se utiliza no carro. Outro cuidado importante na alta do RN neste serviço foi comunicar

com os enfermeiros dos CSP para dar continuidade aos cuidados de enfermagem no âmbito das consultas de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança.

Ao longo dos dois módulos de estágio apenas ocorreu uma situação de emergência na UCIN que colocou em risco a vida de um baixo prematuro com 26 semanas por paragem cardíaca. Perante esta situação colaborei com a equipa na assistência ao prematuro, disponibilizando material solicitado e prestando cuidados de enfermagem aos outros RN visto a maioria da equipa estar centralizada naquela situação. Observei e reflecti junto com a EESIP e conclui que é extrema importância manter a calma nestas situações e trabalhar como uma equipa unida para que haja simultaneidade e consonância entre todos os profissionais que estão a prestar cuidados directos ao RN para salvar a vida dele.

Saliento que no meu percurso de aprendizagem quanto à assistência da criança/adolescente e família não indiquei os procedimentos técnicos realizados na prestação de cuidados porque não foi para mim um objectivo central; porém, desenvolvi e aperfeiçoei esses procedimentos, praticando-os com responsabilidade, assepsia, segurança e conhecimento científico e, em caso de dúvida, comuniquei e pedi colaboração à EESIP.

Após prestação de todos os cuidados à criança/adolescente e sua família, torna-se elementar a realização dos registos pois a sua essência é promover a continuidade dos cuidados, a sua avaliação e facilitar a investigação, optimizando a gestão dos serviços. Observei que na UCIN e UIP havia falha no registo dos ensinamentos, aspecto que considero ser importante na prática de enfermagem. Face a isto, demonstrei a sua importância na passagem de turno e no diálogo com a EESIP e respectiva equipa, efectuando registos de forma estruturada, organizada e pormenorizada pois Sousa (2006) citado por Pinto (2009, p.45) afirma que os registos nos processos *“poderão constituir uma mais-valia, no aspecto de servir de suporte legal nos cuidados de enfermagem prestados; dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente para os ganhos em saúde das populações”*.

A família é um sistema social com papel fundamental na prestação de cuidados à criança/adolescente onde *“os cuidados centrados na família irão propiciar um clima acolhedor, calmo, individualizado para as crianças e suas famílias, possibilitando aos enfermeiros uma série de desafios interessantes como a orientação e a coordenação do cuidado”* (Oliveira, 2008, p.28). Assim, é necessário estabelecer uma relação de parceria entre eles e os enfermeiros. A parceria de cuidados em saúde é assinalada como um processo dinâmico, negociado em conjunto pelas duas partes envolvidas, a criança/adolescente/família e a equipa de saúde, recorrendo às capacidades e conhecimento de cada um onde o respeito pelos sentimentos, crenças e valores é essencial.

Na minha prática em todo o estágio tive a preocupação de além de cuidar da criança/adolescente, envolver o familiar que a acompanhava nos cuidados e estabelecer uma

relação terapêutica para conseguir trabalhar com a família de forma sistemática para tornar aquele momento o menos traumático possível, negociando sempre os cuidados. Na prestação dos cuidados, tendo consciência que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, baseei-me sempre no modelo de Parceria de Anne Casey que *“defende que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor, valorizando desta forma o papel dos pais”* (Casey citado por Costa & Ferreira (2004, p.51)), ou seja, na hospitalização o contributo significativo dos pais na prestação dos cuidados é essencial pois eles conhecem bem a criança/adolescente no que concerne aos gostos, hábitos e práticas diárias. Observei que a criança/adolescente com a aplicabilidade deste modelo se sentiam mais à vontade, confortável, sem preconceito ou medo/receio se fossem os pais a satisfazer as necessidades deles porque *“a essência do modelo de cuidados centrados na família, em pediatria, é o reconhecimento pelos profissionais de saúde, do papel fundamental da família na vida da criança”* (Pedro, 2009, p.46). Apesar de ser os pais a prestarem os cuidados, garanti sempre o meu papel de supervisão e cooperação; comuniquei com os pais de forma a organizar e gerir os meus cuidados com o objectivo de estar presente nos cuidados negociados sempre que era oportuno e desejado para apoiar, ensinar, instruir, ouvir e reforçar o papel parental, elogiando-os na tomada da decisão, estabelecendo uma relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuo e aproximando-me de toda a família, em especial da criança/adolescente, pois Mano (2002) citado por Oliveira (2008, p.53) afirma que *“a família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo”*.

Em suma, este modelo de cuidados considera a família como centro do cuidar e compreende a inclusão dos pais, envolvimento e parceria com os cuidadores ou seja, citando Ritto (2006, p.43), *“a família é envolvida no processo de cuidados porque tem uma função a desempenhar e porque é, em si, o alvo dos cuidados. O objectivo é tornar a família capaz de lidar com as necessidades do seu membro num processo em que todos participam”*.

A hospitalização é um momento crítico que pode interferir na parentalidade, daí a minha atenção particular para a avaliação do papel parental durante o internamento nos três contextos de estágio. Segundo o ICN (2005, p.43), a parentalidade é a

“a acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pais; comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...)”.

Em cada contacto com os pais promovi a autonomia e a confiança deles, auxiliei os pais na adaptação à hospitalização, apoiei e ajudei a gerir e conciliar os diferentes papéis, incentivei e orientei a desenvolver comportamentos que optimizavam o crescimento e

desenvolvimento da criança/adolescente pois “as mudanças exigem da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar o acontecimento de uma forma saudável” (Lopes et al. 2005, p.38).

A inclusão de uma criança recém-nascida acarreta mudanças no formato familiar, exige maturidade intelectual e psicológica dos pais e requer deles uma transição para novos papéis e responsabilidades. Deste modo, a preocupação com a parentalidade foi mais acentuada na UCIN porque a proximidade e o contacto precoce é retardado e a idealização do filho recém-nascido não é coerente com a realidade. Por outro lado, segundo Carneiro (2010, p.32)

“é sempre com alguma relutância que estes aceitam o assomar de uma patologia e a hospitalização que lhe pode estar inerente atendendo a que pelo seu ponto de vista é-lhes retirada a sua função como protectores ficando vulneráveis ao controlo, experiência e conhecimentos dos profissionais de saúde. Situação que pode ser potenciada pelo estado psicológico e diferenças a nível cultural.”

Na hospitalização tive como linha de pensamento a promoção da parentalidade e da parceria de cuidados: estive sensibilizada e atenta às atitudes e comportamentos dos pais na incorporação de um RN doente e/ou prematuro no seio familiar que se encontra numa situação peculiar e num meio tão sofisticado como este serviço que pode intimidar e aterrorizar os pais; observei as necessidades parentais e avaliei os seus obstáculos; escutei, disponibilizei-me, encorajei, ensinei e supervisionei os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores do RN, substituindo inicialmente os pais na execução de determinadas tarefas como forma de demonstração, reforçei positivamente o papel deles, colaborei e apoiei tendo sempre em conta as dificuldades expressas por eles durante este processo de adaptação à parentalidade que se prendia com o meu objectivo específico, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/adolescente e sua família.

Competências Desenvolvidas

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.
- Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.

Objectivos Específicos

- Desenvolver competências de reflexão sobre a assistência à criança, adolescente e família no processo de hospitalização.

Actividades Desenvolvidas

- Analisei e reflecti sobre os cuidados prestados ao RN, criança, adolescente e família;
- Dialoguei com a EESIP e a equipa sobre o que pensei e o que considerava importante melhorar.

Reflexão

A capacidade de reflectir na e sobre a minha prática de forma crítica exige treino e implica a interiorização de informações científicas para depois agir autonomamente através de uma prática empírica, reflexiva, ética e profissional. Assim, como estratégia, recorri à pesquisa, e ao estudo, bem como à discussão dos cuidados de enfermagem com outros profissionais que me acompanharam ao longo do meu desenvolvimento a nível profissional e pessoal, ou seja, *“hoje a autonomia moral e profissional é o nosso objectivo da formação em enfermagem, estimulando o pensamento crítico”* (Vieira, 2009, p.91).

A observação com *“olho clínico”* aquando da prestação dos cuidados à criança/adolescente e família proporcionou-me momentos individuais e colectivos de reflexão, isto é, na maioria das vezes senti necessidade de questionar porquê de determinada prática, reflectindo, opinando justificadamente com a equipa de enfermagem, em especial com as EESIP. Esta necessidade de reflectir sobre o que havia feito, como havia feito e a razão pela qual havia feito daquela forma, como se revivesse toda aquele cuidado novamente, permitia-me apontar outros cuidados que poderiam ter sido realizados e a averiguar os aspectos a melhorar, ou seja, concordando com Sá-Chaves (2008, p.723) a reflexão é *“um modo de reviver e de fazer a recaptura da experiência com o objectivos de a inscrever num sentido, de aprender a partir dela e de, nesse processo, desenvolver novas compreensões e apreciações”*.

Por outro lado, desenvolver competências reflexivas exigiu relacionar o pensamento crítico à prestação de cuidados de enfermagem, afinal, *“o ato de se tornar um pensador crítico possibilita que o enfermeiro profissional adquira e ponha em prática o conhecimento que exemplifica o pensamento disciplinado e autodirecionado”* (Hockenberry, 2006, p.15); esta conciliação facilitou-me nos obstáculos que foram surgindo como na realização de alguns procedimentos técnicos, na comunicação e relação com os profissionais e com as crianças/adolescentes e família onde reflecti sucintamente no momento ou após o acontecimento, partilhando com a orientadora/equipa, etc. Confesso que construí e desenvolvi esta competência de forma assertiva e que a coloquei em prática no decorrer de todo o meu estágio bem como na minha vida profissional e pessoal.

Em suma, este pensamento permite-me avaliar a minha atitude e o meu comportamento como enfermeira e a aperfeiçoar aspectos nunca antes reflectidos, repercutindo-se no meu trabalho hoje e amanhã e assim melhorar e contribuir para cuidados de excelência nos CSP.

Competências Desenvolvidas

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

Objectivos Específicos

- Compreender o impacto da imprevisibilidade da doença ou acidente na criança, adolescente e família.
- Desenvolver competências de apoio no processo de adaptação da criança, adolescente e da família à hospitalização.

Actividades Desenvolvidas

- Observei as reacções das crianças, adolescente e familiares face à doença ou acidente;
- Dialoguei com as crianças, adolescentes e familiares sobre os seus sentimentos, apoiando-os;
- Informei sobre o processo de hospitalização, escutando e dialogando com os pais, crianças e adolescentes;
- Negocieei com as crianças/adolescentes e família os cuidados a serem prestados;
- Proporcionei actividades lúdicas;
- Envolvi irmãos e outros familiares significativos na visita da unidade.

Reflexão

O profissional de saúde deve estar sensível e deve promover ou reforçar as forças e os papéis da família, ajudando-a a ultrapassar nas suas limitações e dificuldades. No decorrer do

estágio para apoiar a criança/adolescente e família no processo de adaptação à hospitalização envolvi os pais, informando e incentivando-os nos cuidados, na educação, na satisfação das necessidades da criança/adolescente através da negociação, do diálogo porque *“a hospitalização de uma criança provoca instabilidade e desequilíbrio familiar capaz de desencadear uma situação de crise”* (Oliveira, 2008, p.49).

Segundo Gomes et al (2009, p.106) *“a doença e a hospitalização da criança podem ser vistas como factores de stress, que para além de afectar o desenvolvimento normal da criança, também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar”*. Visualizei que a imprevisibilidade da doença ou acidente na criança, adolescente e família são terminologias que provocam desestabilização do seio familiar, afectando de forma intensa os seus membros, ou seja, segundo Pedro (2009, p.56), citando Góndora (2002) *“o impacto da doença na família tem repercursões a vários níveis (...) alterações estruturais, alterações processuais e alterações cognitivas e de resposta emocional”*. Observei que este tipo de acontecimentos pode ser vivenciado pela família como uma situação desestruturante ou como uma situação de crescimento e maturação porque a reacção da criança, adolescente e familiares difere entre eles, tornando-as imprevisíveis pois duas crianças por exemplo, na mesma fase de desenvolvimento podem reagir de distintas maneiras a determinada situação. Daí ter tido o cuidado de realizar de uma colheita de dados minuciosa através de uma entrevista informal e de uma comunicação assertiva e terapêutica, atendendo aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/adolescente/família, o tipo de família, sua relação e os factores que estão intimamente ligados a ela e que tem um intenso poder neste impacto.

Constatei que a imprevisibilidade da doença/acidente e sua hospitalização são momentos dolorosos, geradores de stress, ansiedade, medos, alterações das actividades diárias, reajustamentos, etc e conseqüentemente reacções como comportamentos regressivos, depressivos, de insegurança e medo, de rejeição afectiva na maioria dos casos, entre outros. Em virtude desta avaliação, tive necessidade de reflectir sobre formas de interagir com a criança/adolescente e família para minimizar este impacto. Tendo como foco de interesse a comunicação e sabendo que *“cada acto de comunicação contém de forma implícita uma definição de relação: próxima ou distante, afectuosa ou fria, horizontal ou hierarquizada”* (Oliveira, 2008, p.38), apliquei na prática os conhecimentos científicos incorporados.

Compreendendo o impacto da imprevisibilidade da doença ou acidente na criança, adolescente e família, desenvolvi competências no processo de adaptação, tais como a comunicação assertiva e empática mencionada e reflectida adiante, prestei cuidados de enfermagem tendo em conta a família como centro do cuidar, englobando os pais, irmãos e pessoas significativas visto que

“(...) a presença dos pais, durante a hospitalização, evita que a criança sofra o traumatismo da separação, proporcionando-lhe afectividade e segurança que só estes

podem dar, diminuindo assim, a quebra de continuidade do quotidiano. A presença em particular da mãe junto do filho hospitalizado, não é apenas uma questão de humanidade, mas também, um princípio de saúde mental tão válido como os princípios de assepsia para a saúde física” (Jorge (2004) citado por Oliveira, 2008, p.55).

Na UCIN para promover a adaptabilidade da família ao RN, facilitei o mais precoce possível o contacto com o RN, fornecendo pequenas explicações sobre os cuidados e apoiando os pais com reforços positivos no esforço e preocupação em aprender e em prestar os cuidados ao seu filho; desenvolvi a escuta activa para responder às preocupações e medos deles; estimei habilidades na família para a prestação dos cuidados com o intuito de aumentar a confiança e a segurança e promover a vinculação entre eles e o RN. Uma das técnicas que desenvolvi neste contexto de estágio após interiorizar os respectivos conhecimentos foi o método de canguru. Informei e instruí os pais sobre o método e as vantagens quer para o bebé quer para os pais. Para a sua concretização, pedi aos pais para retirarem a roupa da parte superior e virar a bata ao contrário para depois ser mais fácil colocar ao peito. Ao princípio os pais manifestavam receio, insegurança, angústia pelas circunstâncias do RN e pela dificuldade em se aproximar. Após experimentar os olhos deles brilhavam e solicitavam para a sua realização mais vezes afinal segundo Klaus e Kennell (2003) citado por Ferreira e Vieira (2003, p.44):

“(...) o apego é de extrema importância para a sobrevivência e o bom desenvolvimento da criança, visto que esse laço inicial entre os pais e RN é fonte de todas as ligações subsequentes da criança e que o carácter deste apego influenciará a qualidade de todos os laços futuros com outros indivíduos”.

Tendo consciência que os irmãos são fundamentais para o desenvolvimento do RN na UCIN, procurei junto dos pais que tinham outros filhos, adoptar estratégias para que a outra criança se sentisse envolvida no nascimento do irmão e compreendesse o facto de ele não regressar a casa com os pais pois segundo Hockenberry (2006, p.251), *“o contacto com o neonato parece exercer um efeito positivo sobre os irmãos, ajudando-os a lidar com a realidade em vez de deixá-lo manter as fantasias bizarras características de crianças pequenas”.* Em conjunto com os pais e com o conhecimento da orientadora e da equipa, criei momentos em família onde envolvi por exemplo a irmã nos cuidados da prematura, permiti momentos em família, incentivei a falar, cantar e a tocar na RN quando estava desperta visto que *“partilhar as luzes de ribalta com um novo irmão ou irmã pode constituir a primeira grande crise de uma criança. A criança mais velha sente, muitas vezes, um sentimento de perda ou sente ciúmes por ser “substituída” pelo novo bebé”* (Bobak et al (1991, p.125), daí a minha preocupação em englobar os irmãos muito precocemente no cuidar do RN prematuro.

Esta preocupação também se prolongou na UIP consoante cada caso; averigui sempre o agregado familiar aquando da colheita de dados, comuniqui com a

criança/adolescente e família para averiguar a necessidade da visita do irmão, dialogando sempre com a equipa e adoptando as medidas necessárias para concretizar esse desejo. Tive também o cuidado de avaliar a acomodação do familiar que ficava com a criança/adolescente, demonstrando disponibilidade para ficar com a criança/adolescente, caso necessitasse de ir a casa ou fazer uma refeição, etc.; recorri a algumas estratégias de coping para ajudar a família a ajustar toda a situação inesperada como trazer alguns objectos significativos para as crianças como brinquedos, incentivar os pais a trazer livros ou os computadores para os adolescentes se entreterem, facilitar a troca dos familiares para saírem um pouco daquele ambiente ou irem realizar tarefas pendentes e desta forma responder de forma positiva ao impacto da hospitalização

Segundo Hockenberry (2006, p.700) *“uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e os pais é uma admissão de emergência (...) a criança é exposta a um ambiente estranho e ameaçador e as experiências podem causar medo ou dor”*. Quer na UP, quer na UIP, na realização de técnicas como monitorizar sinais vitais, avaliar a temperatura, realizar uma nebulização, para além da explicação sobre os cuidados que prestei, dei a oportunidade de escolha, permitindo que a criança mexesse no material, experimentasse na mãe/pai ou exemplificasse no seu boneco; brinquei inicialmente com a máscara para depois lhe colocar a nebulização; promovi actividades lúdicas como desenhar, pintar e possibilitei que as crianças e adolescentes fossem brincar na sala de brinquedos, jogar computador ou se distraíssem na internet dos computadores do serviço, ou seja, desenvolvi estratégias criativas com o intuito de diminuir o impacto da hospitalização na criança e de certo modo na pessoa que a acompanhava adquirindo habilidades para reagir em situações imprevisíveis na área de ESIP.

