



CATÓLICA 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

Diana Sofia Ventura de Andrade

Porto, Março de 2013



CATÓLICA 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

Elaborado por: Diana Sofia Ventura de Andrade

Orientado por: Isabel Quelhas

Porto, Março de 2013

Resumo

O Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica leccionado na Universidade Católica Portuguesa, Porto. A Unidade Curricular Estágio comporta o desenvolvimento de 3 módulos de estágio: Módulo I – Saúde Infantil, ao qual obtive creditação por possuir 6 anos de experiência profissional nesta área, Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em Contextos de Doença Aguda e Crónica, realizado no Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Módulo III – Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e Urgência Pediátrica, desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar São João. O Relatório de Estágio tem como objectivo evidenciar a análise reflexiva realizada, as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios realizados, bem como a minha experiência profissional na área dos Cuidados de Saúde Primários. Este caminho percorrido permitiu-me alcançar as competências delineadas no plano de estudos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A metodologia utilizada na elaboração do Relatório de Estágio foi descritiva e reflexiva. As áreas de estudo que me despertaram maior necessidade de aprofundamento e interesse ao longo do desenvolvimento do estágio foram: Parentalidade, Maximização e Diminuição do Impacto da Hospitalização na Criança/Família, Dor, Parceria de Cuidados e a Preparação do Regresso a Casa.

Palavras-Chave: Criança, Família, Enfermeiro Especialista, Parentalidade, Dor, Parceria de Cuidados.

Agradecimentos

A todas as crianças e famílias a quem prestei cuidados, pois são a razão do nosso trabalho e a força que nos leva a continuar.

Ao meu namorado Ricardo Sênos que esteve sempre do meu lado a apoiar-me... sem ele os momentos difíceis e as poucas horas de sono teriam sido mais difíceis de ultrapassar.

À Carina, Vânia e Marlene por terem sido um ombro amigo nos dias em que o negativismo teimava em não deixar os pensamentos.

Às minhas colegas de trabalho Paula Gomes e Cristina Duarte por terem suportado muitas vezes o acréscimo de trabalho sem reclamar.

À Professora Isabel Quelhas pela orientação e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

Às Enfermeiras Especialistas que me orientaram em estágio, pelo profissionalismo e dedicação oferecida.

Pensamento

“Rir muito e com frequência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afecto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu. Isso é ter tido sucesso.”

Ralph Waldo Emerson

ÍNDICE

	p.
0. INTRODUÇÃO	9
1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	11
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	19
2.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	19
2.2. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	43
2.3. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	46
2.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	53
3. CONCLUSÃO	57
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	63
<i>Anexo I – Objectivos e Competências do Plano de Estudos</i>	64
<i>Anexo II – Caracterização dos Locais de Estágio</i>	68
<i>Anexo III – Patologias mais frequentes nos contextos de estágio</i>	74
<i>Anexo IV – Reflexão no serviço de internamento de pediatria</i>	76
<i>Anexo V – Plano de Sessão da Formação: Regresso a Casa</i>	79
<i>Anexo VI – Formação: Regresso a Casa</i>	81
<i>Anexo VII – Avaliação da Formação: Regresso a casa</i>	90

Chave de Siglas/Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
CHSJ – Centro Hospitalar São João
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPLEESIP – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral de Saúde
EE – Enfermeira(o) Especialista
EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP – Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
E.P.E. – Entidade Pública Empresarial
HSJ – Hospital São João
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido
OBS – Sala de Observação
OE – Ordem dos Enfermeiros
p. - Página
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PE – Processo de Enfermagem
PNV – Plano Nacional de Vacinação
RN – Recém-Nascido (s)
SAM – Sistema de Apoio Médico
SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem
SIP – Saúde Infantil e Pediátrica
SMO – Saúde Materna e Obstétrica
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TCE- Traumatismo craneo-encefálico
TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTI – Unidade de Intensivos

0. INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, servindo de instrumento de avaliação para a conclusão do CPLEESIP.

O Plano de Estudos do curso supracitado do ICS da UCP contempla a Unidade Curricular Estágio que comporta 3 módulos: Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em Contexto de Doença Aguda e Crónica e Módulo III – Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e Urgência Pediátrica. Cada Módulo de estágio tem uma carga de 250 horas no total, 180h de contacto directo e 70h de trabalho individual.

Ao Módulo I foi-me concedida creditação pela experiência profissional de 6 anos que detenho nesta área aquando da inscrição no curso.

O Módulo II foi desenvolvido no Serviço de Internamento do CHEDV no período de 23 de Abril de 2012 a 23 de Junho de 2012.

O Módulo III realizou-se na UCIN e na Urgência Pediátrica no CHSJ nos períodos de 01 de Outubro de 2012 a 27 de Outubro de 2012 e de 29 de Outubro de 2012 a 24 de Novembro de 2012, respectivamente.

A elaboração deste Relatório de Estágio resulta da análise reflexiva das actividades realizadas no desenvolvimento dos diferentes módulos, bem como das competências adquiridas quer na minha experiência profissional, quer no percurso desenvolvido nos locais de estágio referidos anteriormente.

Neste sentido, com a realização deste Relatório pretendo:

- Reflectir sobre as competências desenvolvidas na minha experiência profissional e ao longo dos estágios do módulo II e III;
- Descrever criticamente as actividades realizadas na minha experiência profissional e ao longo dos estágios do módulo II e III;
- Contribuir como instrumento de avaliação;
- Reflectir as problemáticas actuais em SIP e as dificuldades sentidas na minha experiência profissional e no decorrer dos estágios do módulo II e III.

A metodologia utilizada ao longo da realização deste Relatório de Estágio é reflexiva e descritiva.

A orientação pedagógica é da responsabilidade da Professora Isabel Quelhas.

Este documento encontra-se organizado em capítulos de onde faz parte esta introdução, seguida da descrição e reflexão acerca das actividades realizadas que visa fundamentar a creditação concedida ao módulo I. Posteriormente, a reflexão acerca do desenvolvimento dos estágios do módulo II e III, com a explicitação das actividades concretizadas que levaram a alcançar os objectivos propostos no início dos mesmos, bem como da reflexão deste processo que levou à aquisição das competências definidas no plano de estudos. Por fim, uma conclusão que consiste numa análise síntese do desenvolvimento de todo este percurso académico.

1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A minha experiência profissional em CSP teve início em Agosto de 2005. Após o término da licenciatura em enfermagem iniciei funções nesta área, tendo sido sempre uma das minhas paixões na prestação de cuidados à pessoa e família.