Competências Desenvolvidas

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas com que se depara.
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objectivos Específicos

- Aprofundar competências de comunicação e de relação de acordo com as características de cada recém-nascido e família.

- Aprofundar competências de comunicação e de relação com a criança/adolescente nas diferentes faixas etárias e com a respectiva família.

Actividades Desenvolvidas

- Abordei a criança/adolescente e família tendo em conta o nível de desenvolvimento, escolaridade, crenças, valores e cultura de cada um;
- Adaptei a minha linguagem a cada situação através de estratégias comunicacionais assertivas;
- Demonstrei disponibilidade, empatia e iniciativa, facilitando a comunicação de sentimentos, medos e emoções da criança/adolescente e família;

Reflexão

Todo o ser humano sente necessidade de comunicar porque as palavras, a atitude e postura possuem um enorme poder e molda a realidade sentida por cada um de nós. A comunicação em pediatria como minha área de interesse foi um dos aspectos que valorizei cuidadosamente com o intuito de trabalhar esta competência através da capacidade em estabelecer relações e da habilidade comunicativa porque *“para cuidar o enfermeiro tem de dominar não só conhecimentos técnico-científicos, mas também tem de saber ser, comunicar e estar em relação com o outro”* (Silva & Pereira, 2004, p.53).

Aprendi que uma relação de confiança com a criança/adolescente e família se estabelece através da comunicação e que esta se torna uma tarefa árdua pois a comunicação, *“(...) é um acto de transmissão cujo produto é a informação (...) se a informação é a medida da complexidade, a comunicação é o transporte dessa complexidade. Assim, se a interacção humana tem por base a comunicação, esta gera no fundo a informação”* (Figueiroa-Rêgo (2008, p.14), citando Lussato (2003)).

A comunicação com os pais que são o porto d’abrigo da criança/adolescente nem sempre é fácil ou porque eles estão mais sensíveis e menos disponíveis ou porque a postura do profissional de saúde também demonstra indiferença e apatia por eles. Porém *“para cuidar eficazmente as pessoas, o enfermeiro deve saber observar e avaliar correctamente e responder à sua comunicação de forma adequada a cada situação”* (Cerqueira & Gomes, 2005, p.56). Para facilitar o diálogo com os pais, recorri a um ambiente acolhedor e com privacidade visto *“o local onde se conduz a entrevista é quase tão importante quanto a própria entrevista”* Hockenberry (2006, p.106).

Na prestação dos cuidados procurei compreender as emoções quer da criança/adolescente quer dos pais recorrendo à escuta activa que requer concentração e atenção quanto às formas de comunicação, à disponibilidade e respectivo apoio para o que necessitassem porque *“o expressar-se, além de quebrar a solidão, é ajuda, é resposta à satisfação das necessidades recíprocas de ordem intelectual, afectiva, moral e social”* (Cerqueira & Gomes, 2005, p.55). Ouvi e concentrei-me na comunicação dos pais, encorajei-os a falarem através de um conjunto de perguntas abertas, maioritariamente, e fechadas, evitei realizar juízos de valor para não quebrar a relação de empatia nem os afastar e recorri a estratégias verbais e não-verbais que apoiam o processo de comunicar tais como evitar termos técnicos, falar devagar e num tom de voz tranquilo, repetir informações verbalizadas por eles, entre outras.

Contudo em algumas ocasiões compreendi que o ideal seria respeitar a vontade dos pais/adolescentes, deixando-os a dialogar entre eles sem a minha presença pois *“a plenitude da comunicação exige o manejo cauteloso da palavra e do silêncio, o próprio vivenciar dos que nela participam, rumo à atitude empática, aberta (...)”* (Cerqueira & Gomes, 2005, p.57). Noutros momentos da relação com os pais, optei pelo silêncio que *“permite que o entrevistado ordene seus pensamentos e sentimentos (...) permite compartilhar sentimentos nos quais duas ou mais pessoas absorvam a emoção em toda a sua profundidade”* Hockenberry (2006, p.109).

As emoções, os sentimentos de revolta e impotência, de aflição, o stress e a vontade de regressar a casa e não poder foram observadas e entendidas na comunicação das crianças/adolescente/pais. Concordando com Hockenberry (2006, p.66) que explica que *“os enfermeiros devem se mostrar atentos a qualquer atitude específica a respeito da forma de se aproximar de uma criança em uma determinada cultura (...) a comunicação pode ser uma fonte de angústia e mal-entendidos entre pessoas de diversos grupos”*. Eu em todo o meu caminho tive o cuidado de estar desperta a estas manifestações e responder de forma simples e objectiva com atenção e profissionalismo porque a hospitalização, por mais curta que seja, torna-se numa experiência marcante para as suas vidas.

O processo de comunicação para ser bem-sucedido deve ser apropriado por exemplo ao desenvolvimento da criança, deve ser eficaz e congruente através da utilização de técnicas de comunicação de acordo com o caso em si, ou seja, *“assim como os adultos têm uma forma de verbal e corporal para comunicar-se, o recém-nascido também têm a sua própria linguagem”* (Tamez & Silva, 2006, p.82). Exemplificando, se por um lado a comunicação que se estabelece com os pais é verbal, já com o RN a comunicação é muito sensorial através do contacto visual e táctil. A arte de comunicar exige da pessoa competência na interpretação dos gestos e posturas, comunicação não-verbal e na compreensão do discurso linguístico da pessoa, comunicação verbal, em especial na comunicação com as crianças de todas as idades onde *“os componentes não-verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes. É difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedade, sobretudo quando isso*

tem a ver com crianças” (Hockenberry, 2006, p.111). Pela experiência posso afirmar que a comunicação entre os adultos torna-se mais fácil do que com as crianças, consoante a idade, por causa da capacidade de racionalização do ser humano, mas por mais prática, sinto que nunca é a suficiente nem perto da perfeição porque cada pessoa é única e tem valores, crenças e pensamentos próprios. Por outro lado, embora os pais e as crianças sejam pessoas individualizadas, os relacionamentos com a criança são mediados pelos pais, ou seja, *“o familiar e a criança constituem uma unidade única, individual que se encontra no Hospital (ambiente), rodeados por profissionais como unidade separada. A comunicação é o factor de ligação entre estas unidades”* (Oliveira, 2008, p.34). Em suma, a comunicação entre o enfermeiro e a família é indispensável em qualquer contexto de cuidados de saúde.

Na UCIN pude observar que a comunicação entre o enfermeiro e os pais deve ser o mais precoce possível pelo facto de os pais idealizarem que assim que o filho nasce vão em família para casa. Quando o RN prematuro ou de termo ficar internado por algum motivo na UCIN é um impacto que influencia e afecta toda a família pelo facto de se verem impedidos de interagir continuamente com o filho (os pais não ficavam na UCIN durante a noite) e de cuidar dele conforme tinham imaginado porque citando Antunes & Medeiro (2003, p.22)

“surge uma série de problemas, como privação do vínculo mãe-filho, preocupação dos pais pela recuperação e sobrevivência da criança, sentimento de culpa, factores socio-económicos que podem influenciar a estabilidade familiar, assim como o medo do desconhecido, tanto do ambiente quanto da equipa que cuidará do bebé.”

No primeiro contacto dos pais com o RN verifiquei que eles tinham medo em estabelecer contacto, aproximar-se o que poderá comprometer o princípio da vinculação; Costa & Ferreira (2004, p.55) defendem que *“o ambiente tecnológico e altamente sofisticado da unidade de cuidados intensivos neonatais frequentemente intimida os pais, acentuando o sentimento de impotência para o desenvolvimento da função protetora e cuidadora (...)”*; daí ser tão importante ter competências no saber comunicar e observar pormenorizadamente porque *“quando as crianças são muito pequenas, como acontece com os RN prematuros, internado imediatamente após o parto, o estado emocional das mães influencia a relação mãe-bebé saindo, por vezes prejudicada a ligação afectiva (vinculação) actual e futura da díade”* (Viana et al, 2005, p.93). Isto sensibilizou-me para envolver o máximo possível os pais na visita aos seus filhos, demonstrando-lhe o quanto são importantes para o desenvolvimento deles. Ofereci aos pais a oportunidade de ver, segurar e examinar o RN, em especial após o nascimento dele, mantendo dentro do possível junto dos pais; expliquei sobre o equipamento utilizado e informei sobre formas de estimular o bebé como por exemplo o contacto pele a pele.

Com o intuito de desenvolver a ligação e a interacção entre pais/filho na UCIN bem como na UIP, tornou-se essencial promover deste modo a vinculação, dando ênfase ao método canguru que consiste *“(...) contacto pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo (conforme as*

circunstâncias permitam) entre uma mãe e o seu recém-nascido de baixo-peso (...), no hospital e mantido após a alta precoce (...)” (Cattaneo et al (1998, p.6) citado por Amaral, 2009, p.30) e promove o desenvolvimento psicoafectivo e neuro-sensorial e reduz a mortalidade e a morbilidade dos RN. Este método tem vantagens notórias tais como *“promove a saúde da família durante um período de grande stress, aumenta o aleitamento materno e pode contribuir para um desenvolvimento neuromotor melhor”* (Jefferies 2012, p.142) que foi de encontro com o que observei. Quando colocava os RN prematuros no colo dos pais através deste método, presenciei os sorrisos de felicidade deles, o aumento do contacto e da auto-estima, a estabilidade da temperatura dos RN bem como do sono, a diminuição do choro e da irritabilidade e ouvi o desejo por parte dos pais de o fazerem com mais frequência pela sensação gloriosa e “inexplicável” que eles relatavam ser. Saliento que as mães referiram um aumento da produção do leite materno o que lhes conferia o aumento confiança e da segurança.

Na UP e na UIP para aprofundar e fortalecer a comunicação com as crianças/adolescentes de diferentes idades, recorri as diretrizes descritas por Hockenberry (2006). Aos lactentes que comunicam de forma não-verbal e soletram mono ou dissílabos como comunicação verbal, recorri a estímulos como o toque, sinais, gestos e vocalizações, acariciando, abraçando, passeando com eles e verbalizando sons suaves e calmos pois *“sons ásperos, altos e movimentos repentinos são assustadores para eles”* (Hockenberry, 2006, p.112). Concedi o tempo necessário às crianças para se sentirem à vontade, permiti que a criança se ambientalizasse com o espaço e desta forma se libertasse da timidez; recorri a brincadeiras típicas das idades delas visto *“o brincar ser o trabalho delas”* (Opperman & Cassandra, 2001:86); não usei atitudes que pudessem ser sentidas como ameaçadoras; optei, as vezes, por interagir primeiro com os pais e só depois com elas, recorri a actividades lúdicas para proporcionar oportunidades de criatividade e de divertimento como esconde-esconde, sentei-me e coloquei-me numa posição de igualdade para minimizar o medo, ofereci um desenho ou pintei-o com as crianças, contei histórias, brinquei com os objectos pessoais delas, etc, sendo sempre honestas com elas. O brincar com as crianças permitiu-me estabelecer uma ligação terapêutica e empática visto que Hart et al, 1992, citado por Opperman & Cassandra (2001, p.113),

“a ludoterapia (brincadeira terapêutica) proporciona ocasiões de auto-expressão, uma oportunidade para se familiarizarem com novos procedimentos e ambientes, aliviam de tensões, um tempo para aprender, uma distração de intervenções assustadoras ou desagradáveis e controlo da dor”,

diminuindo assim o impacto negativo e assustador da hospitalização nas crianças.

Relativamente aos adolescentes promovi um ambiente acolhedor com privacidade para falar, demonstrei disponibilidade para ouvi-los *“que é a componente mais importante de uma*

boa comunicação” (Hockenberry, 2006, p.108) e para falar sempre tivessem essa necessidade ou seja, *“falar é uma necessidade, escutar é uma arte”* (Phaneuf, 2001, p.158). Estabeleci através de uma posição de igualdade, afinidades através de uma voz calma, segura e confiante, discurso claro e simples, sem juízos de valor, nem perturbações, fornecendo tempo para responder às minhas questões e respondendo às dúvidas deles.

De um modo geral o caminho percorrido possibilitou-me incorporar e aplicar os conhecimentos na prática para desenvolver e aprofundar as competências na área da comunicação e da relação com a criança/adolescente e família, tendo em conta o respeito pelos valores, crenças e culturas de cada um.

3.3 GESTÃO

No sentido de promover o exercício profissional de enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade é exigido aos enfermeiros uma maior eficiência na prestação dos cuidados onde se sublinha a relevância da gestão dos cuidados enquanto disciplina científica e profissão autónoma, intelectual e instrutiva que se tem tornado. Cabe ao enfermeiro ser o elemento responsável na concepção, gestão e supervisão dos cuidados à criança/adolescente e família na qual necessita de ter presente competências na gestão dos recursos existentes para o bom e eficaz funcionamento do serviço como também dos cuidados prestados na área da sua especialização. Neste sentido, enquadrei no domínio da gestão as competências, objectivos e respectivas actividades que considerei mais adaptadas e pretendo reflectir sobre os mesmos de forma clara e concisa.

Competências Desenvolvidas

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP.
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.

Objectivos Específicos

- Identificar as competências do enfermeiro especialista na área da gestão.

Actividades Desenvolvidas

- Observei e reflecti sobre as competências da EESIP na gestão de cuidados;
- Conheci e reflecti sobre as estratégias de gestão (materiais, humanos e de equipamento).

Reflexão

O enfermeiro especialista deve ser capaz de fazer uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem prestados, ser capaz de liderar, saber delegar e supervisionar e ter capacidade de gerir os recursos disponíveis. Estas características foram observadas e perceptíveis nas EESIP que me acompanharam no meu percurso, contribuindo para a qualidade assistencial da criança/adolescente/família hospitalizada e onde fui buscar como referência e exemplo. Para isso acontecer, houve momentos de conversas informais, de partilha de experiências, de informação e de reflexão.

Durante o meu percurso observei que a EESIP é um elemento chave na coordenação do turno; utiliza um modelo centrado na criança/adolescente e família, prestando cuidados de enfermagem especializados e atendendo a todos os aspectos deles; tem a perspicácia em saber identificar o que falta e prever as necessidades naquele turno, liderando e organizando os recursos humanos através da distribuição da sua equipa pelas crianças/adolescentes hospitalizados e gerindo os recursos físicos e materiais para a melhor organização; supervisiona atentamente as colegas que partilham o turno, disponibilizando e apoiando nos cuidados sempre que elas necessitem. No que confere a gestão dos cuidados, presenciei e aprendi que a enfermeira especialista tem como competência o *“olho clínico”* que se baseia na capacidade e subtileza de observar pormenorizadamente cada situação, reflectir sobre ela, avaliar e planear os cuidados com qualidade, estabelecendo prioridades e promovendo a parceria de cuidados e o papel parental de forma eficaz. Com esta aprendizagem, compreendi que a EESIP revela competências fundamentais que contribuem para a qualidade assistencial prestada à criança/adolescente e família hospitalizada, minimizando o impacto da hospitalização.

Em suma, aprendi que na gestão dos meus cuidados é primordial conter competências científicas, técnicas e humanas onde a assistência à criança/adolescente e a família deve ser num processo de respeito e negociação de cuidados, estando desperta para situações de complexidade e para as necessidades manifestadas no desenvolvimento da criança e adolescente no seu ciclo de vida com o intuito de maximizar a saúde deles.

Competências Desenvolvidas

- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.
- Colaborar na integração de novos profissionais.
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objectivos Específicos

- Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do serviço.
- Desenvolver competências de trabalho em equipa no serviço.

Actividades Desenvolvidas

- Consultei a documentação existente no serviço;
- Identifiquei e questionei o processo de admissão, transferência, acompanhamento e alta para o domicílio;
- Conheci a articulação das unidades com outros serviços e instituições de saúde;
- Mostrei abertura, iniciativa, disponibilidade e companheirismo no trabalho em equipa aquando da integração na equipa multidisciplinar;
- Geri os meus cuidados de enfermagem tendo em conta o tempo e os recursos disponíveis;
- Dialoguei com a EESIP sobre a gestão dos meus cuidados e aspectos que deveria aperfeiçoar.

Reflexão

No princípio de cada módulo de estágio, para desenvolver competências de trabalho na equipa multidisciplinar, necessitei de observar e compreender como cada local funcionava, questionando a equipa sobre alguns aspectos, recorrendo a protocolos e documentos existentes e esclarecendo dúvidas sobre a funcionalidade e as estratégias de gestão e recursos disponíveis, para aos poucos, me sentir mais habilitada para desenvolver competências e me integrar na equipa. Tendo em conta que o meu primeiro contacto em cada serviço e a sua receptividade pela orientadora e equipa foi fenomenal, possibilitou-me uma maior segurança no novo desafio em cada estágio. Para me integrar na equipa, tive o cuidado

de me apresentar aos elementos no primeiro contacto, mantive sempre uma postura assertiva e uma atitude compreensível, procurando adaptar-me sempre da melhor forma à dinâmica da equipa. Optei muitas vezes pela reflexão sobre a minha forma de estar e de ser na equipa e sobre as minhas dificuldades na minha aprendizagem. Porém, a disponibilidade, o à vontade colocado ao longo do meu percurso, o respeito e a confiança depositada por toda a equipa, em especial as orientadoras, a segurança bem como os reforços positivos/elogios, os momentos de reflexão e convívio, a capacidade de ouvir e estar presente nos momentos de maior dificuldade foram aspectos que me permitiram evoluir progressivamente com enorme satisfação e bem-estar a nível profissional e pessoal à qual deixo o meu agradecimento.

Durante a fase de integração na equipa, verifiquei que na UCIN e na UP é o EESIP com mais experiência na assistência à criança e ao adolescente o coordenador da equipa sendo responsável pela dinâmica do serviço e pela prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e respectiva família. Porém na UIP observei que a EESIP que me orientava ficava responsável de turno pela capacidade de antever, de ter a acuidade de avaliar as situações e de precaver os cuidados que seriam necessários.

Quer na UCIN, quer na UIP foi observado o método de trabalho individual onde cada enfermeiro presta os cuidados de enfermagem a um determinado número de crianças/famílias consoante a complexidade da situação da criança/adolescente e de acordo com a lotação do serviço, salvaguardando o dever de *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados”* (Código Deontológico, Art. 88.º alínea e). Na UP identifiquei o método como funcional onde o enfermeiro presta cuidados sobre determinado tratamento, ou seja, é comparado com uma estrutura de tarefas que requer execução repetida de intervenções e um desempenho rápido e eficiente com os receptores dos cuidados. Este último método foi o mais complicado de me ajustar pelo facto de na urgência ser um pouco confuso e parecer dissolvido porque a equipa não se encontrava distribuída, ou seja, os cuidados de enfermagem eram prestados aleatoriamente por cada elemento de enfermagem. Esta dinâmica não permitia aos pais saber a quem procurar ou se dirigir, pois não havia uma enfermeira específica para determinado grupo e não facilitava a relação de afinidade com o profissional de enfermagem comprometendo um atendimento personalizado pelo facto de trocar nomes, procurar a criança, não identificar os pais/familiares, etc. Mesmo assim, a equipa de enfermagem conseguia trabalhar de organizada graças ao relacionamento e à comunicação que estabeleciam entre elas.

O facto de estar familiarizada com a continuidade dos cuidados à criança, adolescente e família fez-me pensar de que forma poderia melhorar a gestão dos meus cuidados neste serviço; para ultrapassar esta dificuldade, tive a necessidade de fazer a colheita de dados com os pais e nos processos dos cuidados constantemente para apurar se havia algum cuidado por realizar, tinha a preocupação de me apresentar e de falar com os pais das

crianças/adolescentes, informava-os de todos os cuidados de enfermagem realizados e disponibilizava-me para, caso necessitassem de alguma coisa, me procurarem.

Nos serviços por onde passei, a partir do momento que me sentia capaz, iniciei e geri com competência todos os meus cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente que consistiam em diagnosticar, planejar, executar e avaliar, coordenando todas as actividades sob orientação e supervisão da EESIP.

A gestão dos meus cuidados incluiu conhecer, pensar, decidir e agir sobre as determinadas situações através de um processo de interacção humana. Tive necessidade de desenvolver aspectos como a criatividade, a intuição, a emoção e a capacidade de me actualizar e de me relacionar quer com a equipa quer com os receptores dos cuidados. À medida que fui adquirindo confiança e segurança apoiada pelas orientadoras e respectiva equipa, fui desenvolvendo a capacidade de lidar com alguns problemas e desafios que foram surgindo na prática.

Na UCIN não era permitido a presença dos pais durante a noite e por isso tive o cuidado de averiguar a que horas eles chegavam e sempre que possível, aguardei pela presença deles para prestar os cuidados ao RN com o intuito de promover e desenvolver o papel parental, negociando, apoiando e supervisionando os cuidados prestados por eles. Na UP e na UIP a presença de um familiar junto da criança/adolescente era 24 horas; quando ia comunicar ao familiar que durante aquele turno ia ser responsável pelos cuidados da criança/adolescente, descobria através de diálogo as rotinas diárias de cada um, negociando os respectivos cuidados de enfermagem a criança, adolescente e família. Apesar de ter adaptado o modelo de parceria de cuidados, organizava o meu trabalho na assistência à criança, adolescente e família segundo as prioridades sentidas e manifestadas, procurando gerir os meus cuidados de forma organizada.

Na relação com as crianças/adolescentes e familiares ainda considerei importante adoptar mecanismos de gestão de sentimentos de ansiedade e medo quer para eles que observavam e vivenciavam as manobras da hospitalização intensamente, quer para mim durante o meu papel de enfermeira. Para a gestão de sentimentos da criança/adolescentes/familiares recorri às técnicas e formas de comunicação, proporcionando momentos de empatia, de privacidade, de desabafo e de apoio. Na gestão dos meus sentimentos recorri à reflexão dos cuidados que realizei, conversei com a orientadora e restante equipa e procurei ultrapassá-los de forma a aperfeiçoar as minhas competências, tendo noção que:

“o empenhamento profissional é um fio condutor importante. Reflecte os comportamentos da enfermeira no exercício da sua profissão. Encontramos aí os valores que se ligam à ética, à responsabilidade em relação aos cuidados oferecidos, à

personalização dos cuidados, à planificação esclarecida, ao rigor e à avaliação do trabalho da enfermeira” (Phaneuf, 2001, p.59).

A empatia foi uma estratégia de gerir os meus sentimentos face a determinadas situações; sentir e pensar sobre o meu papel nos cuidados, reforçando os meus ideais e melhorando a minha atitude e comportamento assertivo, conciliando os sentimentos com os conhecimentos, foi outra forma de gerir meus sentimentos.

Confesso que uma dificuldade sentida e discutida com a EESIP foi a forma como geria o meu tempo na assistência à criança/adolescente e família, em especial na UIP. Tenho consciência que fiz um enorme esforço durante o estágio para melhorar esta competência na área de gestão; recordo-me que ficava demasiado tempo a conversar com os pais/criança/adolescente e em determinadas situações a passagem de turno aproximava-se e ainda me faltava passar os registos de enfermagem. A sensibilidade em procurar compreender os sentimentos e o processo de adaptação de toda a família fazia-me perder, em algumas situações, a noção do tempo; também tive a oportunidade de dedicar tanto tempo porque o serviço assim o permitia e porque em determinadas situações deixei-me levar pelos sentimentos da criança ou mãe, por exemplo, ficando com a consciência tranquila devido ao apoio dado através da escuta activa, das palavras empáticas e dos reforços positivos, facultando momentos de desabafo e alívio para eles. Contudo, saliento que primeiro tinha a preocupação de organizar e gerir todos os meus cuidados, identificando as prioridades, reflectindo sobre elas e com a EESIP e negociando com os pais, tendo o cuidado de informar sempre a equipa aonde me situava, caso alguém me procurasse ou necessitasse de mim.

A comunicação durante o meu percurso foi fonte de ligação para integrar-me numa equipa e para compreender a gestão da unidade visto desconhecer o serviço, sua funcionalidade e os profissionais de saúde; estabelecer uma relação de profissionalismo com o intuito de incorporar num curto período e de forma eficaz na equipa, exigiu-me trabalho e habilidade na adaptação, conhecendo, apoiando e fortalecendo as afinidades estabelecidas. O diálogo com outras enfermeiras do serviço que se encontravam a realizar especialidade em áreas diferentes, a troca de ideias e a perspectiva delas (percurso, dificuldades, obstáculos e aspectos positivos), permitiu-me reflectir e comparar com a minha aprendizagem. Conclui que é comum a dificuldade em conciliar o trabalho com o estágio e que tal implica uma boa gestão de tempo, sentimentos e de recursos para que não haja falhas em nenhum dos locais (trabalho/estágio), nas nossas famílias e respectivas relações. Em contrapartida, a gratificação e a aprendizagem que se desenvolve é mensurável e plausível de superar todos os sacrifícios e contratempos que possam ter surgido no meu percurso, indo de encontro com o objectivo pretendido que é adquirir, de forma satisfatória, as competências no domínio da gestão.

Por fim, tive a oportunidade de observar a supervisão em três turnos de alunos de enfermagem de Licenciatura e a supervisão da minha colega pela EESIP num turno. Observei

que em ambos a relação de confiança e respeito facilita na autonomia do aluno onde a troca de conhecimentos, experiências, sentimentos e dificuldades é essencial para a aprendizagem onde a supervisão deve, segundo Garrido (2004, p.35) surgir como

“(...) um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitirá conseqüentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica”.

Em suma, ao realizar esta reflexão sobre o papel da EESIP e sobre a evolução das minhas habilidades em serviços distintos e com diferentes profissionais, tenho a noção que consegui desenvolver as competências e respectivos objectivos inerentes ao domínio da gestão, de forma eficaz e com satisfação, porém, fica o desafio de melhorar a gestão do tempo na prestação dos cuidados que foi uma das minhas dificuldades sentidas neste percurso.

3.3 FORMAÇÃO

Cada profissional tem o dever de defender a qualidade de cuidados que presta e ser um gestor dos mesmos, investindo na sua formação profissional e aumentando desta forma o corpo dos seus conhecimentos e, conseqüentemente, aumentando o processo de melhoria contínua e enriquecimento da profissão de enfermagem porque citando Ritto (2006, p.42) *“o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural”*. Assim sendo, torna-se pertinente que cada enfermeiro tenha gosto, vontade, incentivo e se dedique à aprendizagem e aperfeiçoamento das competências que vão sendo adquiridas através da formação.

Competências Desenvolvidas

- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.
- Promover a formação em serviço na área de EESIP.

Objectivos Específicos

- Desenvolver competências na área da formação de pares segundo as necessidades identificadas.

Actividades Desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica para aumentar os meus conhecimentos;
- Identifiquei a área de necessidade de formação de pares no serviço;
- Planifiquei, realizei e avaliei a formação sobre “*Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas*” realizada aos profissionais;
- Impulsei momento de reflexão junto da equipa;
- Participei na formação em serviço sobre “Amamentação”.

Reflexão

A procura contínua e autónoma de informação credível foi um dos meus cuidados em simultâneo com a reflexão e a sua aplicabilidade, promovendo assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional notando que “ (...) *para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos*” (Vieira, 2009, p.115) onde esses conhecimentos não se adquirem apenas observando ou praticando, mas também investindo na formação.

Ao longo do estágio demonstrei a importância da actualização dos meus conhecimentos; houve situações complexas relativamente aos conceitos e cuidados com a criança/adolescente e sua família que me despertaram para a procura de saberes de determinadas áreas através da pesquisa em livros, teses, artigos publicados em revistas de referência e conseqüentemente a sua análise, com o intuito de, numa situação futura idêntica, saber interpretar e resolver com perícia, permitindo assim a minha aprendizagem de forma autónoma e contínua porque “*formar profissionais capazes de interagir com o conhecimento de forma autónoma, flexível e criativa é a melhor preparação para a vivência no nosso mundo*”

super complexo, incerto, sempre pronto a exigir novos saberes, inspiradores de novas acções” (Sá-Chaves, 2008, p.723).

Uma das competências do EESIP é promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros no serviço segundo as necessidades observadas através da formação a pares com o objectivo de melhorar o comportamento em determinada área concreta. Inicialmente, observei que na UCIN tinha um plano específico para o ano e que a UP em conjunto com UIP também usufruía de outro plano de formação que continha os diversos temas já leccionados. Averigui as formações leccionadas pela equipa e as necessidades manifestadas e observei aspectos na comunicação entre o enfermeiro e a criança/adolescente/família que poderiam ser melhorados e aprofundados; dialoguei com a orientadora a minha intencionalidade de realizar uma formação sobre o tema comunicação em pediatria onde o meu principal objectivo era conduzir à reflexão e posteriormente debater em grupo situações possíveis de acontecer, ou seja, não tive a preocupação em “depositar” a informação, mas sim, após uma contextualização e sucinta revisão da temática, debruçar-me com a equipa sobre casos possíveis e reais na prestação de cuidados à criança/adolescente e família, reflectindo sobre o que fariam versus como deveriam de fazer e agir ou qual a melhor atitude/comportamento. Deste modo, após diálogo com as enfermeiras orientadoras e com o conhecimento pedagógico, surgiu a formação aos profissionais *“Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”* e respectiva planificação (Anexo V). Confesso que ao estruturar toda a formação, em especial os casos clínicos, reflecti sobre as minhas atitudes e comportamentos e sobre outros observados, o que me fez sentir que ainda tenho que melhorar na relação com a criança/adolescente e família no meu percurso profissional. Acredito que haja dias que os profissionais estão menos dispostos a, e isso foi salientado na formação pelos participantes após ter sido discutido em conjunto algumas situações práticas como se pode verificar na avaliação da formação (Anexo VI). Por outro lado, tenho consciência que a hospitalização sendo uma situação inesperada pela pessoa, independentemente da sua gravidade pode gerar sentimentos que dificultem o trabalho dos profissionais. Apesar de esta formação ter tido a presença de poucos enfermeiros, sinto-me satisfeita pelo facto de ter conseguido provocar a reflexão e discussão entre eles a ponto de emergir a sinceridade sobre o que as vezes apetecia dizer pois como alguém focou *“as vezes a paciência tem limites”* e a admiração pela confiança e tranquilidade que algumas colegas conseguem responder e agir em determinadas situações, etc.

De um modo global, a formação aos profissionais permitiu-me demonstrar a importância da comunicação na assistência à criança/adolescente/família, sensibilizando para as formas e técnicas da comunicação que nos fornecem informação e permitem, quando bem usadas, estabelecer uma relação terapêutica com maior facilidade. Por outro lado, esta formação também me permitiu adquirir capacidade de divulgar os meus resultados à equipa com o intuito de os aplicar na prática e de desenvolver competências na área da comunicação que era meu desígnio inicialmente e ao longo do meu percurso de aprendizagem, atingindo

desta forma as competências enquadradas no domínio da formação, atendendo que, segundo Alarcão (2003) citado por Sá-Chaves (2008, p.723) *“formar profissionais capazes de interagir com o conhecimento de forma autónoma, flexível e criativa é a melhor preparação para a vivência no nosso mundo super complexo, incerto, sempre pronto a exigir novos saberes, inspiradores de novas acções”*.

3.4 INVESTIGAÇÃO

A enfermagem como qualquer outra ciência necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio conhecimento que ocorre através da investigação e da incorporação dos resultados dela na prática clínica dos enfermeiros, convergindo para cuidados de excelência. Segundo Figueiroa-Rêgo (2003), citado por Pinto (2009, p.16) *“(...) se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para a aplicar (...) de forma inteligente, na sua actividade de cuidar”*, na qual este conhecimento é adquirido através da investigação.

Competências Desenvolvidas

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objectivos Específicos

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre os aspectos do desenvolvimento neuromotor do RN prematuro, incompatibilidade ABO, cuidados ao coto umbilical, cuidados ao RN prematuro e método canguru.
- Interiorizar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica.

- Desenvolver, no decorrer do exercício profissional uma prática baseada na evidência científica.

Actividades Desenvolvidas

- Desenvolvi competências na pesquisa e análise da conhecimento científico;
- Realizei pesquisa bibliográfica;
- Incorporei na prática clínica e na formação resultados de investigação válidos e pertinentes;
- Comuniquei e incentivei a equipa para a prestação de cuidados baseada na evidência científica;
- Realizei um trabalho sobre Incompatibilidade ABO e comuniquei à equipa;
- Colaborei na realização do Protocolo de Articulação entre o Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga e o Centro de Saúde.
- Apliquei na prática estratégias para aumentar o desenvolvimento neuromotor do RN prematuro.

Reflexão

A investigação na enfermagem implica o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para a tomada de decisão sobre o cuidar da criança/adolescente e sua família na rotina quotidiana, daí resultar a necessidade de actualização de conhecimentos científicos e da sua aplicabilidade alicerçados ao pensamento crítico-reflexivo, isto é, citando Polit et al, (2004, p.40), *“a pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática para desenvolver o conhecimento sobre assuntos de importância para as enfermeiras e serve para estabelecer uma base científica de conhecimento para a prática da enfermagem”*.

Tendo consciência que a prática baseada na evidência deve constituir um pré-requisito para a supremacia e consistência dos cuidados e optimização dos resultados de enfermagem obtidos, para alcançar as competências, os objectivos e as actividades inerentes, tive o cuidado de associar os resultados adquiridos na pesquisa de bibliografia credível e de reflectir sobre eles com o intuito de proporcionar cuidados de enfermagem com qualidade. *“O ensino deve ser dinâmico e actualizar-se, constituindo-se como um agente de mudança, fundamentado na evidência que evidencia que emerge o desenvolvimento do conhecimento”* (Figueiredo, 2009 p. 72); confesso que sempre que me suscitava dificuldades recorria à EESIP

ou equipa na qual explicava a minha opinião fundamentada e reflectida para averiguar o meu raciocínio, questionava e esclarecia as dúvidas e, após a compreensão e aquisição de conhecimentos, aplicava-os de forma assertiva na minha prática com o objectivo de responder adequadamente a todas as situações.

No meu percurso de aprendizagem fui sentindo algumas dificuldades relativamente a cuidados fundamentais na assistência do RN prematuro, criança, adolescente e sua família. Sabendo que “*o desenvolvimento e a utilização dos conhecimentos é essencial para a melhoria constante no atendimento*” (Polit et al, 2004, p.20) recorri à investigação, diálogo, observação e conhecimento para ultrapassar gradualmente estas dificuldades. Um dos aspectos que senti necessidade de estudar foi a Incompatibilidade ABO num RN da UCIN, por exemplo; deparei-me que não havia conhecimento sobre esta área na unidade por parte da equipa; por outro lado, no meu trabalho nos CSP apenas me preocupo com a Incompatibilidade Rh durante as consultas de vigilância de saúde materna. Face a isto, propôs-me realizar o estudo de caso aprofundado com revisão bibliográfica sobre esta área; dialoguei com a enfermeira orientadora, procurei conhecimentos através de pesquisa e análise de documentação válida, elaborando um documento com informação que contempla a explicação sobre o que é a incompatibilidade ABO, os sinais e sintomas, as respectivas complicações e as intervenções de enfermagem a realizar segundo a CIPE (Anexo VI). A realização desta pesquisa permitiu-me adquirir conhecimentos, aplicá-los na prática e debruçar sobre eles, em conjunto com a EESIP e a equipa, através de um pensamento crítico atendendo que a comunicação em pediatria era o meu foco de atenção, tive como intenção transmitir os mesmos ideais, incentivando a tomar decisões baseadas na evidência científica que visem os cuidados de excelência.