Desde o ano 2007 que exerço a minha actividade na USF Sudoeste pertencente ao ACES Feira-Arouca, localizada no concelho de Santa Maria da Feira. Sou Enfermeira de Família de 420 famílias, prestando cuidados globais de saúde em todo o seu ciclo vital. A Saúde Infantil foi sempre uma área de interesse pessoal, que me fascina e motiva no dia-a-dia.

Neste sentido, algumas competências delineadas no plano de estudos foram sendo adquiridas neste percurso profissional e outras encontravam-se em fase de desenvolvimento, as quais ao longo dos estágios foram alvo de aperfeiçoamento.

Seguidamente, procederei à descrição das competências referidas anteriormente e realizarei uma breve reflexão sobre as actividades realizadas no meu exercício profissional que levaram à aquisição das mesmas.

.....Domínio da Prestação de Cuidados.....

COMPETÊNCIAS

- **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;**
- **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;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

No âmbito da Vigilância de Saúde Infantil a minha prática baseia-se nas linhas orientadoras do Programa Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil da DGS. Neste sentido, como prioridade nas consultas de enfermagem saliento a *avaliação do crescimento e desenvolvimento* através do teste de Mary Sheridan, a *estimulação para optarem por comportamentos saudáveis*, a *promoção do cumprimento do plano nacional de vacinação*, a *detecção e encaminhamento de situações de risco*, bem como o *apoio e estimulação do papel parental*.

Semanalmente realizo 5 a 8 consultas multidisciplinares e 8 a 15 consultas programadas de enfermagem, que podem incluir vacinação, avaliação do peso da criança, esclarecimento de dúvidas, orientação e apoio no papel parental. Durante as consultas mantenho uma atitude de disponibilidade e escuta para com os pais e crianças, negociando os cuidados ou intervenções que sejam necessárias, bem como uma comunicação e relação terapêutica adequada.

Saliento o facto de conseguir ter o privilégio de seguir cerca de 90% das crianças da minha lista de famílias, apresentando uma baixa taxa de faltas nas consultas marcadas, evidenciando a importância da consulta de enfermagem na promoção da saúde e prevenção da doença. Quando as faltas ocorrem é realizado um telefonema para perceber o porquê dessa ausência, remarcando o próximo contacto.

Utilizo a metodologia científica do PE, registando os cuidados prestados em suporte informático, através do SAPE, baseado na CIPE.

A parentalidade sempre foi um foco de atenção da saúde infantil primordial na minha prática diária. Durante as consultas de saúde materna esta área é alvo da minha atenção, promovendo a adaptação a esta nova fase do ciclo de vida, a vinculação, a amamentação e os papéis parentais. Após o nascimento e até ao 8º dia de vida, realizo visitação domiciliária   puérpera e recém-nascido, para avaliar a situa o e adapta o familiar, as condi oes sociais e de habitabilidade, bem como detectar possíveis problemas ou riscos existentes que possam alterar o estado de saúde da criança/família.

A amamentação é um momento crucial para o estabelecimento da vinculação com a criança, pelo que promovo diariamente esta prática, ajudando as mães no esclarecimento de dúvidas.

No ACES existe uma UCC onde as enfermeiras especialistas em SMO e SIP dinamizam o Cantinho da Amamentação e os cursos de Preparação para a Parentalidade. Saliento o

facto de entre o ano de 2007-2009 ter feito parte da equipa que desenvolve os cursos, aumentando e aprofundando os meus conhecimentos nesta área.

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a toda a população (DGS, 2011). Com a sua implementação verificou-se a redução da mortalidade e morbilidade por doenças infecciosas cujas vacinas presentes no PNV protegem. Neste contexto, os enfermeiros assumem primordial importância na divulgação do programa e motivação das famílias para o seu cumprimento (DGS, 2011).

No meu exercício profissional a vacinação é uma prática diária, assumindo prioridade nos meus cuidados pela importância que tem nos ganhos em saúde para a população em geral, e particularmente na saúde infanto-juvenil. Assim, em todos os contactos com as crianças/famílias verifico o seu estado vacinal, administrando as vacinas que forem necessárias seguindo as orientações da DGS, explicando os possíveis efeitos secundários e consequências da não adesão. Mensalmente realizo uma pesquisa da minha lista de crianças/jovens dos 0-18 anos que têm o PNV em atraso, procedendo à convocação por carta, telefone ou através de visitas domiciliárias. De forma a prevenir o absentismo escolar (crianças/jovens) e laboral (pais/familiares), procuro coincidir as consultas de vigilância multidisciplinares com os períodos para vacinação. Saliento o facto da cobertura vacinal que apresentava em 2012 para as crianças dos 0-18 anos se encontrar nos 96%, reflectindo a minha dedicação permanente à vacinação.

O PNV encontra-se em constante actualização, pelo que o enfermeiro tem que estar atento às orientações fornecidas pela DGS, aplicando as mesmas e esclarecendo os pais para o facto de serem baseadas na evidência científica e em estudos realizados por equipas de profissionais especializados, diminuindo a ansiedade e receio muitas vezes presentes. Neste sentido, procuro actualizar-me constantemente sobre as actualizações do PNV, alertando os pais para esta realidade e respondendo de forma assertiva e com conhecimento a todas as suas dúvidas.

A dor é um foco de enfermagem sempre presente no meu exercício profissional, pois como refere a DGS (2008, p.5) *“o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”*. Em CSP a dor advém frequentemente de intervenções como a vacinação, administração de injectáveis e realização de tratamentos. Antecipadamente sempre que sei que a criança vai ser submetida a alguma situação que possa provocar dor, procuro esclarecer os pais para

este facto, alertando-os para as vantagens de explicarem em casa os benefícios para a saúde da criança, com o intuito de desmistificar e reduzir o medo da criança para aquilo que vai acontecer.

Antes de qualquer procedimento explico o que vai ocorrer de acordo com a idade da criança, negociando com ela o momento e a posição que prefere. A minha experiência profissional na gestão da dor em crianças, leva-me a confirmar que as crianças previamente preparadas para os procedimentos a que vão ser submetidas revelam maior cooperação com os profissionais de saúde, bem como uma diminuição do stress e ansiedade.

Em crianças mais pequenas e idade escolar, as estratégias não farmacológicas como a distração, utilização de brinquedos, canções, a contagem dos números e histórias são utilizadas permanentemente para a minimização da sensação de dor. Nos lactentes a sucção não nutritiva durante a vacinação é a estratégia adoptada. Em relação às estratégias farmacológicas, frequentemente utilizo o Paracetamol e o EMLA aquando da administração de injectáveis.

A Educação para a Saúde é uma realidade constante na minha prática. Anualmente a equipa planeia e implementa 3 a 4 sessões de educação para a saúde à população inscrita na USF Sudoeste, das quais 2 estão direccionadas para o âmbito da Saúde Infanto-Juvenil. Neste sentido, pude realizar algumas sessões como formadora: “Leite Materno: O alimento D’Ouro”, “Massagem Infantil” e “Alimentação Infantil no Primeiro Ano de Vida”; e noutras colaborei no desenvolvimento teórico-prático (elaboração de um teatro, organização dos cenários e decorações): “Cuidados a ter com o Sol” e “A criança na Consulta de Enfermagem”. A educação para a adopção de comportamentos de vida saudáveis deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde. É através do conhecimento que as nossas crianças/famílias podem mudar a sua atitude e viver com estilos de vida adequados à prevenção da doença e promoção da saúde.

A Saúde Escolar é uma área crucial no apoio às crianças/jovens e suas famílias. No ACES onde exerço funções esta área encontra-se à responsabilidade de uma equipa específica, que se dedica exclusivamente ao desenvolvimento das sessões que lhe estão inerentes. Por este motivo, não tive oportunidade de colaborar neste âmbito, tendo apenas conhecimento de como está organizada e qual a população alvo. Sempre que ocorre ou é detectada alguma situação que seja necessária encaminhar para cuidados

médicos ou de enfermagem, os profissionais responsáveis na Saúde Escolar entram em contacto com o enfermeiro de família, com o intuito de proceder ao seu acompanhamento.

A capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar torna-se crucial para o bom desenvolvimento da prestação de cuidados à população. As crianças e famílias necessitam muitas vezes de um acompanhamento por outros profissionais de saúde (Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista, Higienista Oral, entre outros), pelo que é realizado o encaminhamento por telefone ou carta de referência, sempre que a sua situação de saúde ou familiar o exija. As situações com que me deparo mais frequentemente, necessitando desta articulação são: distúrbios alimentares (anorexia nervosa, obesidade), disfunções familiares e insucesso escolar.

Após o encaminhamento, consoante a evolução do estado de saúde da criança/família, o médico e enfermeira de família vão recebendo periodicamente informação dos outros profissionais de saúde, marcando consultas de vigilância de saúde regulares. Saliento a boa comunicação e relacionamento que existe na equipa de saúde onde estou integrada, o que facilita muito o meu trabalho neste âmbito, permitindo-me um bom desempenho nesta área e ganhos em saúde para as crianças/famílias.

.....Domínio da Gestão de Cuidados.....

COMPETÊNCIAS

- **Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;**
- **Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.**

A prestação de cuidados de enfermagem na USF é realizada 90% com marcação prévia, pelo que requer uma organização de agendamento regular e verificação diária do tipo de população alvo dos cuidados. Assim, ao final do dia de trabalho revejo e reorganizo os cuidados para o dia seguinte, confirmando as consultas de vigilância marcadas, os domicílios e as consultas de enfermagem gerais (realização de tratamentos, vacinação).

No caso de existirem conflitos, sendo eu a enfermeira com mais anos de serviço no local e mais habilitações académicas, cabe-me a responsabilidade de gerir estas situações, bem como efectuar os registos das mesmas no livro de ocorrências da USF. Felizmente, neste meu percurso profissional não tive muitas ocorrências neste âmbito, tendo apenas

que intervir em duas situações particulares de conflito entre utentes e uma enfermeira da equipa, tendo sido resolvido sem dificuldade.

A gestão de material clínico e medicação é uma actividade permanente durante o meu exercício profissional. Durante a prestação de cuidados procuro gerir adequadamente o material utilizado evitando desperdícios. Verifico sempre a validade e estado de conservação das vacinas e outros medicamentos, procurando a adequada aplicação dos mesmos.

Mensalmente é realizado um controlo do material clínico, bem como das vacinas e outra medicação, tornando-se crucial que não haja nem défice desta, nem excedentário. A gestão adequada permite uma melhoria nos cuidados de enfermagem, bem como uma rentabilização dos recursos, levando a um controlo eficaz dos custos em saúde. Neste sentido, procuro zelar pela qualidade e gestão dos cuidados na área da SIP.

.....Domínio da Formação.....

COMPETÊNCIAS

- **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;**
- **Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;**
- **Promover a formação em serviço na área da EESIP;**
- **Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP;**
- **Colaborar na Integração de Novos Profissionais.**

A Formação é uma componente importante para o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional dos profissionais de saúde. Neste contexto, ao longo dos anos de exercício profissional procurei frequentar formações relacionadas com os CSP e direccionadas também para outras áreas, com o intuito de basear a minha prática na evidência e fomentar esta necessidade nos outros enfermeiros através da transmissão dos resultados obtidos com as formações frequentadas.

No início de cada ano é elaborado o plano anual de formação, numa reunião que realizamos direccionada para este facto, baseando-nos na identificação das necessidades formativas que os enfermeiros manifestam. Assim, durante estes anos tive oportunidade de ser formadora e formanda, participando nas formações internas da USF, tanto interprofissionais como multidisciplinares.

A Supervisão do exercício profissional de outros enfermeiros é uma presença constante na minha prática. Neste contexto, senti necessidade de realizar formação em supervisão clínica a qual foi concretizada e que me permite uma maior qualidade em termos da orientação de outros profissionais de saúde.

Todos os anos temos na USF alunos de licenciatura de enfermagem a desenvolverem os seus estágios, pelo que num período do ano tenho sempre um aluno sob minha supervisão e orientação. Quando recebemos os alunos tenho como princípios gerais, dar a conhecer a organização e a dinâmica da USF, os documentos/protocolos principais que regulam a prestação de cuidados inter/multidisciplinares e fomentar o pensamento crítico.

A integração de novos profissionais nas unidades de saúde detém-se de uma enorme importância para a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros devem ser sujeitos a uma integração gradual e sob supervisão de outros profissionais com qualificações para a desenvolver. Neste sentido, tive oportunidade de orientar duas dessas integrações no serviço. Estas integrações tiveram sempre por base o incentivo à auto formação e desenvolvimento desses profissionais e à prática de uma reflexão constante sobre o seu exercício profissional.

.....**Domínio da Investigação**.....