Relativamente à investigação em serviço, sabendo que a melhoria contínua da qualidade do exercício é conseguida através da actualização progressiva e oportuna dos conhecimentos e competências em enfermagem, tive a preocupação de, no começo de cada estágio através de uma conversa informal com a ESSIP, averiguar as necessidades de investigação no serviço. Pude constatar que a equipa aplicava-se na área da formação segundo as necessidades do serviço e regularmente. Na UCIN estavam a realizar e apresentar os diferentes protocolos sendo um deles a articulação entre a UCIN e os CSP (Anexo VII); como sou enfermeira dos CSP disponibilizei-me a colaborar neste protocolo através da organização de uma lista de contactos dos CS e seus locais, bem como as enfermeiras responsáveis para que, na preparação do RN para o domicílio, houvesse uma comunicação directa entre as equipas com o intuito de acompanhar e dar continuidade aos cuidados prestados à criança e à família no seu ambiente.

Outro aspecto que me despertou interesse foi o desenvolvimento neuromotor do RN prematuro, sentindo necessidade de procurar mais informação, analisar e aprofundar; recorri a uma revisão bibliográfica utilizando os apontamentos retirados e leccionados nas aulas e as pesquisas bibliográficas em livros, teses e revistas porque “*a finalidade da pesquisa em*

enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão de enfermagem” (Polit et al, 2004, p.32). Esta estratégia tinha como objectivo integrar na minha experiência prática individual a melhor evidência externa disponível proveniente da pesquisa científica para, posteriormente, durante os ensinamentos aos pais em contexto de neonatologia e de internamento, me sentisse capaz, segura e com confiança para a sua transmissão. Com a aquisição destes conhecimentos pude explicar aos pais factores negativos para o desenvolvimento neuromotor do RN como o excesso do ruído e luminosidade na unidade, a estimulação excessiva dele e factores positivos e benéficos tais como a vinculação precoce e a comunicação com o bebé através do toque, da fala, da massagem, a estimulação do Método Canguru, a importância de um ambiente acolhedor e com o mínimo de fontes de stress para o RN por causa dos padrões de sono e sua estabilidade tendo em conta que segundo Carriço e Vieira (2003, p.51) “é primordial importância proporcionar ciclos de dia/noite ao RN, visto que diminui a incidência de retinopatia, facilita o desenrolar do padrão dos ciclos de sono, diminui o gasto energético e, por fim, acelera o aumento do peso”.

Uma outra situação que me suscitou a necessidade de pesquisa foi a realização dos cuidados ao coto umbilical do RN visto que observei que as práticas efectuadas eram distintas nos locais UCIN e UIP; umas enfermeiras defendiam o uso de álcool a 70° para a desinfecção do coto umbilical e outras defendiam os cuidados com água e sabão e uma boa secagem; este aspecto suscitou-me a preocupação da não consonância nos ensinamentos, a confusão e a dificuldade dos pais, muitas vezes inseguros, em decidir/optar pela melhor prática. Eu imagino que os pais procuram nos enfermeiros informação científica e credível, porém, estas discrepâncias entre eles na transmissão desta informação, torna os pais vulneráveis a receios, medos e incertezas do que será melhor para o seu bebé. Procurei pesquisa bibliográfica e verifiquei que Trotter (2004) demonstra que não há vantagens na desinfecção do coto umbilical com álcool. Porém, na UCIN após estudo aprofundado as evidências demonstram que a desinfecção com álcool a 70° é aconselhada nesta unidade e em especial nos RN prematuros pelo risco aumentado de infecção a que estão susceptíveis pois Alves e Gomes (2002, p.64) mencionam que “a barreira mucocutânea não está preparada para evitar microorganismos (...) ausência de pelos, pH básico, poucas glândulas sudoríparas e sebáceas, pouco tecido subcutâneo (...) e o estado imunológico também é um facto de risco (...)”. Face a isto e após diálogo com a equipa e a EESIP conclui que, especificamente na UCIN o coto umbilical deveria ser desinfectado com álcool explicando aos pais esta prática durante o período de internamento não por ser mais eficaz mas para diminuir o risco de infecção. Na UIP conclui com a EESIP que não há certezas científicas acerca dos benefícios do álcool a 70° na desinfecção do coto umbilical. Também tive a informação que o serviço já havia realizado formação aos profissionais de saúde sobre esta temática e mesmo assim, há diferenças nas orientações da equipa. Apesar de a maioria dos pais dos RN realizarem a desinfecção com o álcool a 70°, tive o cuidado de inicialmente compreender como faziam e depois informei que poderiam realizar das duas formas, explicando os procedimentos e deixando ao encargo deles

a escolha que para eles lhes parecia mais plausível. Confesso que agi assim para não ir contra os meus conhecimentos, contra os colegas de equipa e para não ferir susceptibilidades porque não queria que os pais ficassem ainda mais inseguros e incomodados, demonstrando as duas alternativas e alertando que poderia observar umas enfermeiras a defender o uso de álcool a 70° e outras não.

Os ensinamentos realizados na assistência ao RN prematuro, criança, adolescente e família, assim como a realização do referido estudo de caso exigiram a investigação permanente e persistente para o desenvolvimento e aquisição de competências no domínio de investigação, contribuindo para a minha aprendizagem profissional. Perante este leque de diversidades e consciente que cada criança/adolescente e sua família são seres com características individualizadas e personalizadas, considero pertinente a investigação contínua para aquisição de conhecimentos científicos e para a sua aplicação na prática com responsabilidade e ética moral pois cabe ao enfermeiro realizar *“a revisão regular das suas práticas”* (...) e assumir a *“responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e manutenção das competências”* (OE, 2003, p.23).

Desta forma, consegui adquirir e aperfeiçoar as competências relacionadas com o este domínio, bem como os objectivos por mim delineados de forma satisfatória, no entanto, tenho consciência que a minha aprendizagem tem de ser apostada cada vez mais no meu percurso profissional, permitindo o meu progresso enquanto EESIP.

4. CONCLUSÃO

O pensamento é uma forma de reviver e de reflectir sobre o caminho que percorri e sobre as vivências na minha vida, especificamente na minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Segundo Vieira (2009, p.116) “ (...) *para eu cuidar necessito de confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades e nos meus erros, na possibilidade de crescimento*”, ou seja, a elaboração deste relatório permitiu-me retratar o meu percurso e ser capaz de realizar uma apreciação crítico-reflexiva sobre aspectos marcantes neste estágio bem como no meu local de trabalho, que promoveram o meu crescimento como EESIP, ressaltando a aquisição dos objectivos propostos e respectivas actividades através de uma prática baseada na evidência científica e consequentemente a obtenção das competências de especialista.

O plano CPLEESIP comporta a realização de três módulos de estágio porém, não realizei o Módulo I – Saúde Infantil porque me foi concedida a creditação. Confesso que a reflexão sobre o meu trabalho enquanto enfermeira de família numa USF nos CSP lembrou-me o meu trajecto e permitiu-me avaliar as competências previamente e parcialmente desenvolvidas nos domínios de prestação de cuidados, gestão, formação e investigação e que foram desenvolvidas e aprofundadas no decorrer da minha aprendizagem em contexto hospitalar dos módulos II e III.

A realização dos estágios no módulo II (Serviços de Medicina e Cirurgia em contexto de saúde aguda e crónica) e III (Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia) proporcionou-me um acréscimo ao meu desenvolvimento profissional e pessoal porque possibilitou-me incorporar conhecimentos científicos na prestação de cuidados na área de Saúde Infantil e Pediatria, na supervisão clínica, na formação e na investigação e integrar habilidades reflexivas tendo noção que, concordando com Oliveira (2008, p.20) “*a enfermagem é a ciência e a arte da disciplina (...) é uma arte, pois é composta de habilidade que exigem a excelência para a sua execução e, por outro lado, é uma ciência, pois exige conhecimentos sistematizados a partir da observação, da investigação e do estudo*”.

Tendo o desígnio de aprofundar e aplicar o conhecimento obtido na pós graduação em competências em comunicação ao longo do meu percurso em estágio, recorri a pesquisa bibliográfica, assimilei e apliquei conhecimentos sobre técnicas de comunicação com as crianças, adolescentes e suas famílias aquando dos cuidados e no relacionamento com a equipa multidisciplinar quer no estágio quer no meu local de trabalho com o objectivo adquirir competências nesta área que julgo ter conseguido com sucesso e satisfação.

Tal aprendizagem foi conseguida graças à orientação das EESIP e de toda a equipa, bem como a orientação pedagógica à qual quero deixar o meu muito obrigado pela paciência, disponibilidade, apoio, amizade e companheirismo que me forneceram.

Tenho percepção que, através de um pensamento crítico, detectei os meus pequenos contratempos como por exemplo a gestão de tempo nos meus cuidados e que consegui ultrapassá-los com segurança, confiança e responsabilidade.

Relativamente às competências do EESIP fui capaz de assistir a criança/adolescente e família, de englobar a família nos cuidados através da negociação e supervisão, tendo por base competências e qualidades técnicas, comunicacionais e relacionais que são essenciais em todo o processo de hospitalização.

Confesso que o tempo passou repentinamente e que tive a atenção de guardar em minhas memórias tudo o que vivi, aprendi e desenvolvi, tendo cada vez mais a certeza que a área de Saúde Infantil e Pediatria é a que me proporciona gratificação pessoal e profissional.

Finalizando, considero que todo o meu percurso a nível hospitalar e a realização deste relatório final se tornou numa experiência profissional positiva e enriquecedora e que zelei pela qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, desenvolvendo as competências inerentes à EESIP que pretendo aplicar com conhecimento na minha prática enquanto enfermeira de família nos CSP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.; TORRES, A.; MATOS, L.; MAIA, T. – Luz na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Sociedade Portuguesa de Neonatologia nas XXXVI Jornadas Nacionais de Neonatologia. Consensos de Neonatologia, 2008.

AMARAL, N. M. F. – Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de RN prematuros. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

ANTUNES, A. R. et al – Avaliação da Motivação dos Enfermeiros para a Prática de Controlo de Infecção numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde. 2009, p. 21-29.

ALVES C., GOMES, F. - Prevenção de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem. UNISA. N.3, 2002, p. 63-69.

DECRETO-LEI nº 16/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

BATALHA, L.; - Dor em Pediatria: compreender para mudar. Lidel: Lousã, 2010.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; JESSEN, M. D. – Enfermagem na Maternidade. 4ª Edição: Lusociência. Loures: 1991.

CARNEIRO, S. – As implicações da Parceria de Cuidados para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos Serviços de Pediatria. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2010. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CARRIÇO, P. T.; VIEIRA, M. F. – O ambiente da UCI-RN e a sua influência no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. Sinais Vitais. nº 47, 2003, p.49-52.

CERQUEIRA, M^a M. A.; GOMES, J. M^a P. A. – Comunicar em Enfermagem (Algumas Reflexões). Sinais Vitais. nº 62, (Setembro) 2005, p. 55-57.

CODIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO inserido no Estatuto da OE republicado na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

COSTA, M. G. A.; FERREIRA, M. M. C.; - Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebés pre-termo. Instituto Politécnico de Viseu. Série nº 30, 2004, p. 51-58.

FERREIRA, L.; VIEIRA, C. S. – A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum, Health Science*. V. 25, nº 1, 2003, p. 41-50.

FIGUEIREDO, M^a. H. J. S. – Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GARRIDO, A. – Supervisão Clínica – Conceitos e Modelos. *Nursing*. Ano 15, nº 191, 2004, p. 34-36.

GASPARDO, C. M.; LINHARES, M^a B.; MARTINEZ, F. E. – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*. V 81, 2005, p. 435- 442.

GOMES, C. G.; TRINDADE, G. P. G.; FIDALGO, J. M. A. – Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência. II Série*, nº 11, (Dezembro) 2009, p. 105-116.

HOCKENBERRY, M. J. – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7^a Edição, Elsevier Editora. Brasil: 2006.

ICN (International Council of Nurses) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0. Tradução Ordem Enfermeiros. USINE. Lisboa: OE, 2005.

JEFFERIES, A. L. – Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health. Canadian Paediatric Society*, nº 17, (March) 2012, p.141-143.

LOPES, S.; FERNANDES, P. – O Papel Parental como foco de atenção para a prática de Enfermagem. *Sinais Vitais*. nº 63, (Novembro) 2005, p. 36-42.

MOREIRA, A. A. M. – Infecções Nosocomiais nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2010. Mestrado Integrado em Medicina.

NASCIMENTO, H. – A Dor no RN numa UCI: Concepções e Práticas de Enfermagem Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: 2010. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

OLIVEIRA, C. F. P. – Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: 2008. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. – Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Lusociência: 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de Enfermagem. Divulgar: 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Proposta aprovada na Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Obtido a 22 de Maio de 2011 e disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D.; - O Mundo da Criança. 8ª Edição. McGraw-Hill: Lisboa, 2001.

PEDRO, J. J. B. – Parceiros no Cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

PEREIRA, M^a. A.; Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um Estudo Experimental. Lusociência. Porto, 2006.

PHANEUF, M. - Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

PINTO, L. F. B. - *Gestão de Serviços de Saúde*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro: 2009. Dissertação de Mestrado.

POLIT, D. F. et al – Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Traduzido por Ana Thorell. 5ª Edição. Artmed: Porto Alegre, 2004.

RODRIGUES, F. et. al. – Etiologia das gastroenterites agudas em Unidade de Internamento de Curta Duração: estudo prospetivo de 12 meses. Acta Pediátrica Portuguesa. Vol. 38, nº 1, 2007, p. 13-17.

RITTO, A. C. F. F. – A Dor e a Prática de Enfermagem. A dor como 5º sinal Vital. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2006. Tese de dissertação do Mestrado em Oncologia

SÁ-CHAVES, I.; SILVA, R. F. – Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. Interface: Comunicação, Educação e Saúde. V. 12, nº 27, (Outubro/Dezembro) 2008, p. 721-734.

SILVA, C. A. M.; SILVA, M^a D. F.; PEREIRA, M^a M. T. – Comunicar para cuidar em neonatologia. Informar. nº 32, (Janeiro/Junho) 2004, p. 53-56.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. – Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 3ª Edição. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, E. M. D. B. R.; FIGUEIREDO, M^a C. B. A. – A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. Revista Referencia. II Série, nº 9, (Março) 2009, p. 7-14.

TROTTER, Sharon – Care of the newborn: proposed new guidelines.- British Journal of Midwifery. V.12, nº3, (Março) 2004, p. 152-157.

VIANA, V et al. – Apoio Psicológico às mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João, Porto. Arquivos de Medicina. nº 19, 2005, p. 91-96.

VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro. Da compaixão à proficiência. 2^a Edição. Universidade Católica Editora. Lisboa, 2009.

ANEXOS

ANEXO I

Caracterização dos Serviços de Neonatologia, Urgência e Internamento Pediátrico



4º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA

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

Caracterização dos Serviços de Neonatologia, Urgência e Internamento Pediátrico

**ACES ENTRE DOURO E VOUGA
DA UNIDADE S. SEBASTIÃO**

Aluna: Nathalie Santos Silva

Sob Orientação da Mestre Isabel Quelhas

Santa Maria da Feira, Dezembro de 2011

SIGLAS

CHEDV – Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

CS – Centro de Saúde

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

UA – Urgência Adulta

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USS – Unidade São Sebastião

UP – Urgência Pediatria

INDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	4
2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	5
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	5
2.2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA	7
2.3. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	9
CONCLUSÃO	11
BIBLIOGRAFIA	12

1. INTRODUÇÃO

A realização deste documento surge no âmbito do Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto, a realizar-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na Unidade de Urgência Pediátrica (Módulo II) e na Unidade de Internamento em Pediatria (Módulo III) do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Unidade São Sebastião no período de 27 de Abril a 25 de Junho de 2011 e depois do dia 3 de Outubro a 24 de Novembro de 2011, cada módulo com duração total de 180 horas presenciais e 70 horas de trabalho individual.

O objectivo deste documento consiste em descrever a informação recolhida nos serviços onde realizei os meus três estágios que na realidade se articulam diariamente o que se tornou benéfico para compreender mais facilmente a sua ligação e a sua dinâmica de trabalho.

Esta informação foi adquirida através da observação aquando da apresentação do serviço, através de conversas informais com a Enfermeira Orientadora bem como com a restante equipa, através da observação participativa e da procura e consulta de documentos existentes e disponíveis em cada serviço.

Este documento encontra-se dividido em introdução, uma capítulo que caracteriza em sub-capítulos a Unidade de Cuidados Neonatais, da Urgência Pediátrica e do Internamento e por fim a conclusão deste trabalho.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Este capítulo prende-se com a caracterização de cada local de estágio por onde passei durante o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Iniciei o meu percurso de aprendizagem com a UCIN no dia 27 de Abril de 2011 com terminus a 24 de Maio de 2011 e depois na UUP do mesmo Módulo no dia 30 de Maio até 22 de Junho de 2011 na USS. Mais tarde, comecei o último estágio na UIP, Módulo III, no dia 3 de Outubro de 2011 até 23 de Novembro de 2011 na USS, em Santa Maria da Feira.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Um das estratégias a nível da Saúde é a rentabilização de recursos; desta forma, os hospitais e os centros de saúde foram integrados em Redes de Referência Materno Infantil, com áreas geográficas bem definidas. O Hospital São Sebastião a 1 de Fevereiro de 2009 passou a integrar o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E. P.E em conjunto com Hospital Distrital de São João da Madeira e Hospital São Miguel de Oliveira de Azeméis, sendo considerado um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado da Região Norte e designado por Unidade São Sebastião.

A UCIN deste hospital presta cuidados ao recém-nascido prematuro e de termo, bem como a sua família; encontra-se localizada no 3º piso da estrutura hospitalar próxima da sala de partos onde dispõe de recursos para diagnóstico e tratamento na área da neonatologia.

Relativamente aos recursos físicos, ela é constituída por uma área ampla que pode abarcar até 10 crianças, sendo 4 unidades para recém-nascidos de maior risco e as restantes para cuidados intermédios mas que facilmente se ajustam consoante as necessidades, apesar de nem sempre haver incubadoras disponíveis porque ou estão avariadas ou pelo facto de a cada 7 dias, serem trocadas para se lavarem e desinfectarem no caso de o recém-nascido se encontrar estável. Nesta sala ampla é onde se realiza a passagem de turno entre a equipa de enfermagem; visto este momento ser fundamental para a prestação de cuidados e devido à privacidade e sigilo profissional que rege a profissão de enfermagem, a equipa para transmitir

os cuidados realizados no final de cada turno, pede delicadamente aos pais para se retirarem explicando o motivo.

Dentro desta unidade, há também uma sala de isolamento para situações específicas que requer que o recém-nascido esteja isolado pela sua própria patologia ou pelo risco de infecção. Existe também uma sala específica, sala de amamentação, com ambiente acolhedor e confortável para as mães retirarem o leite materno e posteriormente armazenarem para ser fornecido aos recém-nascidos. Junto a esta sala situa-se as casas de banho dos pais e as dos profissionais de saúde.

Tem ainda uma sala de sujos e outro compartimento espaçoso onde é realizado o tratamento das incubadoras e armazenado material como incubadoras, a incubadora de transporte, colchões, etc.

No corredor da UCIN encontra-se um gabinete médico onde se realiza diariamente reuniões entre a equipa médica no turno da manhã juntamente com a enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria durante a semana, um gabinete de enfermagem, uma copa e uma sala para armazenamento do material de uso clínico resposto pelo aprovisionamento.

Sendo uma unidade de cuidados intensivos que implica inúmeros cuidados ao recém-nascido prematuro e de termo de médio e alto risco, é necessário a articulação com outros serviços hospitalares internos e externos; esta unidade tem protocolos de articulação com diversos serviços como o núcleo de parto, o serviço de internamento de pediatria, a assistente social, o serviço de psicologia, laboratórios de análises entre outros, sendo que, os técnicos como por exemplo do Rx recorrem à unidade devido às situações peculiares dos recém-nascidos. Quanto aos serviços hospitalares externos, o hospital São João do Porto coopera com esta unidade visto ter especificidades que este serviço não dispõe.

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por médicos pediatras, por enfermeiros, técnicos operacionais e assistente administrativa, sendo que a equipa de enfermagem é uma equipa dinâmica, responsável e interveniente tendo um óptimo funcionamento na sua globalidade.

2.2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio proposto no âmbito do Módulo III, no serviço de UP foi realizado no USS no período de 30 de Maio a 22 de Junho de 2011, com uma carga horária total de 125 horas, das quais 90 horas foram de prestação de cuidados efectivos e 35 horas de trabalho individual.

A UP situa-se no 2º piso junto da UA onde a entrada é a mesma para ambas, bem como a recepção para a realização da ficha de inscrição, todavia, a sala de espera situa-se em espaços diferentes; os pais e as crianças, quando recorrem à UP, retiram uma senha à entrada na máquina e depois dirigem-se à sala de espera da pediatria para serem chamados através do visor de senhas para a sala da triagem onde classifica-se a criança de acordo com a queixas e sua gravidade e encaminha-se a criança para os consultórios.

A UP admite crianças com dias de vida até aos 17 anos e 365 dias de idade; foi recentemente remodelada para se adaptar a esta nova realidade, sendo projectada para resposta eficaz ao atendimento da criança e adolescente com doença aguda do Concelho de Santa Maria da Feira, Arouca, Ovar, Oliveira de Azeméis, Castelo de Paiva e S. João da Madeira, sendo que em algumas ocasiões são atendidas crianças de outras áreas de residência.

A equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes auxiliares, assegura os cuidados no serviço durante 24 horas em horário de rotatividade. A unidade divide-se teoricamente em três vertentes: um gabinete de acesso exterior onde se realiza a triagem das crianças e adolescentes que consiste num processo de avaliação, um compartimento onde se observa crianças e adolescentes em observação (OBS) e que poderão ter alta se estabilizarem ou poderão ser encaminhados para o serviço de internamento de Pediatria caso necessitem de acompanhamento e vigilância específica e outro gabinete onde se presta cuidados de enfermagem após ter sido observado pela equipa médica e respectiva vigilância.

O gabinete de triagem é um espaço claramente identificado, de pequenas dimensões que garante privacidade, segurança e comodidade, equipado com material necessário para a realização da triagem pediátrica. Este serviço utiliza um modelo próprio de triagem criado pelo director do serviço que classifica as queixas das crianças em nível I – Emergência, nível II – Pediatria e nível III – SAP. Para se conseguir compreender a lógica de funcionamento desta unidade é fundamental ter noção do que é uma urgência e uma emergência. Segundo Amaral (2008), urgências são *“todas as situações clínicas de instalação súbita em que existe o risco de falência das funções vitais”* e emergência são *“todas as situações clínicas de estabelecimento*

súbito em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”. Durante a semana até às 19 horas a UP podia pedir a colaboração de alguns serviços como oftalmologia e otorrino, realizando a triagem e encaminhando-os para estes serviços que se encontram no piso um.

A UP, para além deste gabinete, apresenta um corredor com cores claras e quadros com informação e desenhos pintados pelas crianças e fixados na parede. Neste corredor ficam as crianças que necessitam de observação imediata pela equipa médica e as crianças que após avaliação médica necessitam de cuidados de enfermagem. Ainda neste corredor encontra-se dois gabinetes médicos de cada lado, um gabinete de enfermagem onde se realiza todos os cuidados de enfermagem e a sala de OBS (internamento de curta duração) constituída por dois compartimentos: um com cinco camas de criança e outro com duas macas para adolescente. Esta sala de OBS contém todos os recursos materiais e físicos para assistir a criança, contudo, a privacidade apenas é garantida com uns biombos podendo os pais ouvir os comentários da equipa aquando da visita médica por exemplo. Este aspecto da privacidade podia ser melhorado; uma das estratégias que adoptei foi que sempre que a criança/adolescente pode-se deslocar levava-os até à sala de enfermagem para falar sobre algum aspecto ou cuidado particular.

Ainda no fim do corredor situa-se quatro casas de banho, uma delas adaptadas para as crianças, duas para os adolescentes, masculino e feminino e uma para os profissionais. Temos também um quarto com uma casa de banho independente para situações que necessitem de isolamento. Confesso que este quarto do isolamento estava adaptado apenas para as crianças, caso fosse necessário colocar um adolescente tinha-se que trocar a cama para uma marquesa. Por fim, uma sala no fundo do corredor com sofás e duas camas para realizar algumas técnicas como nebulizações, aspirações de secreções entre outras.

Neste serviço todas as crianças e adolescentes têm o direito de estar acompanhado por um familiar permanentemente (24 horas por dia) pela família onde essa decisão de escolha depende deles. Tendo consciência que cuidar da criança/adolescente está intimamente envolvido com o cuidado à família, é permitido a troca da pessoa que acompanha a criança com outra familiar sempre que necessário para promover o seu bem-estar e satisfazer as suas necessidades, em especial, a necessidade de alimentação pois, apenas são servidos gratuitamente às crianças/adolescentes suplementos (iogurtes, papas, chás, bolachas) e refeições nas situações de internamento curto de pediatria – OBS. Face a isto, uma das minhas preocupações era através do diálogo identificar as necessidades da família, compreender se estavam a ser satisfeitas e de que forma poderia apoiar na sua realização.

Relativamente à funcionalidade da UP, há uma gestão adequada do espaço e de todo o trabalho na equipa multidisciplinar, articulando com outros serviços internos tais como laboratório, serviço de Rx, ecografia, serviço de Psicologia, Assistente Social, serviço de

Internamento de Pediatria, serviço de UA e externos como outros serviços de urgência, C.S. outros serviços hospitalares como por exemplo a cirurgia pediátrica do Porto, etc.

2.3. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

No âmbito do Módulo II foi realizado o estágio na Unidade de Internamento de Pediatria no CHEDV, Unidade S. Sebastião que decorreu no período de 3 de Outubro a 27 de Novembro de 2011 com uma carga horária total de 250 horas, das quais 180 horas foram presenciais.

A UIP tem funcionamento de 24 horas por dia, e situa-se no 4º piso do hospital ao lado da Unidade de Oncologia. É um serviço médico-cirúrgico onde se encontra reunidas várias especialidades além da pediatria médica, ou seja, há internamentos pediátricos de outras áreas específicas tais como otorrinolaringologia, ortopedia, urologia, oftalmologia, cirurgia geral e plástica. Neste serviço também decorre o Hospital de Dia que consiste na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente sem que seja necessário internamento.

O internamento em pediatria garante os cuidados assistenciais a crianças e adolescentes até completarem os 18 anos. À sua entrada situa-se a secretaria que é comum à Unidade de Neonatologia e ao Internamento visto a maioria das crianças da Neonatologia serem encaminhadas para a unidade de internamento quando assim é necessário e pertinente. Próximo da secretaria observa-se a sala de reuniões onde a equipa se reúne para debater alguns casos particulares ou mesmo para formações e reuniões de toda a equipa.

Este serviço bem estruturado tem em conta as necessidades das crianças, adolescentes e pais. Porém, a partir do momento que começou a receber adolescentes foi necessário pensar e reestruturar o serviço pois não se encontrava preparado para tal, aumentando o número de enfermarias e ajustando a sua dinâmica e os seus recursos para os adolescentes.

Os recursos físicos que constituem este serviço são: gabinetes médicos e de enfermagem, secretariado, sala de reuniões, copa para os acompanhantes e outra para os colaboradores, sala de brinquedos e de informática para as crianças, sala de tratamentos, enfermarias comuns, de berçário e de isolamento, WC para os utentes, para o pessoal de serviço e para os acompanhantes, sala de preparação de medicação, de armazenamento de material e zona de limpos versus sujos.

Quanto aos recursos humanos, este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que visa, em conjunto, o bem-estar das crianças/jovens e suas famílias. Esta equipa multidisciplinar de momento conta com 26 enfermeiros dos quais quatro são EESIP

incluindo com a Enfermeira Chefe, uma EESC, uma EESR e outra EESMP. A equipa médica constituída por catorze pediatras dá apoio ao internamento vinte e quatro horas por dia. Quer a equipa médica, quer a equipa de enfermagem trabalha em conjunto com as assistentes operacionais e conta com o apoio de outros profissionais quando solicitados como nutricionista, psicóloga, médica da medicina física e reabilitação, assistente social e muito recentemente, a colaboração de uma pedopsiquiatra.

Outro aspecto referente ao serviço de internamento é o facto de haver uma sala de brinquedos e um espaço de lazer com computadores para as crianças e adolescentes se entreterem e sentirem-se num ambiente mais acolhedor. Este espaço, bem como algumas zonas do internamento, encontram-se decorados com cores e imagens apelativas e conhecidas, tornando-o mais agradável e menos monótono.

De uma forma global, reconheço que há um esforço por parte da equipa para organizar e estruturar a UIP com o intuito de minimizar o impacto negativo da hospitalização na criança/adolescente e família.

CONCLUSÃO

Os conhecimentos assimilados e adquiridos nos conteúdos teóricos são um marco para a aprendizagem, contudo não basta. É necessário conhecer a dinâmica do serviço, a gestão dos recursos e dos cuidados, bem como a funcionalidade de toda a equipa para se prestar cuidados de qualidade à criança, adolescente e família.

A realização deste documento permitiu-me conhecer melhor cada serviço e compreender de que forma eles se articulam. Julgo que foi facilitador realizar os estágios de urgência pediátrica, neonatologia e internamento em pediatria no mesmo local, Unidade São Sebastião porque tive a vantagem de conhecer a equipa, a sua funcionalidade e como se articula nos diferentes locais de trabalho.

A observação, o diálogo com todos os elementos da equipa, o companheirismo e a pesquisa de documentação de cada serviço permitiu-me compreender de forma progressiva a relação entre os serviços, a organização de cada um e a gestão de cuidados, apoiando-me na minha integração e na evolução da minha aprendizagem e desenvolvimento enquanto aluna da especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Em suma, penso que transmiti de forma clara e sucinta a caracterização dos serviços onde realizei o meu percurso de aprendizagem com satisfação e muito aproveitamento.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson. – Identidade, formação e trabalho. Das Culturas locais às estratégias identificas dos Enfermeiros. Coimbra: Edição FORMASAU, 2001.

AMARAL, J. M. V.; - Tratado de Clínica Pediátrica. 1ª Edição: Copyright, 2008.

CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E. P. E, Santa Maria da Feira. Obtido a 03 de Maio de 2011 e disponível em http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=374

COMISSÃO DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional. Lisboa, Março de 2006. Obtido a 03 de Maio de 2011 e disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>

ANEXO II

Focos de Enfermagem mais frequentes da UP da USS

Focos de Enfermagem mais frequentes na Urgência Pediátrica da USS

Tabela I – Situações de recorrência à UP	
Colheita de dado UP HSS 30 Abril a 22 Junho de 2011	
Situações de recorrência à UP	Nº crianças/adolescentes
Febre	15
Febre com outro sintoma associado	24
Odinofagia	14
Maus tratos	1
Ingestão Medicamentosa	1
Ingestão Objectos Estranhos	1
Ingestão Produtos Tóxicos	2
Trauma	3
Dificuldade respiratória	6
Dor Abdominal	3
Otalgia	3
Erupção cutânea	7
Icterícia	1
Vómitos e Diarreia	26

Tabela II – Idades das Crianças/Adolescentes na triagem UP	
Idade das crianças/adolescentes	Nº de casos
0 – 2 anos	38
3 – 5 anos	23
6 – 8 anos	13
9 – 11 anos	9
12 – 14 anos	11
15 anos inclusivé	7

ANEXO III

Focos de Enfermagem na UIP da USS

Focos de Enfermagem na Unidade de Internamento de Pediatria USS

Tabela III – Situações de Internamento UIP	
Colheita de dado UIP USS 3 Outubro a 23 Novembro de 2011	
Situações de internamento pediatria	Nº crianças/adolescentes
Abcesso Mandibular	1
Asma	2
Atraso Uterino (Prematuros)	8
Cirurgia	15
Dor Abdominal + vômito	3
Febre	7
Icterícia	2
Infecção Respiratória	14
Infecção Urinária	3
Meningite Vírica	1
Pneumonia	2
Púrpura	1
Sepsis	5
Urticária	1
Vómitos	7

Tabela IV – Idades das Crianças/Adolescentes assistidas no Internamento da UIP	
Idade das crianças/adolescentes	Nº de casos
Prematuros	8
0 – 2 anos	26
3 – 5 anos	6
6 – 8 anos	13
9 – 11 anos	2
12 – 14 anos	7
15 anos inclusivé	10

ANEXO IV

Planificação da Formação “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas

Formação aos Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

Aluna: Nathalie Santos Silva

Sob Orientação EESIP: Ana Maria Pereira

Sob Orientação Professora: Isabel Quelhas

Santa Maria da Feira, Novembro de 2011

PLANO DE SESSÃO

Formadores: Enf.^a Ana Maria Pereira e Nathalie Silva

Local: Internamento de Pediatria do HSS

Data(s): 23 Novembro de 2011

Horário: 15h30 às 16h15

Duração da Sessão: 45 minutos

População Alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria do HSS

Tema da Sessão: Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas.

Objectivos Gerais da Sessão: Que no final da formação os enfermeiros sejam capazes de aplicar os conhecimentos sobre a temática na prática diária.

	Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Que no final da sessão de formação em serviço, os profissionais de saúde sejam capazes de:	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação Formas de comunicar Desenvolvimento da linguagem nas diferentes faixas etárias Estratégias de Comunicação 	Método Interrogativo <i>Brainstorming</i>	<ol style="list-style-type: none"> Introdução ao tema. Comunicação dos objectivos da sessão. 	Computador Videoprojector Painel de Projectção Voz	5 min.	Observação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Relembrar o conceito de comunicação. Abordar as diferentes formas de comunicação. Abordar o desenvolvimento da linguagem nas diferentes faixas etárias. Apresentar possíveis estratégias de comunicação com as Crianças/Famílias. 		Método Expositivo, Interactivo e Interrogativo	<ol style="list-style-type: none"> Exposição teórica sobre comunicação e formas de comunicar. Exposição sobre Desenvolvimento da Linguagem nas Diferentes Faixas Etárias. Abordagem das estratégias de Comunicação do Enfermeiro com as Crianças/Famílias Análise e discussão dos Casos Clínicos. 	Computador Videoprojector Painel de Projectção Voz	30 min.	Observação

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar casos clínicos. ▪ Analisar e reflectir sobre os casos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casos Clínicos 	<p>Método Expositivo Interactivo e Interrogativo</p>	<p>7. Esclarecimento de dúvidas. 8. Questionário de avaliação da Formação.</p>	<p>Canetas Questionários</p>	<p>10 min.</p>	<p>Observação Questionário de Avaliação</p>
-----------	---	--	--	--	----------------------------------	----------------	---



Este documento tem em vista a recolha anónima da avaliação e possíveis sugestões da formação **“Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”** leccionada pela formadora Nathalie Santos Silva e tem como objectivo proceder a futuros ajustes eventualmente necessários sobre a sua actuação. Face a isto, sugere-se que, à frente de cada questão, coloque uma cruz na classificação (insatisfeito a muito satisfeito) que melhor traduz a sua opinião sobre a formação.