COMPETÊNCIAS

- **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.**

Ao longo destes 7 anos de exercício profissional em CSP a Investigação acompanhou continuamente a minha prestação de cuidados às crianças e famílias. As pesquisas bibliográficas realizadas em diferentes bases de dados, artigos e livros, permitiram-me melhorar o meu exercício profissional, bem como evoluir na qualidade dos cuidados prestados na área da Saúde Infantil. Neste sentido, procurei incorporar os resultados das investigações consultadas na minha prestação de cuidados à criança e família.

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, artigo 9º) *“os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”*.

No ACES Feira-Arouca existem projectos e estudos de investigação em desenvolvimento na área da saúde infantil, pelo que tive oportunidade de colaborar em alguns: “Projecto Peso e Medida” em 2007 e “Prevalência do Aleitamento Materno” em 2009.

O Projecto “Peso e Medida” refere-se à prevalência da obesidade infantil no Concelho de Santa Maria da Feira e à implementação de medidas para a sua diminuição e minimização dos efeitos na saúde das crianças e famílias. A minha participação neste âmbito incluiu a avaliação antropométrica das crianças seleccionadas e o encaminhamento/referenciação das mesmas para o serviço de nutrição e endocrinologia do CHEDV que realiza parceria com a equipa dos CSP envolvida no projecto.

O estudo da “Prevalência do Aleitamento Materno” nas crianças até aos 6 meses no Concelho de Santa Maria da Feira não seguiu os seus objectivos inicialmente definidos, uma vez que a equipa foi desmembrada e a organização do Centro de Saúde sofreu modificações. Contudo, neste âmbito participei na elaboração e aplicação do questionário aos pais. Uma vez que não houve conclusão deste estudo, pretendo no ano de 2014 iniciar um projecto nesta área na USF onde exerço a minha actividade profissional.

A Investigação deve nortear a prática do enfermeiro, permitindo uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, bem como a sua afirmação na sociedade enquanto disciplina com o carácter científico que comporta.

Em conclusão, considero ter desenvolvido as competências anteriormente descritas, contudo, com a convicção que estas foram alvo de aperfeiçoamento e aprofundamento durante o CPLEESIP e o desenvolvimento dos estágios que lhe são inerentes.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP define 29 competências a adquirir ao longo do desenvolvimento do nosso percurso profissional e académico, para que possamos obter o título de EE em SIP.

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, Artigo 4)

“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Neste contexto, ao longo do capítulo irei proceder à análise reflexiva do desenvolvimento do Estágio, enumerando as competências adquiridas, os objectivos específicos que contribuíram para alcançar as mesmas, as actividades realizadas e os aspectos que foram mais relevantes no meu percurso pessoal e académico.

As competências serão agrupadas em 4 domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2004): Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação, com o intuito de facilitar a organização e compreensão de todo o percurso desenvolvido.

2.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O papel do EE na prestação de cuidados à criança/família é de extrema importância, pois detém conhecimentos técnicos e científicos que possibilitam uma resposta mais personalizada e direccionada, com vista à prevenção da doença e promoção da saúde tanto individual como da família na sua globalidade. A compreensão do ciclo familiar, a forma como a criança é entendida no seu seio e se desenvolve é crucial para a adequada mobilização dos recursos sociais de apoio, bem como para o sucesso dos cuidados prestados.

No domínio da prestação de cuidados de enfermagem englobamos as acções autónomas e interdependentes (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). A minha reflexão incide

principalmente nas intervenções autónomas, pois são essas que evidenciam a nossa autonomia nos cuidados. Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, artigo 9) entende-se por acções autónomas aquelas que são “realizadas por enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais (...)”.

COMPETÊNCIAS

- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**
- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;**
- **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;**
- **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;**
- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>
<i>Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem</i>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Integrei e conheci a equipa de saúde interdisciplinar e multidisciplinar; ★ Observei e colaborei com as enfermeiras tutoras na prestação de cuidados de enfermagem ★ Prestei cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, segundo a metodologia do processo de enfermagem; ★ Identifiquei os principais focos da prática, sensíveis aos cuidados de enfermagem;
<i>Promover a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família</i>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Efectuei registos dos cuidados nos sistemas de informação em vigor nos serviços; ★ Utilizei a linguagem CIPE no registo dos cuidados de enfermagem; ★ Observei e colaborei no processo de triagem da

<i>durante o processo de hospitalização</i>	criança/jovem;
<i>Aprofundar competências no processo de preparação do regresso a casa</i>	<ul style="list-style-type: none">★ Realizei o acolhimento da criança/jovem e família;★ Aprofundei conhecimentos sobre o programa NIDCAP;★ Proporcionei actividades lúdicas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança/jovem;★ Proporcionei actividades promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança/família, durante a hospitalização;★ Minimizei os possíveis efeitos negativos da hospitalização na criança/jovem e família;★ Preparei o regresso a casa da criança/jovem e família.

A enfermagem tem vindo cada vez mais a ser considerada uma profissão com princípios éticos e sociais importantes. O EE deve possuir responsabilidades e competências neste âmbito, de forma a prestar cuidados de excelência e qualidade. Neste sentido, tomei decisões e prestei cuidados à criança/família tendo sempre presente os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Queirós, et al., (2000, p.39) refere que “*a enfermeira demonstra perícias éticas quando se preocupa, verdadeiramente, com o que se está a passar com o doente e família*”. Em todos os contextos de estágio demonstrei preocupação e interesse pelos problemas que a criança/família apresentavam, tendo sempre uma atitude de disponibilidade e de atenção para com a resolução dos mesmos. A protecção da dignidade, direitos humanos e da confidencialidade foi mantida na prestação de cuidados à criança/família.

Ao longo do desenvolvimento do estágio orientei a minha prestação tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem. Segundo Hockenberry, et al. (2011) este método permite ao enfermeiro avaliar e identificar os problemas da pessoa e família, organizando e decidindo quais as intervenções mais adequadas para solucioná-los. Em todos os contextos de estágio elaborei planos de cuidados, realizando a avaliação inicial, levantando os diagnósticos de enfermagem, planeando os cuidados e intervenções e efectuando a avaliação e registo dos mesmos. Procedi aos registos em sistema informático em vigor nos serviços, excepto no serviço de internamento de pediatria, pois eram realizados me suporte de papel.

Os motivos de internamento mais frequentes em todos os contextos de estágio encontram-se resumidos no Anexo III, procedendo apenas ao enfoque dos focos de enfermagem mais frequentes nos serviços.

No serviço de internamento de pediatria tive oportunidade de realizar *9 acolhimentos*, prestar cuidados de enfermagem a *41 crianças/famílias* e *preparar 7 regressos a casa*.

Durante o acolhimento procurei apresentar à criança/família os recursos físicos, explicando as regras e orientações do serviço, bem como realizar a colheita de dados para desenvolvimento da etapa da avaliação inicial do PE. Mantive uma postura empática, acolhedora e calma, permitindo-me estabelecer um relacionamento terapêutico de confiança e promover uma adaptação positiva da criança e família à hospitalização.

Os focos de enfermagem mais presentes no serviço foram o papel parental, amamentação, dor, vinculação e os cuidados de higiene. Prestei cuidados no sentido de promover ganhos em saúde, ensinando, instruindo e treinando a criança/família acerca das lacunas de conhecimentos e habilidades diagnosticadas. Procurei apoiar e incentivar à sua participação nos cuidados, promovendo a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento.

O papel parental, a amamentação e a dor são focos abordados mais pormenorizadamente em reflexões seguintes, uma vez que foram transversais a todos os contextos de estágio, merecendo uma atenção particular.

Houveram situações particulares que me marcaram neste contexto de internamento, nomeadamente, uma jovem com Diabetes Mellitus que não tinha aceiteado o seu estado de saúde, não cumprindo adequadamente a sua vigilância e tratamento, pelo que necessitou de um acompanhamento mais próximo. No início do contacto com esta jovem, uma decisão médica, fez-me reflectir e partilhar os meus pensamentos e sentimentos com a enfermeira tutora e restante equipa, transcrevendo também para o papel (Anexo IV).

Após estar com a responsabilidade de lhe prestar cuidados em dois turnos, consegui no final obter a sua confiança e aceitação, motivando-a para a realização da sua auto-vigilância e tratamento, conseguindo que ela obtivesse capacidades neste âmbito. Procurei negociar os cuidados com a jovem, conseguindo estabelecer uma relação terapêutica. Como refere Hockenberry, et al. (2011, p.592) *“a tomada de decisão compartilhada entre a criança, a família e a equipa de saúde pode ser consequente à*

comunicação aberta, honesta e culturalmente sensível e ao estabelecimento de uma relação terapêutica entre a família e os profissionais de saúde”.

A hospitalização é um período de crise tanto para a criança como para a família. As reacções à crise por parte da criança são influenciadas pelas suas idades, experiências anteriores, mecanismos de coping inerentes, gravidade do diagnóstico e o sistema de recursos de apoio (Hockenberry, et al., 2011). O processo de hospitalização tem factores stressantes intrínsecos que influenciam a adaptação da criança/família ao mesmo. Os factores stressantes incluem a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Hockenberry, et al., 2011). É importante que o enfermeiro esteja atento a estes factores para melhor intervir na minimização dos mesmos e orientar os pais e família para a presença dos mesmos.

Mediante o que a evidência demonstra os sentimentos/reacções mais frequentes que observei foram: choro, raiva, ansiedade, recusa de colaboração com os profissionais e recusa alimentar. Segundo Hockenberry (2011) a ansiedade, a recusa alimentar e de colaboração com os profissionais são reacções típicas das crianças em pré-escolar. As crianças mais pequenas mostram regularmente dificuldade em dormir, incontinência de esfíncteres e choro.

Neste âmbito, procurei adoptar estratégias de forma a minimizar os efeitos dos factores stressantes e maximizar os potenciadores. Com o intuito de prevenir a separação, motivei a presença dos pais ou da figura significativa para a criança, o contacto visual e o toque. Incentivei à comunicação calma e com tom de voz tranquilo. Em crianças mais pequenas a atenção depositava neste aspecto da separação torna-se crucial pois possuem um conceito limitado de tempo, pelo que os pais devem ser incentivados a explicar à criança o período que vão estar ausentes e que demoram a voltar (Hockenberry, et al., 2011). Em crianças mais velhas e adolescentes, o facto dos pais estabelecerem um horário de visitas e cumprirem-no é importante para a criação da segurança e confiança. Este aspecto foi incentivado e explicado aos pais, com o intuito de prevenir as sensações de ansiedade e medo nesta faixa etária.

A presença de objectos pessoais junto da criança/jovem foi uma situação constante durante a prestação de cuidados, explicando aos pais a sensação de segurança que transmite. De acordo com Hockenberry, et al. (2011, p.687) *“Um ambiente familiar também melhora o ajuste da criança à separação. Quando os pais não podem ficar com*

a criança, eles devem deixar objectos preferidos de casa, como cobertor, brinquedos, mamadeira, talheres, ou roupas”.

O impacto que a separação pode causar nas crianças em idade escolar e nos adolescentes é inferior em relação às outras faixas etárias. Sentem a falta da orientação dos pais e a segurança que eles transmitem, contudo o afastamento dos grupos de pares pode ser bem mais significativo nesta etapa de desenvolvimento (Hockenberry, et al., 2011). Desta forma, procurei incentivar as visitas dos pais, com o intuito de minimizar o stressor da separação.

No sentido de minimizar a perda de controlo e potenciar o desenvolvimento da criança, tentei manter as rotinas diárias e negocieei todos os cuidados com a criança/jovem. Nas crianças do pré-escolar é frequente as fantasias e percepções das coisas baseadas no imaginário. Desta forma, a explicação sobre a doença, o processo de hospitalização e as intervenções realizadas foi dada, adaptando a linguagem ao nível cognitivo da criança. Devemos capacitar a crianças em idade escolar para o seu autocuidado, pelo que durante a hospitalização fui incentivando as mesmas a realizarem algumas actividades que eram capazes e a cuidarem de si próprias, dando-lhes a autonomia e a independência que tanto apreciam.

O medo da lesão corporal e da dor são factores stressantes comuns a todas as crianças e jovens. Neste sentido, é importante explicar todos os procedimentos a realizar e os seus possíveis efeitos (Hockenberry, et al., 2011). Assim, procurei explicar antecipadamente todos os cuidados a prestar, bem como os efeitos colaterais.

Com o intuito de potenciar o crescimento e desenvolvimento da criança foram promovidas actividades adequadas à sua faixa etária e de desenvolvimento, nomeadamente, actividades lúdicas, recreativas e de expressão, como jogos quebra-cabeça, brincadeira, livros, jogos electrónicos e recreação de pequenos teatros.

A preparação do regresso a casa no serviço de internamento é realizado desde o momento da admissão no serviço, no entanto, a articulação com os restantes recursos da comunidade, nomeadamente os CSP é praticamente inexistente. Assim, este foi um aspecto alvo de reflexão com a enfermeira tutora e restante equipa. O regresso a casa é um processo que deve iniciar-se o mais precocemente possível, ser multidisciplinar, baseando-se no diagnóstico das necessidades da criança/jovem e família (Hockenberry, et al., 2011).