Classificação Itens a avaliar	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
As instalações ofereceram condições para a realização da formação.				
Os equipamentos foram funcionais e adequados à realização da formação.				
O formador utilizou uma linguagem clara e acessível permitindo a compreensão dos temas.				
O formador conseguiu motivá-lo ao longo da formação.				
O formador promoveu um clima de abertura e confiança ao longo da formação.				
As actividades estiveram adequadas aos conteúdos e objectivos da formação.				
A sessão estava organizada e com uma boa sequência de temas.				
Os objectivos previstos para a formação foram atingidos.				

Comentários e/ou Sugestões de Melhoria	
---	--

Obrigado pela sua participação.

Unidade de S. Sebastião, 23 de Novembro de 2012

ANEXO V

Avaliação da Formação “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas

Avaliação da Formação aos Enfermeiros da Unidade de Internamento de Pediatria do Centro
Hospitalar entre Douro e Vouga - Unidade S. Sebastião

Aluna: Nathalie Santos Silva

Sob Orientação EESIP: Ana Maria Pereira

Sob Orientação Professora: Isabel Quelhas

Santa Maria da Feira, Novembro de 2011

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO	4
2. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	5
3. REFLEXÃO CRÍTICA	8
CONCLUSÃO	9

ANEXOS

Anexo I - Apresentação da Formação Clínica “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”

1. INTRODUÇÃO

A formação aos profissionais de saúde é fundamental para relembrar, aperfeiçoar e/ou acrescentar alguns conhecimentos actualizados, com o intuito de os colocar em prática para prestar cuidados de saúde com qualidade às crianças/adolescentes e família.

Esta formação surgiu após ter sido realizado um diagnóstico sobre as necessidades da equipa sobre formação em serviço. Tendo em conta que o meu tema no Projecto é sobre “*Comunicar em Pediatria. Compreender para Cuidar*”, sugeri realizar uma formação que elucidasse para algumas estratégias de comunicação que minimizem os receios e medos das crianças/adolescentes e familiares, que respondam de forma adequada às necessidades sentidas deles e que facilitem a hospitalização da criança/adolescente e família.

Após diálogo e exposição da minha ideia sobre a formação, observou-se que esta formação poderia, de uma forma dinâmica, possibilitar à equipa de enfermagem discutir e reflectir sobre algumas situações que podiam ou tinham ocorrido na prática clínica, avaliando a melhor forma de assistir a criança/adolescente e família.

A formação foi realizada pela enfermeira Nathalie Santos Silva sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria Ana Maria Pereira e Enfermeira Sandra Cainé e sob orientação pedagógica da Professora Isabel Quelhas na Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga - Unidade S. Sebastião no dia 23 de Novembro de 2011, pelas 15h30.

A avaliação desta formação tem como objectivos:

- Analisar e avaliar os questionários da formação realizada preenchidos pelos enfermeiros presentes;
- Transmitir os resultados obtidos na avaliação;
- Reflectir sobre a minha formação como formadora;
- Ter conhecimento de possíveis correcções ou sugestões de melhoria em formações futuras.

Este documento encontra-se estruturado em três partes: a introdução, seguida de um capítulo destinado ao desenvolvimento da avaliação onde foca o seu enquadramento, respectiva análise e avaliação dos questionários e por último a conclusão.

Finalizando, gostaria de agradecer às orientadoras tutoriais e pedagógica e a todos os enfermeiros presentes que permitiram a concretização desta formação.

2. ENQUADRAMENTO

Esta avaliação da formação consiste num instrumento que completa a formação através de uma análise e apreciação, de uma forma sucinta, de todos os elementos utilizados na apresentação como o local da formação, os meios utilizados, a estrutura e os conteúdos leccionado e a conduta da formadora.

A formação intitulada “*Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas*” foi realizada pela enfermeira Nathalie Santos Silva sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria Ana Maria Pereira e Enfermeira Sandra Cainé e sob orientação pedagógica da Professora Isabel Quelhas com o objectivo de *promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros* (Competência 25) bem como *promover a formação em serviço na área de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria* (Competência 28). Esta formação decorreu na sala de reuniões da Unidade de Internamento do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga - Unidade S. Sebastião no dia 23 de Novembro de 2011, pelas 15h30.

Esta formação tinha como objectivos:

- Relembrar o conceito de Comunicação;
- Abordar as diferentes formas de Comunicação;
- Abordar o desenvolvimento da linguagem nas diferentes faixas etárias;
- Apresentar possíveis Estratégias de Comunicação com as Crianças/Adolescentes e Famílias;
- Apresentar Casos Clínicos;
- Analisar e reflectir sobre os Casos Clínicos.

Esta formação contou com a presença de quatro enfermeiros, de acordo com o número de questionários preenchidos. Para que esta formação se concretizasse, foi necessário a colaboração, orientação e apoio de alguns elementos à qual pretendo agradecer como:

- Enfermeira Sandra Cainé responsável pela formação em serviço;
- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria;
- Professora Isabel Quelhas;
- Profissionais da equipa de Enfermagem.

Esta avaliação só tem sentido a partir do momento que se tem o conhecimento da satisfação da população alvo. Face a isto, foi entregue um questionário de avaliação da formação aos enfermeiros e posteriormente foi realizada a sua análise e apreciação pela enfermeira Nathalie Silva.

3. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

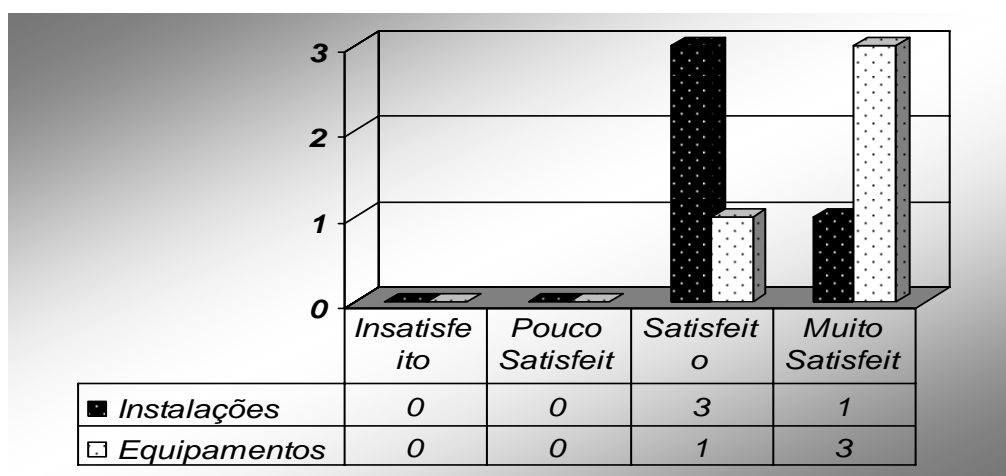
A avaliação de uma formação implica sempre uma análise, reflexão e consecutivamente uma conclusão de todo o trabalho que incluía objectivos a serem concretizados. Por outro lado, uma avaliação permite transmitir a satisfação dos enfermeiros presente, assim como os aspectos a aperfeiçoar ou a alterar para, no futuro, aperfeiçoar a concretização dos objectivos e a plenitude dos formandos.

Assim sendo, compete-me analisar e avaliar a formação na sua globalidade para me consciencializar dos aspectos positivos e menos positivos para reflectir sobre eles, promovendo o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, bem como dos outros enfermeiros.

A avaliação desta formação conta com o preenchimento de quatro questionários que indicam o número de participantes na formação. O questionário por mim elaborado pretende avaliar de uma forma global não só a minha postura e atitude durante a formação, bem como os objectivos, conteúdos e sua organização e também os recursos utilizados. Este questionário apresenta uma avaliação de insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito; cada enfermeiro deveria assinalar com uma cruz onde se enquadrava cada item a avaliar segundo a classificação anterior.

Deste modo, passo a demonstrar a análise da avaliação dos questionários.

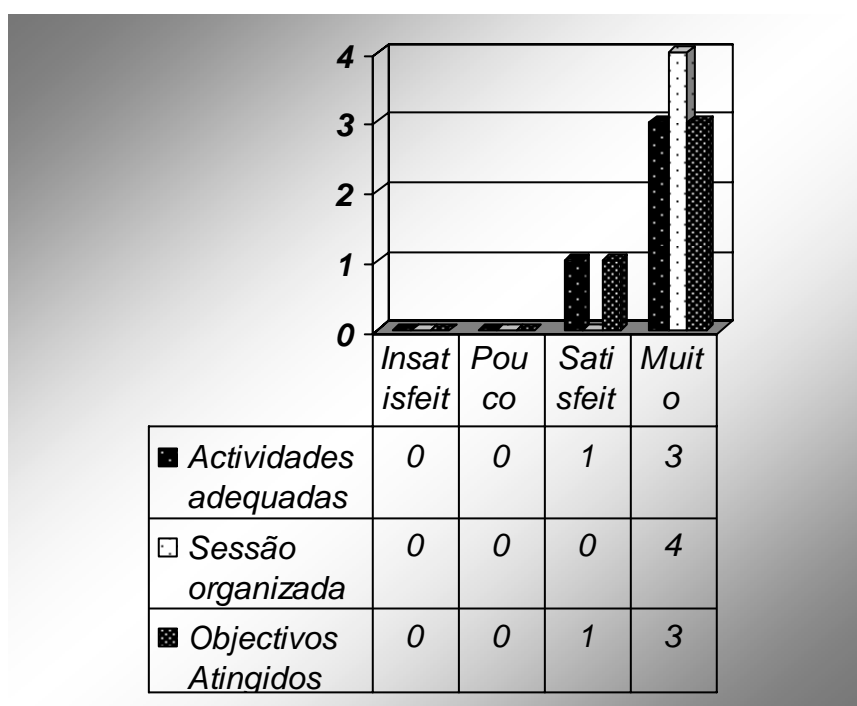
Gráfico I – Avaliação das Instalações e dos Equipamentos



Ao observar e analisar o gráfico I que elucida a avaliação das instalações e equipamentos, verifica-se que no grupo, a maioria, considera-se satisfeito (75%) com as instalações e muito satisfeito (75%) com os equipamentos. Relativamente às instalações, tem-se consciência que as cadeiras da sala de reuniões não são confortáveis e por outro lado, o facto de a sala estar pouca aquecida, julgo ser as duas razões para este aspecto. Quanto aos equipamentos, visto a maioria ter ficado muito satisfeito, conclui-se que a opção dos equipamentos para esta formação foi a mais indicada. Porém, gostava de salientar que o videoprojector não se encontrava a funcionar na sua plenitude porque durante a formação a sua lâmpada transformou a formação em cores não reais.

Do meu ponto de vista, tenho consciência que quer as instalações quer os equipamentos utilizados na formação são um elemento chave para se cativar e motivar os formandos e desta forma atingir os objectivos da formação.

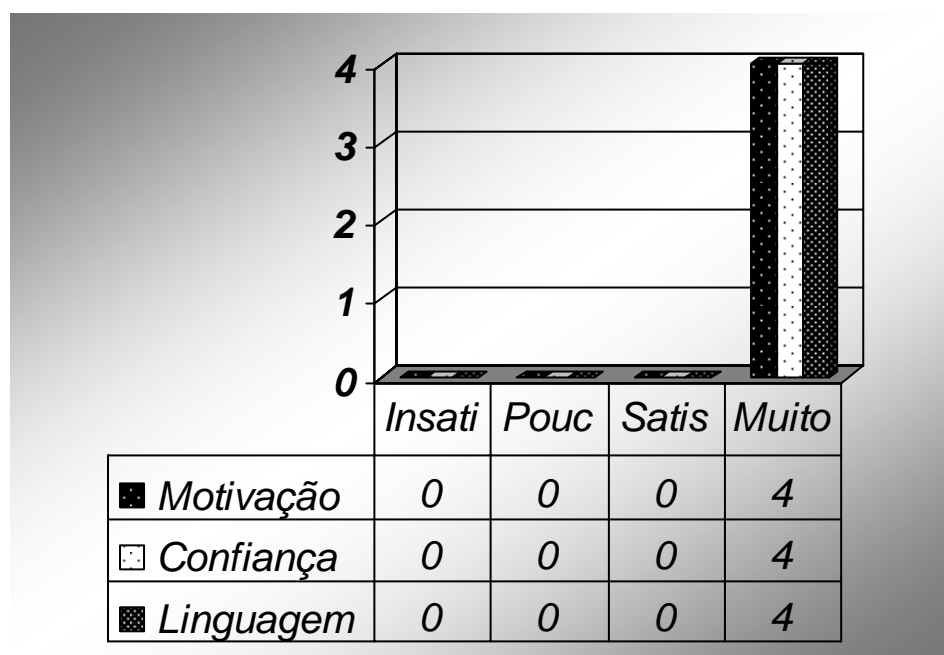
Gráfico 2 – Avaliação das Actividades adequadas aos conteúdos, da organização da sessão e dos objectivos atingidos



Analisando o gráfico 2 que se refere à adequação das actividades aos conteúdos e objectivos da formação bem como a capacidade de atingir os objectivos previstos da formação, verificou-se que 75% do grupo ficou muito satisfeito e 25% que se refere a uma pessoa ficou satisfeita. Visto os 25% não ter referido sugestões de melhoria relativamente às actividades e

objectivos, torna-se complicado compreender os aspectos que não estiveram a altura e que merecem aperfeiçoamento em formações futuras. Relativamente à forma como a sessão estava organizada, todos os enfermeiros consideraram que tinha uma boa sequência de temas, apresentando uma formação bem estruturada e organizada.

Gráfico 3 – Avaliação do Formador quanto à linguagem, capacidade de motivação e de promover um clima de abertura e confiança na formação



O gráfico 3 demonstra que todos os enfermeiros apreciaram com muita satisfação o papel do formador quanto à sua capacidade de motivar ao longo da formação, à capacidade e proporcionar um clima de abertura e confiança para intervir e partilhar respostas e opiniões no decorrer da formação e à capacidade de ao longo da formação utilizar uma linguagem clara e acessível permitindo assim a compreensão desta temática.

Por fim, observa-se que nos aspectos não muito satisfatórios, os formandos não assinalaram comentários e/ou sugestões de melhoria o que não permite compreender as suas razões e reflectir sobre estratégias de aperfeiçoamento a optar em formações futuras.

4. REFLEXÃO CRÍTICA

Numa apreciação global, parece-me que a formação foi bastante positiva pois o grupo foi de encontro ao que eu pretendia da formação que era análise, discussão e reflexão dos casos clínicos apresentados. O facto de a equipa se sentir à vontade e opinar sobre os seus comportamentos e atitudes perante as situações e ter focado outros casos da sua prática diária tornou-se uma mais valia para o desenrolar da formação e para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

Confesso que lamento o facto de não ter havido uma maior adesão à formação pois dediquei e esforcei-me na sua planificação e organização. Em contrapartida, fico satisfeita que os poucos enfermeiros tenham ficado com uma avaliação global da minha formação satisfatória, mesmo tendo consciência que há aspectos que possam ser melhorados.

Por fim, julgo que os 45 minutos de formação foram suficientes para o número de formandos, todavia, acho que se tivesse um grupo maior a discussão poderia prolongar-se e consecutivamente prolongar o tempo da duração da formação.

Considero que os objectivos foram atingidos, contribuindo para o meu enriquecimento pessoal e profissional na medida em que me proporcionou mais uma experiência a nível da formação a profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Esta apreciação da formação proporcionou uma análise e avaliação reflexiva sobre a formação clínica “*Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas*” realizada no dia 23 de Novembro de 2011 das 15h30 às 16h30 na sala de reuniões da Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Unidade S. Sebastião onde participou apenas quatro enfermeiros.

Após análise dos questionários preenchidos pelos enfermeiros e respectiva reflexão, conclui-se que, para a maioria, os objectivos previstos foram atingidos com muita satisfação e que uma parte considerou que foram atingidos com satisfação, não justificando os seus motivos, o que me impede de examinar criticamente de que forma poderei melhorar em formações futuras.

Outro item da avaliação que não foi satisfatório na sua plenitude foi as instalações e os equipamentos utilizados nesta formação, mas mais uma vez não identificaram sugestões de melhoria o que limita a minha actuação em formações futuras.

Quanto à prestação do formador, conclui-se na avaliação que ele conseguiu no decorrer da apresentação dos conteúdos, cativar, motivar e apelar os enfermeiros através de uma linguagem clara, acessível e assertiva.

Por fim, sugiro que a equipa continue a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional da mesma através de formações, todavia, sugiro que se opte por estratégias de divulgação mais eficazes para que a sua adesão seja maior e que se faça comentários e/ou sugestões de melhoria nas avaliações para que o formador tenha conhecimento dos aspectos menos positivos e possa evoluir no seu aperfeiçoamento.

ANEXOS

Anexo I - Apresentação da Formação Clínica “Comunicar em Pediatria: Conversas Cruzadas”

**Comunicar em Pediatria:
Conversas Cruzadas**

Centro Hospitalar entre Douro e Vouge
Unidade S. Sebastião

Formador: Enf.ª Nathalie Santos Silva
Orientação: ESIP Ana Maria Pereira

Não é possível não comunicar!

P. Watzlawick (1960)

- Comunicação é um tipo de Acção Interdependente. As características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.”

(CIPE/CMP, 2003)

Comunicar em Pediatria

Objectivos:

- ✓ Relembrar o conceito de Comunicação;
- ✓ Abordar as diferentes formas de Comunicação;
- ✓ Abordar o desenvolvimento da linguagem nas diferentes faixas etárias;
- ✓ Apresentar possíveis Estratégias de Comunicação com as crianças/famílias;
- ✓ Apresentar Casos Clínicos;
- ✓ Analisar e reflectir sobre os Casos Clínicos.

Formas de Comunicação

Nas crianças as componentes não verbais do processo de comunicação trazem, normalmente, as mensagens mais significativas

Comunicação Verbal (Digital)

- Linguagem oral ou escrita;
- Uso de palavras e da sua combinação em frases;
- A linguagem oral é a mais frequente.