Neste sentido, realizei a avaliação e intervi nas habilidades e conhecimentos que a criança/família não apresentavam, de forma a permitir uma autonomia e segurança nos cuidados após o regresso a casa. Pude efectuar duas referências por carta para os CSP em situações de crianças com necessidade de tratamento a ferida cirúrgica. Estas eram as únicas situações em que os enfermeiros encaminhavam a criança/família, o que na minha opinião não é o mais adequado, pois todas as situações devem ser alvo do conhecimento do enfermeiro de família, de forma a permitir uma avaliação e orientação mais eficaz e eficiente no contexto familiar e social.

Relativamente ao SUP, observei e prestei cuidados de enfermagem a 40 crianças/famílias. Tive oportunidade de assistir a uma situação de emergência de um RN, analisando e reflectindo sobre o papel do EE neste âmbito, ao qual me refiro ao longo do relatório. Neste contexto pude passar pelas cinco áreas de prestação de cuidados que o compõem: Emergência, OBS, Sala de Pequena Cirurgia, Assistência Clínica e Triagem.

O Acolhimento em contexto de urgência é iniciado na Triagem, pelo que o papel do EE é crucial neste primeiro contacto. Este possui competências técnicas e científicas para observar a criança/família identificando potenciais problemas de forma rápida, intervindo de forma a minimizar os seus efeitos e potencializando a qualidade de vida da criança. Mostra disponibilidade e escuta activa, informando a família sobre o tempo de espera, bem como as normas e orientações do funcionamento da urgência.

O sistema de triagem em vigor no serviço é o Canadian Paediatric Triage, revelando-se eficiente e fiável na avaliação preliminar da criança/jovem. Na área da triagem apenas fiquei pela observação/colaboração, uma vez que exigem formação específica para o seu desenvolvimento. Assim, pude observar/colaborar na realização de 56 triagens, aplicando sempre a sequência recomendada, avaliação do triângulo pediátrico e só, posteriormente, investigar a queixa principal e avaliação de possíveis parâmetros vitais necessários. Verifiquei a prática da triagem avançada, que consiste na administração de terapêutica antes da avaliação médica, como analgésicos, antipiréticos e oxigénio.

Os focos de enfermagem maioritariamente identificados foram a febre, dor, vômitos, diarreia, papel parental, expectorar, alterações de comportamento, contusão e entorse. Pude prestar cuidados de enfermagem segundo a metodologia do processo de enfermagem, intervindo com acções autónomas, como realização de ensinamentos sobre alimentação, cuidados de higiene, amamentação, bem como com acções

interdependentes, administrando terapêutica prescrita e realizando técnicas invasivas (aspiração de secreções, colheitas de sangue, enema de limpeza). Esclareci dúvidas da criança/jovem e família, informei acerca dos cuidados de vigilância e outros que devem impulsionar a vinda à urgência.

Pude observar e colaborar na realização de *3 suturas* na face de crianças entre os 3 e os 10 anos, bem como na assistência a *3 jovens vítimas de acidente de viação*. Consegui perceber e participar nos cuidados de enfermagem que são indicados nesta última situação: avaliação dos sinais vitais, transferência para o plano duro do serviço e vigilância do seu estado geral.

Durante o tempo de permanência da criança no serviço tentei minimizar os efeitos negativos da hospitalização, criando um ambiente de empatia, utilizando brincadeiras e distração. Para minimizar o stress vivenciado pela criança/família informei-os do seu estado de saúde, expliquei todos os procedimentos realizados e o porquê, promovendo a continuação do seu papel de cuidadores.

Neste contexto a preparação do regresso a casa possui características particulares pelo pouco tempo de permanência no serviço. Assim, aproveitei todos os momentos para explicar à criança/família, de forma simples, clara e objectiva, cuidados relacionados com o problema que a fez recorrer ao serviço de urgência. O stress vivenciado neste contexto não permite a assimilação de muita informação, a criança/família apenas quer que a situação seja resolvida de forma rápida, pelo que procurei resumir a informação fornecida.

Pessoalmente, o contexto de estágio da UCIN foi o que mais me preencheu pessoal e profissionalmente. Realizei *3 admissões* que ocorreram durante o turno da noite, assisti *10 RN de risco intermédio, 12 RN de alto risco e preparei o regresso a casa de 2 RN e suas famílias*.

Durante a admissão dos RN prestei os seguintes cuidados: coloquei-o numa incubadora pré-aquecida, realizei avaliação global das suas condições respiratórias e circulatórias, avaliei parâmetros vitais e antropométricos, avaliei a dor, colaborei na cateterização de veia periférica e na recolha de sangue para análises laboratoriais, administrei medicação prescrita, identifiquei os focos de enfermagem e planeei/registei as intervenções de enfermagem necessárias. A colheita de dados e orientação dos pais não foi realizada no momento da admissão pois estes não estavam presentes, pelo que no turno seguinte este contacto foi estabelecido pela enfermeira responsável.

Os focos de enfermagem mais frequentes identificados no serviço foram: Dispneia, Estridor, Febre, Integridade Cutânea, Infecção, Dor, Papel Parental e Desenvolvimento Infantil. Prestei cuidados especializados de enfermagem aos RN de risco intermédio e alto risco em colaboração com a enfermeira tutora, discutindo e sugerindo novas formas de actuação durante os mesmos. Os RN com ventilação assistida, com problemas do foro cardíaco e com idade gestacional inferior às 32 semanas foram aqueles que tive mais oportunidades de assistir. Também prestei cuidados a um RN com necessidade de ser submetido a cirurgia, tendo-o acompanhado no pré e pós-operatório com necessidades específicas de cuidados, já que voltou traqueostomizado.

A assistência a estes RN incluiu avaliação do crescimento e desenvolvimento, o banho, massagem, cuidados à pele, alimentação por sonda e biberão, cuidados específicos relacionados com a ventilação (mudança de equipamentos) e administração de medicação. Realizei ensinamentos e instruí os pais sobre a amamentação e extracção de leite materno e incentivei a sua colaboração nos cuidados (mudança de fralda, alimentar por sonda ou biberão e cuidados de conforto gerais). Avaliei o grau de autonomia dos pais na prestação de cuidados, ajudando-os nesta adaptação à nova fase de desenvolvimento dos seus filhos e da família.

A prestação de cuidados em RN submetidos ao protocolo de hipotermia permitiu-me um novo aporte de saberes. Tive a oportunidade de acompanhar o início e o fim da realização do protocolo a 2 RN, permitindo-me obter um conhecimento completo sobre este método nos neonatos. O protocolo de Hipotermia consiste na redução da temperatura central (33.0°C) para alcançar objectivos terapêuticos pré-definidos (Feitosa-Filho, et al., 2009). Este método tem vindo a ser bastante discutido entre a comunidade científica, existindo evidências sobre os benefícios da sua aplicabilidade.

A indução da hipotermia deve ser iniciada nas primeiras 6 horas de vida e manter-se durante 72 horas, proporcionando a diminuição dos riscos de sequelas. Existem critérios pré-definidos para a sua realização, devendo estes serem cumpridos e avaliados pelos elementos médicos que assistem os RN (Sampaio, et al., 2010).

Após a admissão destes RN na UCIN observei e colaborei nos cuidados iniciais prestados pela enfermeira tutora. Estes incluíram a monitorização de hora a hora de parâmetros vitais (Tensão arterial, Frequência Cardíaca e Respiratória, Saturações de O₂ periféricas e centrais, Temperatura corporal periférica e central), Cuidados de

Conforto ao RN, Massagem, Aspiração de Secreções, Realização de Balanço Hídrico, Avaliação da Dor, Administração de Terapêutica prescrita.

O reaquecimento dos RN é iniciado após as 72 horas, numa subida de 0.5°C a 1°C de hora a hora, até aos 37°C. Durante este reaquecimento vigiei os parâmetros vitais também com a frequência recomendada durante a indução e o comportamento geral do RN, uma vez que a velocidade do reaquecimento deve ser individualizada.

Observei 2 cateterizações umbilicais realizadas pelos médicos com a colaboração dos enfermeiros. Apercebi-me da importância do apoio dos enfermeiros nesta área, e especificamente dos cuidados que necessitam de ter após esta intervenção médica: vigiar sinais de hemorragia, infecção e comprometimento circulatório, registar a medida inicial da inserção do cateter.

Com o objectivo de minimizar os stressores da hospitalização e potenciar o desenvolvimento da criança procurei colaborar e aplicar os princípios do programa NIDCAP, instituído no serviço. Assim, durante a prestação de cuidados ao RN procurei diminuir a luminosidade e os ruídos, reduzir as manipulações físicas, proporcionar contacto pele a pele, posicioná-lo de forma a minimizar o sentimento de insegurança, organizar os cuidados de forma estruturada e avaliar as suas respostas comportamentais aos cuidados. Os EE são os enfermeiros inseridos no desenvolvimento deste programa, pelas competências e capacidades que possuem.

Em relação à preparação do regresso a casa, no serviço de Neonatologia este aspecto é altamente realçado nos cuidados de enfermagem prestados. Realizei o levantamento de necessidades e grau de conhecimentos que os pais tinham para posteriormente ensinar sobre os aspectos em que revelavam não estar tão despertos ou autónomos.

Apliquei o procedimento instituído na UCIN para o regresso a casa dos RN/famílias, de onde faz parte uma chek list com as áreas em que temos de verificar se os pais estão autónomos e aplicar os ensinamentos e instruções necessárias. Ao longo da hospitalização do RN esta chek list foi sendo preenchida consoante os ensinamentos realizados e conhecimentos/habilidades demonstrados pelos pais. Tamez et al. (2009, p.225) confirma-nos este aspecto referindo que *“Para facilitar a documentação da orientação de alta, sugere-se seguir uma ficha que contenha todos esses pontos a serem discutidos com os pais”*. Ainda segundo Tamez et al. (2009, p.224) *“(...) o planeamento e o ensino dos pais devem ser feitos com antecedência, sendo o preparo da alta iniciado já por ocasião da admissão”*. Desenvolvi este processo de preparação ao longo da

hospitalização do RN/família, fornecendo informação concisa, clara e com uma linguagem adequada ao nível de compreensão dos pais, de forma a diminuir os seus receios e ansiedade.

O RN e os pais só se ausentam do serviço depois de estar assegurado o transporte seguro em cadeira da criança. Assim como refere Hockenberry, et al. (2011, p.245) *“Um aspecto essencial do ensinamento sobre a alta é assegurar o transporte seguro do recém-nascido para casa em um assento para carro com cinto de segurança e com aprovação federal”*.

Em todo o desenvolvimento do estágio procurei conhecer a equipa multidisciplinar, interagir e prestar cuidados em colaboração com a mesma. Fiz o encaminhamento da criança para outras especialidades sempre que necessário, quer através do sistema informático, quer por telefone e/ou pessoalmente.

COMPETÊNCIAS

- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família especialmente na área da EESIP;**
- **Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.**

Objectivos Específicos

Actividades

Desenvolver

competências na gestão

da dor

- ★ Conheci as escalas de dor aplicadas nos serviços;
- ★ Realizei a avaliação e medição da dor na criança/jovem;
- ★ Implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor na criança/jovem.

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional, com efeitos na qualidade de vida das pessoas, pelo que se torna num desafio para os enfermeiros compreendê-la e actuar no sentido de minimizá-la ou eliminá-la. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.50) a dor é o

“aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social,

processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.

De acordo com Batalha (2010) a dor enquanto experiência humana tem significados pessoais e sociais diferentes, particulares de cada pessoa, sendo influenciada por mitos, crenças, valores culturais e religiosos, que por vezes impedem uma abordagem clara e precisa. Assim, deve ser avaliada e tratada como experiência pessoal de quem a vivencia e de quem dela cuida.

Pela sua importância comprovada na qualidade de vida da pessoa, a dor foi instituída como 5º sinal vital através da circular normativa nº9 de 14/06/2003 da DGS. Neste sentido, os profissionais de saúde devem encarar a presença e avaliação da dor como uma prioridade na prestação de cuidados.

Avaliar e medir são dois conceitos distintos na abordagem da dor. Avaliar implica perceber quais os estímulos que a provocam, factores agravantes, efeitos na vida da criança/família, respostas que esta manifesta, localização, duração e intensidade. Medir diz respeito à quantificação da dor através da aplicação de escalas adequadas (Batalha, 2010).

Neste âmbito, em todos os contextos de estágio procurei avaliar a dor tendo em conta todos os factores influenciadores presentes, como o estadio de crescimento e desenvolvimento da criança, episódios de stress familiar ou extrafamiliar (escola, hospital), expressão sintomática e vulnerabilidade da criança (doença aguda ou crónica, problemas psicológicos).