Comunicação Não-Verbal (Analógica)

- Linguagem Corporal:
 - Gestos;
 - Expressões Faciais;
 - Postura;
 - Aparência Postural;
 - Toque;
 - Movimentos;
- Paralinguagem:
 - Entonação da voz;
 - Silêncios;
 - Altura, Ritmo e Volume da voz.

Desenvolvimento da Linguagem nas Diferentes Faixas Etárias

Lactância (até aos 12 meses)	Forma de Comunicar	Infância (do 1º ano aos 6)	Forma de Comunicar
<ul style="list-style-type: none"> O sorriso, quando estado contentes; O choro, quando angustiados; A calma, com o contacto físico carinhoso; Os sons altos e profundos e os movimentos súbitos, quando se sentem ameaçados. 	<ul style="list-style-type: none"> Usam e compreendem a comunicação não-verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> Ego-centrismo (comunicação deve ser dirigida para a criança); Uso das mãos para expressar desejos e sentimentos; Tudo é directo e concreto para as crianças (integraram as palavras de forma literal). 	<ul style="list-style-type: none"> A linguagem não verbal deve ser congruente com a verbal. Apartar de posições algumas capacidades de comunicação verbal, é utilizada muitas vezes a comunicação não verbal.

Desenvolvimento da Linguagem nas Diferentes Faixas Etárias

Idade Escolar (dos 6 aos 11/12)	Forma de Comunicar	Adolescência (dos 11/12 aos 18)	Forma de Comunicar
<ul style="list-style-type: none"> Interessada no aspecto funcional dos procedimentos (explicações e motivos para tudo); Preocupação aumentada em relação à integridade corporal (respeção excessiva); Raciocínio lógico reversível. 	<ul style="list-style-type: none"> A linguagem verbal é predominantemente nas faixas etárias. 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamento abstracto; Em geral, necessitam de expressar os seus sentimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> Linguagem verbal e não verbal; Comentar com o adolescente, sem a presença dos pais; intercompar, nem fazer comentários...

Estratégias de Comunicação do Enfermeiro com as Crianças/Famílias

- Fornecer tempo à criança;
- Evitar gestos ameaçadores (p.e. contacto visual prolongado...);
- Criança tímida - conversar primeiro com os pais;
- Comunicar com a criança através de objectos (bonecos, brinquedos...);
- Adolescentes dar oportunidade de conversar sem a presença dos pais;
- Posicionar-se ao nível dos olhos da criança;

Estratégias de Comunicação do Enfermeiro com as Crianças/Famílias

- Comunicar de forma calma e com linguagem clara com palavras simples e frases curtas;
- Sinceridade e honestidade com a criança;
- Proporcionar opções/alternativas válidas;
- Existir congruência entre a linguagem verbal e não verbal;
- Permitir que a criança expresse os seus medos e as suas preocupações.

CASO CLÍNICO 1

A Enfª ao entrar no quarto do João de 2 anos (Diagn: Infecção Respiratória) para avaliar se SV ele agarrou-se ao pai e começou a chorar...

Como acha que a enfermeira deveris reagir?

- ✓ Dar espaço à criança;
- ✓ Falar com o pai do João com uma linguagem calma e clara;
- ✓ Evitar movimentos bruscos e ameaçadores;
- ✓ Aproximar aos poucos da criança;
- ✓ Colocar-se ao mesmo nível da criança;
- ✓ Permitir que ela mexa na braçadeira do aparelho das TA's;
- ✓ Colocar a braçadeira no braço do seu peluche e depois no dela;
- ✓ Explicar todos os procedimentos a criança e ao pai.

Distrair a criança

CASO CLÍNICO 2

Um RN, após mamar no seio da mãe, manifesta um choro vigoroso e a mãe pensa que é fome e que o seu leite não alimenta, exultando que "Não sou boa mãe!"

Como enfermeira o que diria à mãe?

- O que leva a pensar que não é boa mãe?
- É boa mãe porque está amamentar (...)
- A maioria das mães sentem-se assim nesta fase inicial O choro do bebé é uma forma de comunicar (...)
- Compreendo a sua preocupação (...) é natural sentir-se assim mas a senhora está a ser a melhor mãe que seu filho podia ter (...)
- Dar pequenas quantidades de informação (após dar resposta às emoções)

Estratégias de Comunicação do Enfermeiro com as Crianças/Famílias

TÉCNICAS VERBAIS	TÉCNICAS NÃO-VERBAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica do "EU" – "Eu gostava que..." • Técnica da 3ª Pessoa – Ex. "Muitas vezes os meninos ficam tristes de ficar cá no hospital" • Técnica da Resposta Facilitada (Empática) – Ex. "Eu sei que não gostas de injeções porque elas doem..." • Técnica pontuação – Ex. Avaliação da Dor • Técnica dos Prós e Contras – Ex. Escolhe um tema e a criança menciona 3 coisas boas e 3 coisas más (internamento no hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Escrita (crianças com mais idade) – Ex. Escrever sentimentos e pensamentos difíceis de expressar. • Técnicas de Jogos e Brincadeiras – Ex. Aplicar uma "injeção" no boneco. • Técnica de Desenho

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 3

A Enr.ª vai avaliar o estado da mãe de 13 anos e observa que ela está a chorar sozinho porque não quer ficar internada.

O que a enfermeira pode dizer?

- Não fiques assim... isto passa depressa!
- Não imagino o que estejas a sentir... queres falar comigo?
- Não chores, a tua mãe vem já para ficar contigo.
- Porque estás a chorar?
- Pareces-me triste (silêncio)!
- Então, que se passa? São só dois a três dias que vais ficar internada!
- É normal te sentires assim, a maioria das crianças ficam tristes por ficarem aqui internadas.

CASO CLÍNICO 5

Uma criança romena é internada. Aquando do acolhimento a mãe da outra criança informa à enfermeira que não quer partilhar o mesmo quarto com ela.

O que fazia?

- Compreender o porque de não querer ficar na mesma enfermeira.
- Transmitir segurança e confiança à mãe e à criança.
- Exclamar "isto é um hospital mãe! Não há muitas possibilidades de escolha!"
- Explicar a funcionalidade do serviço e a sua limitação.
- Dizer: "Como mãe? Este é o único quarto que temos, não podemos fazer as vontades das mães e das crianças!"
- Procurar entender o que pretende da equipa de enfermagem.
- "Não tenho o que lhe faça mãe! É a única solução!"

CASO CLÍNICO 4

Um RN encontra-se a realizar antibioterapia mas o CVP fica não funcional e é necessário repunçionar. A sua mãe disse: "Não picam meu filho pela 6ª vez!"

Revolta da mãe!

Como enfermeira o que dizes à mãe?

- ✓ Eu compreendo a sua situação, mas o seu filho necessita do antibiótico porque...
- ✓ Eu percebo a sua atitude porque gosta dele, não o quer ver a sofrer ao ser picado porque é uma excelente mãe, contudo não temos outra forma de administrar o antibiótico.
- ✓ O quê? Porque é que não quer que pique o seu filho?
- ✓ É natural estar cansada de ver o seu filho a sofrer (silêncio), mas o antibiótico é para ele recuperar a sua saúde.
- ✓ Mãe eu entendo, mas deixe-nos fazer o nosso trabalho para o bem do seu filho.

28-02-2012

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS - CIEE (Associação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2005). 2ª Edição, 2005.

HOCKENBERRY, M. J. - Wong Fundamentos de Enfermagem - Pediatria. Tradução da 7ª Edição. Elsevier Editora - Brasil, 2006.

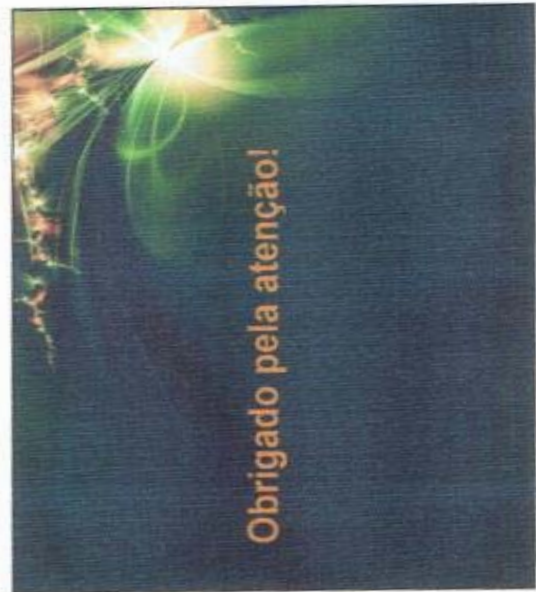
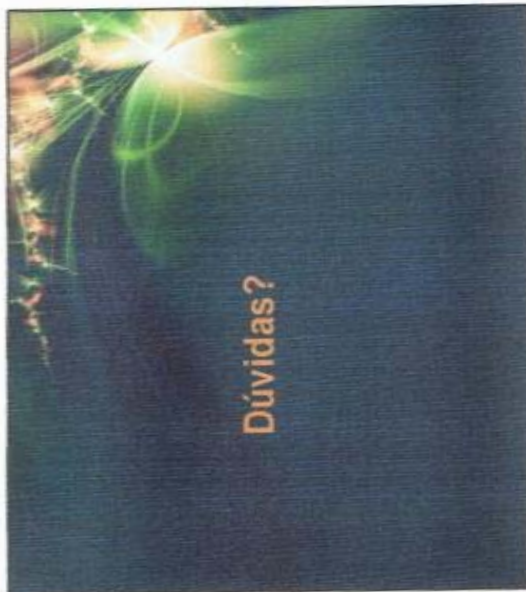
OPPERMAN, C. CASSANDRA, K. - Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Lutasolência, 2001.

HUMES, J. M. M. - Comunicação em Contexto Clínico. Departamento de Clínica Geral. Lisboa, 2010.

WONG, D. L.; WHALLEY & WONG - Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efectiva. 3ª ed. Guanabara - Koogan. Rio de Janeiro, 1999.

10

28-02-2012



9

ANEXO VI

Trabalho desenvolvido sobre Incompatibilidade ABO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

4º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA

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

Trabalho desenvolvido sobre Incompatibilidade ABO

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL S. SEBASTIÃO



Nathalie Santos Silva

Santa Maria da Feira, Maio de 2011

INDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	3
2. DOENÇA HEMOLÍTICA NEONATAL POR ISO-IMUNIZAÇÃO ABO	4
2.1 Manifestações Clínicas	5
2.2 Avaliação Diagnóstica	6
2.3 Cuidados de Enfermagem	6
2.3.1 Actividades de Vigilância Geral do Recém-Nascido	6
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	8
3.1- Foco de Atenção: Amamentar	8
3.2 – Foco de Atenção: Vinculação	9
3.3 - Foco de Atenção: Papel Parental	9
3.4 - Intervenções de Enfermagem resultantes de Prescrição Médica	12
3. CONCLUSÃO	13
BIBLIOGRAFIA	14

1. INTRODUÇÃO

A incompatibilidade de sangue pode classificar-se em incompatibilidade ABO e incompatibilidade Rh. Na verdade, na minha prática clínica diariamente a equipa de profissionais, aquando da consulta, tem a preocupação de avaliar o tipo de sangue do casal para averiguar apenas a incompatibilidade Rh e actuar em caso de positivo. Porém, deparei-me com um caso de incompatibilidade ABO o que me despertou para a investigação mais pormenorizada sobre este tipo de situação para saber os cuidados a ter neste caso particular e, de certa forma, acompanhar e apoiar os pais com conhecimentos. Assim sendo, este documento pretende de forma sucinta explicar esta problemática bem como os cuidados de enfermagem a realizar segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Para compreender melhor os cuidados estabelecidos ao Recém-nascido (RN) e estabelecer uma ligação com a revisão bibliográfica, passo a citar alguns aspectos do caso prático que observei durante a minha passagem na Neonatologia.

O Tiago nasceu a 12 de Maio de 2011 por cesariana de urgência pelo facto de se encontrar de pelve tinha 3110 gramas de peso, 48,5 cm de altura e 30,5 cm de perímetro cefálico e o tipo de sangue B – (negativo). O Tiago tinha um irmão de cinco anos com o tipo de sangue B + que aquando do nascimento esteve internado 12 dias por icterícia neonatal por incompatibilidade ABO. O motivo de transferência do menino Tiago do serviço de Obstetrícia para o serviço de Neonatologia foi de iso-imunização por incompatibilidade ABO havendo necessidade de realizar terapêutica com imunoglobulina. Assim sendo, um dos objectivos do internamento era a realização de 500mg de imunoglobulina pela via endovenosa em perfusão. Porém, a criança apresentava outros aspectos aquando da entrada como anemia e icterícia neonatal precoce.

2. DOENÇA HEMOLÍTICA NEONATAL POR ISO-IMUNIZAÇÃO ABO

Cada ser humano herda um tipo de sangue. A doença hemolítica neonatal por iso-imunização ABO consiste num processo patológico onde ocorre a hemólise no recém-nascido com grupo de sangue A ou B e mãe do grupo de sangue O. Segundo Amaral (2008: pág. 1906), a doença hemolítica neonatal por iso-imunização ABO é mais frequente que a doença hemolítica neonatal por iso-imunização Rh graças a prevenção precoce através da administração da gama-globulina anti-D a mulheres com antígeno D negativo/Rh (-) que evidenciam resultado negativo na prova de *Coombs* indirecta.

Assim sendo, de forma sucinta, existe os fenótipos A, B, O e AB que, quando conjugados, podem originar:

- Fenótipo A \iff Genótipos: AA e AO;
- Fenótipo B \iff Genótipos: BB e BO;
- Fenótipo O \iff Genótipo: OO;
- Fenótipo AB \iff Genótipo: AB;

A incompatibilidade ABO mãe/feto verifica-se aproximadamente em 20% das gravidezes (Amaral, 2008) porém, a doença hemolítica apenas acontece nos recém-nascidos com o tipo de sangue A ou B e cujas mães são do grupo O. Ou seja, o sistema ABO acarreta a existência de dois antígenos eritrocitários, o A e o B e dois anticorpos naturais, o B ou beta e o A ou alfa. Sabendo que o grupo de sangue O contém anticorpos naturais anti-A e anti-B (ver tabela 1) e que o grupo de sangue B, por exemplo, apresenta antígenos B, deduz-se que haverá estimulação antigénica através da passagem pela placenta no sentido feto/mãe e posteriormente um aglutinação, atacando os eritrócitos fetais e causando a sua hemólise. Esta hemólise provoca a libertação de uma grande quantidade de bilirrubina para a circulação, daí a criança apresentar icterícia neonatal precoce.

Tabela I – Sistema ABO e relação antígenos eritrocitários e anticorpos naturais (aglutininas)		
Grupo	Antígenos eritrocitários	Anticorpos naturais
A	A	Anti-B ou beta
B	B	Anti-A ou alfa

AB	AB	Ausência
O	Ausência	Anti-A (alfa)+ Anti-B (beta)

Relacionando a iso-imunização ABO com a Rh, a reacção hemolítica na incompatibilidade ABO normalmente é menos intensa que na incompatibilidade Rh. Por outro lado, enquanto que a incompatibilidade Rh poderá ocorrer ao longo da gravidez (doença perinatal), a incompatibilidade ABO é considerada uma doença neonatal porque os antigénios A e B são escassos na membrana eritrocitária fetal e começam a desenvolver-se significativamente no final da gravidez, e sobretudo, após o parto até aos 2 anos. Em suma, a caracterização do grupo de sangue A ou B no período fetal não está completamente definida o que faz com que a probabilidade de os eritrócitos fetais serem reconhecidos como estranhos ao organismo materno seja escassa ou nula.

Por último, ao contrário da iso-imunização Rh, a probabilidade de iso-imunização ABO vai diminuindo com o número de gravidezes porque os anticorpos formados como resposta a várias estimulações antigénicas, inicialmente do tipo IgG, passam mais tarde a ser predominantemente do tipo IgM que são macromoléculas que não tem capacidade de atravessar a placenta.

2.1 Manifestações Clínicas

A iso-imunização ABO pode provocar como manifestações clínicas a anemia e a icterícia. A icterícia normalmente surge precocemente, durante as primeiras 24 horas, podendo ser confundida com icterícia fisiológica. O modo “oscilante” da icterícia sugere um quadro de hemólise ligeira por surtos, e o prolongamento para além das duas semanas conduz a anemia (excepcionalmente grave) de expressão tardia e acompanhada de hepatosplenomegália (Amaral, 2008:1908). A anemia é definida como uma diminuição na taxa de hemoglobina e resulta da hemólise de um grande número de eritrócitos. Outra particularidade é a hidropisia que se caracteriza por anemia grave e hiperbilirrubinémia que advém da incapacidade do fígado de conjugar e excretar o excesso de bilirrubina.

O recém-nascido, quando afectado gravemente, para destes sintomas, poderá apresentar uma palidez acentuada e hipoglicemia como consequência de hiperplasia de células pancreáticas. Estes recém-nascidos, devido às alterações das funções hepáticas, diminuem a produção de vitamina K, prejudicando o sistema de coagulação e podendo levar a uma hemorragia e choque hipovolémico.

2.2 Avaliação Diagnóstica

A equipa de profissionais de saúde perante uma situação de incompatibilidade ABO mãe/recém-nascido com icterícia precoce deverá estar desperta para a probabilidade de doença hemolítica ABO. Deste modo, tal diagnóstico deverá ser confirmado precocemente através da realização de exames laboratoriais e através da pesquisa de anticorpos maternos anti-A ou anti-B.

2.3 Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem são fundamentais para o tratamento e prevenção precoce de complicações. A CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) tem o seu enfoque na prática de enfermagem como parte integrante do sistema de cuidados de saúde. Assim sendo, a CIPE é um instrumento para descrever a prática de enfermagem, dando visibilidade à nossa prática e fornecendo dados para o contributo da enfermagem nos cuidados de saúde.

Face a isto, pretendo descrever os cuidados de enfermagem segundo a CIPE de forma sucinta e prática.

2.3.1 Actividades de Vigilância Geral do Recém-Nascido

A avaliação do Recém-Nascido requer uma observação minuciosa e especializada para garantir uma adaptação à vida extra-uterina. Deste modo, aquando dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido com incompatibilidade ABO, é da competência da equipa de enfermagem estar desperta para alguns aspectos tais como:

- Vigilância dos Reflexos
- Sucção
- Deglutição

- Hora da mamada
- Vigilância da Alimentação
 - Leite Materno versus Leite Adaptado
 - Aspecto: Hidratada/Seca
- Vigilância da Pele pelo risco precoce de icterícia
 - Coloração: Rosada/Pálida/Cianosada/Ictérica
 - Intestinal
- Vigilância da Eliminação
 - Vesical: vigilância do débito urinário devido ao risco de edema e alterações da função renal.
- Vigilância da Glicemia Capilar pelo risco de instabilidade da glicose.
- Vigilância dos Sinais Vitais para avaliação do débito cardíaco.
 - Tensões Arteriais
 - Temperatura porque a hipotermia aumenta o consumo de oxigênio e glicose, causando acidose metabólica e a hipertermia lesa os eritrócitos do doador, aumentando o potássio livre e predispondo o neonato à paragem cardíaca (Hockenberry, 2006: 271).
 - Frequência Cardíaca
 - Respiração (saturações) para prevenir o aumento da hipoxemia e conseqüentemente o aumento da hipertensão pulmonar.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

3.1- Foco de Atenção: Amamentar

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimentos dos pais sobre a amamentação não demonstrado. Aprendizagem de capacidades sobre a técnica de amamentação não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais demonstrem conhecimentos acerca da técnica de amamentação e habilidades que lhe permitam amamentar o RN adequadamente.

Intervenções:

- Ensinar/instruir os pais sobre a importância de lavar as mãos aquando da amamentação;
- Ensinar/Instruir os pais a gerir o ambiente para haver uma maior produção de ocitocina e consecutivamente aumento de produção de leite;
- Ensinar/Instruir os pais a adoptar uma posição correcta e confortável durante a amamentação, instruindo sobre as diferentes posições;
- Ensinar/Instruir os pais a posicionar o RN durante a amamentação e a averiguar se ele se encontra bem posicionado;
- Ensinar/Instruir os pais a verificar se o bebé mama correctamente;
- Ensinar os pais sobre as diferenças que ocorrem no leite durante a amamentação;
- Informar os pais a esvaziar uma mama antes de oferecer a outra;
- Ensinar/Instruir os pais a deixar o bebé largar espontaneamente a mama ou a colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebé;
- Ensinar/Instruir os pais a não remover o bebé da mama antes de ele revelar sinais de saciedade;
- Ensinar/Instruir os pais sobre a técnica de eructação;
- Ensinar os pais sobre sinais de fome do RN;
- Ensinar/Instruir a mãe a aplicar uma gota de leite materno no mamilo e auréola após as mamadas;

- Ensinar/Instrui a mãe que o mamilo deve ser seco ao ar após as mamadas;
- Ensinar/Instruir a mãe sobre discos absorventes e uso de soutien adequado.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre a técnica da amamentação e respectivos cuidados. Supervisionar a amamentação.

3.2 – Foco de Atenção: Vinculação

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre formas de comunicar e se relacionar com o RN não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais adquiram conhecimentos sobre formas de comunicar e interagir com o recém-nascido.

Intervenções:

- Informar os pais sobre a importância de comunicar e interagir com o RN;
- Ensinar os pais a estimular o RN com toques suaves e com sorrisos/palrar/brincadeiras;
- Ensinar os pais a cantar ou colocar uma música para o RN;
- Ensinar os pais a conversar com o recém-nascido aquando dos cuidados.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre como estabelecer uma relação com RN. Supervisionar a vinculação estabelecida entre os pais e o RN.

3.3 - Foco de Atenção: Papel Parental

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre técnica de troca de fralda não demonstrado. Aprendizagem de habilidades dos pais no trocar de fralda não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais tenham conhecimento e habilidades sobre como trocar a fralda ao RN.

Intervenções:

- Informar os pais da importância da troca de fralda com frequência no RN;
- Informar/Instruir os pais na preparação do material para a troca de fralda;

- Informar/instruir os pais dos cuidados de higiene e conforto na muda da fralda do RN e de como colocar a fralda.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre a técnica e os cuidados na troca da fralda. Supervisionar as habilidades na troca da fralda.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre os sinais e sintomas de cólicas no RN não demonstrado. Conhecimento/aprendizagem de capacidades sobre estratégias de alívio das cólicas no RN não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais adquiram conhecimentos que lhe permitam identificar precocemente sinais e sintomas de cólicas no RN e habilidades que lhe permitam aliviar as cólicas.

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre sinais e sintomas de cólicas no RN;
- Ensinar/Instruir os pais sobre estratégias de alívio das cólicas no RN.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre sinais e sintomas de cólicas no RN. Avaliar os conhecimentos dos pais sobre estratégias de alívio das cólicas, supervisionando os pais na execução das estratégias.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre estratégias facilitadoras da incorporação do RN na unidade familiar não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais adquiram conhecimentos acerca das estratégias facilitadoras da incorporação do RN na unidade familiar que lhe permitam actuar no sentido de uma paternidade adequada.

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre estratégias facilitadoras na incorporação do RN na unidade familiar;
- Incentivar a visita do irmão ao RN;
- Possibilitar um momento de fraternização entre a família.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre terapêutica administrada não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais tenham conhecimento sobre a medicação administrada ao RN.

Intervenções:

- Informar os pais sobre o tipo de medicação que o recém-nascido irá realizar;
- Informar os pais sobre o horário e os cuidados a ter com a medicação.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre a medicação administrada ao Recém-nascido.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento dos pais sobre fototerapia não demonstrado.

Objectivos dos cuidados: Que os pais adquiram conhecimentos sobre fototerapia.

Intervenções:

- Informar os pais em que consiste a fototerapia no RN;
- Informar e explicar aos pais sobre os respectivos cuidados com a fototerapia;
- Incentivar os pais a comunicar com o RN aquando da realização da fototerapia;
- Incentivar a mãe a amamentar o RN.

Actividade de Avaliação: Avaliar os conhecimentos dos pais sobre a fototerapia.

3.4 - Intervenções de Enfermagem resultantes de Prescrição Médica

Prescrição: Folicil (4gotas/dia) e Ferum Haussman (5 gotas de 12 em 12 horas) por via oral.

Intervenções de Enfermagem:

- Informar os pais sobre os fármacos;
- Preparar a medicação segundo a prescrição com cuidados assépticos;

- Administrar a medicação via oral ou por sonda orogástrica ao recém-nascido e averiguar a sua tolerância;
- Registrar a medicação administrada.

Prescrição: Fototerapia

Intervenções de Enfermagem:

- Despir o recém-nascido para que a fototerapia atinja maior parte da superfície dele;
- Proteger os olhos com uma venda apropriada para evitar lesionar a retina ocular;
- Avaliar os sinais vitais do recém-nascido, em especial a temperatura pelo risco de hipertermia;
- Avaliar o balanço hídrico pelo facto do recém-nascido perder água pela pele facilmente;
- Aumentar a hidratação do RN para evitar o aparecimento de desidratação;
- Avaliar os níveis de bilirrubina de acordo com a prescrição;
- Realizar registos pertinentes;

Prescrição: 500mg de Imunoglobulina EV em perfusão de 4 horas.

Intervenções de Enfermagem:

- Informar os pais sobre o fármaco, obtendo o consentimento deles;
- Informar os pais sobre as possíveis reacções do fármaco;
- Puncionar o recém-nascido para obter acesso venoso periférico;
- Preparar o fármaco e administra-lo segundo prescrição;
- Monitorizar os sinais vitais do recém-nascido para avaliar possíveis reacções ao fármaco.
- Vigiar o acesso venoso periférico pelo risco de não perfusão;
- Fornecer informação durante a administração do fármaco aos pais, sempre que solicitados;
- Registrar a administração da medicação e possíveis reacções do recém-nascido.

3. CONCLUSÃO

A realização deste documento permitiu-me adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a temática Incompatibilidade ABO, ficando desta forma, mais desperta para a minha prática diária. Segundo constatei, a ocorrência desta incompatibilidade ainda é significativa e é fundamental os profissionais de saúde estarem despertos para este aspecto e agirem o mais precocemente.

Por outro lado, este estudo facilitou-me na organização dos meus cuidados ao RN e aos pais segundo a CIPE que aplicamos na nossa prática mas nem sempre os registamos. Fiquei sensibilizada para a importância de demonstrar os nossos cuidados através de todos os registos, mesmo que isso implique tempo pois só desta forma se poderá dar continuidade aos cuidados de enfermagem com qualidade.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, J. M. V.; - Tratado de Clínica Pediátrica. 1ª Edição: Copyright, 2008.

HOCKENBERRY, M. J. – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7ª Edição: Elsevier Editora, 2006.

OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. – Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Lusociência, 2001.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. – Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 3ª Edição: Guanabara Koogan, 2006.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS – CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão β2. Lisboa: 3ª Edição, 2005.

ANEXO VII

Protocolo de Articulação entre a UCIN e os CSP

Protocolo de Articulação entre o Serviço de Neonatologia do Centro Hospital entre Douro e Vouga (HSS) e o Centro de Saúde

1. INTRODUÇÃO

“Constituindo os enfermeiros o maior grupo profissional da área da saúde é, por conseguinte, aquele que mais decisões toma e actos pratica. Pela natureza e especialidade das suas funções – proximidade, intimidade, tempo de contacto com os utentes, entre outros -, os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2005).”

O ensino e o planeamento dos cuidados aos pais devem ser programados com antecedência onde *“desde o princípio, deve ser facilitado e incentivado o envolvimento dos pais quanto aos cuidados do recém-nascido, promovendo esse relacionamento de tal forma que eles se sintam parte integrante no processo de tratamento e recuperação do(a) filho(a) (Tamez & Silva, 2006:213)”*.

Tendo em consideração que a alta hospitalar para o recém-nascido e para os pais é um momento muito desejado mas também de stress e de preocupação é fundamental elaborar um protocolo de articulação entre o serviço da Neonatologia e os serviços na comunidade, Centros de Saúde, para que eles se sintam apoiados nas suas dificuldades, minimizando possíveis recidivas.

2. AMBITO

O presente documento aplica-se ao Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (H. S. Sebastião).

3. OBJECTIVO

O presente documento tem como objectivo definir o procedimento de encaminhamento do recém-nascido e família para os Cuidados de Saúde Primários.

Edição N.º1 Revisto em 23/05/2011 Página 60 de 3
--

4. DEFINIÇÕES

RECEM-NASCIDO: Todo o Ser Humanos nos primeiros 28 dias.

FAMÍLIA: A família é uma unidade que se auto-estimula positivamente, onde membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objectivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros. A família é formada não somente por pessoas unidas por consanguinidade – marido, mãe, sogra, irmãos – mas por todas as pessoas que convivem directamente com a puérpera e o recém-nascido. Isto é, pessoas que interagem por laços afectivos, contextualizando uma história em comum. Deste modo, percebe-se a importância de prestar cuidados de enfermagem não apenas à mãe e ao recém-nascido, mas à família como um todo, visto essas pessoas interagirem, agirem e reagirem tomando decisões enquanto grupo social, além de promoverem um processo de ensino-aprendizagem contínuo.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente válidos e socialmente aceitáveis, tornados acessíveis a todos os indivíduos e famílias graças à sua inteira participação e a um custo razoável.

5. REFERÊNCIAS

TAMEZ, R. N. ; SILVA, M^a J. P. – Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 3^a Edição, Guanabara Koogan: 2006.

MANUILA, L. ; LEWALLE, P. ; NICOULIN, M. – Dicionário Médico. 1^a Edição, Lisboa: 2000.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O enfermeiro aquando da alta hospitalar de um recém-nascido deverá ter os seguintes cuidados:

- Realizar os ensinamentos pertinentes à família quanto aos cuidados ao recém-nascido, dissipando dúvidas;
- Comunicar à família que deverá recorrer ao Centro de Saúde para acompanhamento da Vigilância da Saúde Infantil do recém-nascido pela sua equipa de saúde;
- Preparar toda a documentação e fornecer à família.

- Entrar em contacto com a enfermeira responsável ou enfermeira de família nos cuidados de saúde primários através de um telefonema (ver anexo I);
- Comunicar a alta hospitalar do recém-nascido bem como o contacto da família para dar continuidade dos cuidados;
- Comunicar informações pertinentes à enfermeira dos cuidados de saúde primários.

7. DESTINATÁRIOS

Este procedimento destina-se a todos os profissionais de saúde do Serviço de Neonatologia do Hospital S. Sebastião, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga.

ANEXO I

**Protocolo de Articulação entre o Serviço de Neonatologia do Centro Hospital entre
Douro e Vouga (HSS) e o Centro de Saúde**

Centro de Saúde	Nome	Local	Contacto	Enfermeiros (as)
Centro de Saúde de Santa Maria da Feira	UCSP Argoncilhe	Argoncilhe	227644820	Enf. ^a Regina Brandão Enf. ^a Luísa Serrão Enf. ^a Almudena Santiago
	UCSP Caldas S. Jorge	Caldas de S. Jorge	256911478	Enf. ^a Carla Almeida Enf. ^a Alice Amorim
	UCSP Mozelos	Mozelos	227642765	Enf. ^a Fátima Sousa
	UCSP Este	Vale	256922341	Enf. ^a Marlene Azevedo
		Canedo	227650546	Enf. ^a Luísa Costa* Enf. ^a Cláudia Fernandes* Enf. ^a Joaquina Espincho*
		Vila Maior	227614699	* Assegurado por uma das enfermeiras
	UCSP Sanguedo	Sanguedo	227449418	Enf. ^a Joaquina Rocha Enf. ^a Maria Pereira
	UCSP Sul	Escapães	256302103	Enf. ^a Sara Ruivo Enf. ^a Elsy
		Milheirós Poiares	256841318	Enf. ^a Carla Amorim
		Romariz	256922351	Enf. Paulo Morgado Enf. ^a Lurdes Figueiro
	UCSP Lobão	Lobão	256915007	Enf. ^a M ^a Salomé Serdoura Enf. ^a Debora Costa Enf. ^a Daniela Vive
	USF Cuidar	S. João de Ver	256363835	Enf. ^a Simone Pinho Enf. ^a Marisa Leite Enf. Nuno Avelar Enf. ^a Clara Marques Enf. ^a Manuela Geirinhas
	USF Cuidar	Riomeão	256782796	Enf. ^a Sandra Alves Enf. ^a M ^a José Silva Enf. ^a Susana Oliveira

	USF Famílias	Lourosa	227443057	Enf. ^a Líliliana Sousa Enf. ^a Carla Paiva Enf. ^a Jacinta Silva Enf. ^a David Mota Enf. ^a Marta Mota Enf. ^a Lucina Valentin Enf. ^a Joana Neves
	USF Fiães	Fiães	227441205	Enf. Jorge Ferreira Enf. ^a Sara Amaral Enf. ^a Raquel Moura Enf. ^a M ^a José Silva Enf. ^a Rosalina Cunha Enf. ^a Sandra Nunes
	USF Egas Moniz	Santa Maria Feira	256337030	Enf. ^a Andreia Santos Enf. ^a Patrícia Gomes Enf. ^a M ^a Conceição Moreira Enf. ^a Regina Ribeiro Enf. ^a Rosane Brandão Enf. ^a Joana Neves
	USF Saúde Mais	Paços de Brandão	227455210	Enf. ^a Sílvia Dias Enf. ^a Vítor Ferreira Enf. ^a Felisbela Leite
		Santa Maria de Lamas	227442068	Enf. ^o Marco Aurélio Pinto Enf. ^a Isabel Gomes Enf. ^a Patrícia Soares Enf. ^a Ana Lúcia Santos Enf. ^a Carina Alves
	USF Sudoeste	Arrifana	256811008	Enf. ^a Paula Gomes Enf. ^a Cristina Duarte Enf. ^a Diana Andrade
		Souto	256801206	Enf. ^a Sara Pinto Enf. ^a Ana Cláudia Silva Enf. ^a Celeste Martins
	USF Sem Fronteiras	Nogueira da Regedora	227648364	Enf. ^a Filipa Marques Enf. ^a Alexandra Rocha Enf. ^a M ^a Filomena Guedes
		S. P. Oleiros	227647929	Enf. ^a Sandra Meireles Enf. ^a Viviane Silva Enf. ^a Carla Resende

	USF Terras Santa Maria	Santa Maria Feira	256371455	Enf. ^a Ana Raquel Pereira Enf. ^a Catarina Pinto Enf. ^a Fátima Gonçalves Enf. ^a Nathalie Silva Enf. ^a Sónia Sá Enf. Fernando Almeida
Centro de Saúde de Arouca	UCSP Arouca	Arouca	256940330	Enf. ^a Zilda Monteiro Enf. ^a Barbara Jacques
	USF Escariz	Escariz	256922316	Enf. Veríssimo Reis Enf. ^a Judite Guimarães Enf. ^a Ana Margarida Fernandes
Centro de Saúde de S. João da Madeira	USF S. João	S. João da Madeira	256816000	Enf. ^a Anabela Dionísio Enf. ^a Salomé Costa Enf. ^a Lídia Almeida Enf. ^a Lídia Mateus Enf. ^a Carla Almeida Enf. ^a M ^a José Gonçalves Enf. ^a Alcina Nogueira Enf. ^a Susana Almeida
	USF Vale Vouga	S. João da Madeira	256816000	Enf. ^a Paula Gomes Enf. ^a Marisa Costa Enf. ^a Ana Almeida Enf. ^a Helena Albergaria Enf. ^a Silvia Caires Enf. ^a Marta Nogueira Enf. ^a Suze Lopes