As manifestações da dor podem ser verbais ou não-verbais. Assim, estive atenta não só ao que a criança verbalizava, mas também aos seus comportamentos, expressões e reacções demonstradas. Em RN e crianças mais pequenas, este tipo de exteriorizações são cruciais para uma boa avaliação e medição da dor, pelo que procurei identificar expressões faciais (compressão da fenda palpebral, contractura e abertura da boca, tremor do queixo, olhos fechados), modificações de comportamento (sono agitado, diminuição da interacção, agitação de contacto) e sinais físicos (palidez, polipneia, taquicardia).

Ao longo do desenvolvimento do estágio pude aplicar escalas de avaliação da dor, de forma a quantificar eficazmente a mesma. Nos últimos anos os métodos e escalas existentes para a avaliação e medição da dor tornaram-se cada vez mais fiáveis e eficazes. No entanto, esta actividade mantém-se complexa e desafiadora quando

realizada na criança. A forma como as crianças manifestam a dor depende da sua maturidade cognitiva e da linguagem desenvolvida (Hockenberry, et al., 2011).

Recolhi informação com os pais e observei criteriosamente o comportamento da criança com o intuito de realizar uma correcta avaliação do grau de dor presente. Tive uma atitude calma para com a criança/jovem com dor, apoiando-os neste momento de stress e deixando por vezes a criança ao colo de forma a permitir um contacto de segurança com os familiares. Como refere Metzger, et al. (2002, p.167)

“No primeiro contacto com uma criança com dor, é necessário ser-se paciente e atento, observá-la de longe e deixá-la ficar ao colo dos pais. (...) A criança pequena não tem capacidade para comunicar a sua dor aqueles que a rodeiam, sendo essencial uma boa observação feita por terceiros. A observação será completada com as perguntas feitas aos pais: características do sono, facilidade em ser consolada, distúrbios alimentares.”

Ao permitir consolar a crianças, ajuda-nos muitas vezes a despistar outras causas para a sua agitação que não estejam associadas à dor (Metzger, et al., 2002).

Quer os instrumentos de auto avaliação, quer os de hetero avaliação foram utilizados ao longo deste percurso, permitindo-me aumentar a minha experiência e competência na sua correcta aplicação.

Os instrumentos de auto-avaliação disponíveis são imensos, contudo os que mais utilizei foram a escala analógica visual, numérica e de faces. Como nos diz Batalha (2010, p.28) *“as escalas de auto avaliação empregues em crianças em idade escolar são válidas para uso em adolescentes”*, pelo que em crianças desde os 3 anos até aos jovens adolescentes, estes foram os instrumentos que mais apliquei e que se revelaram eficientes. Procurei sempre validar a compreensão da criança/jovem após explicar como funcionavam, de forma a evitar medições incorrectas.

Os instrumentos de hetero avaliação são utilizados em crianças incapazes de se auto avaliar. A escala de EDIN foi a implementada na UCIN, tendo sido a utilizada por mim durante a prestação de cuidados neste contexto. Não tive dificuldade na sua aplicação ao neonato, pelo que se revelou uma mais valia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança. De acordo com Batalha (2010) esta escala é de aplicabilidade rápida, simples e o nível de eficácia e eficiente elevado.

Em todos os contextos de estágio a prática de avaliação e medição da dor estava instituída, sendo alvo de aplicação e registos pelo menos uma vez por turno.

Relativamente aos tratamentos não farmacológicos realizados pude utilizar: diminuição da estimulação ambiental (ruído, manipulações físicas); posicionamento; incentivo à realização da técnica do canguru; sucção não nutritiva; oferecer solução açucarada; massagem e colo dos pais; relaxamento e distração. A informação fornecida pré procedimento revelou-se importante na redução e minimização do efeito da dor na criança/jovem.

Os tratamentos farmacológicos também foram administrados, tendo sido os fármacos mais frequentes: Morfina, Fentanil, Midazolam, Paracetamol e EMLA.

Verifiquei a existência de protocolos e normas de actuação perante a presença de dor na criança/jovem nos serviços de urgência pediátrica e UCIN. No entanto, no serviço de internamento pude constatar esta falha, que na minha opinião poderia melhorar a prestação de cuidados neste âmbito. Como reforça Batalha (2010, p.48) “*a formação dos profissionais de saúde e a criação de protocolos melhoram as práticas ao facilitarem a comunicação e conseqüentemente o planeamento dos cuidados*”.

Objectivos Específicos

Actividades

<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>
<i>Promover o desenvolvimento dos papéis parentais</i>	<ul style="list-style-type: none">★ Identifiquei e avaliei as necessidades parentais;★ Orientei e apoiei os pais na tomada de decisão;★ Valorizei os conhecimentos, desempenho e competências dos pais;★ Incentivei os pais para a amamentação;★ Ensinei e Instrui sobre aleitamento materno e artificial;
<i>Promover a parceria de cuidados</i>	<ul style="list-style-type: none">★ Negociei os cuidados a prestar com a criança/jovem e família;★ Incentivei a participação dos pais nos cuidados à criança/jovem;★ Incentivei a prática do método Canguru.

Actualmente o EE enfrenta um desafio enorme na área da Parentalidade. Com as mudanças sociais e de valores que ocorreram nos últimos anos, a atenção e disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro é crucial no sucesso do desempenho dos papéis parentais.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2011, p.66) a Parentalidade consiste em

“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Neste âmbito, os papéis parentais devem ser promovidos e desenvolvidos, apesar das circunstâncias de saúde da criança/família. O EE tem aqui uma intervenção importante no apoio e orientação dos pais para o desempenho dos mesmos.

Os factores que podem influenciar na transição para o papel parental são vários, pelo que o profissional de saúde deve conhecê-los e ter uma atitude de constante busca de informação, no sentido de prevenir/minimizar os seus efeitos. Assim, procurei em todos os contextos de estágio realizar uma boa colheita de dados, reconhecendo e intervindo nos possíveis factores influenciadores (idade dos pais, motivação e envolvimento dos pais, nível de conhecimentos e sistemas de apoio) presentes.

Em todo o processo de hospitalização, a família, nomeadamente os pais devem ser alvo dos cuidados. Também eles podem desenvolver stressores que influenciam o seu estado de saúde no momento. Em contexto de UCIN esta situação é muito evidente, pois os pais estão envoltos de imensos sentimentos, emoções e inseguranças. Um momento como o nascimento dos seus filhos que deveria ser uma alegria, muitas vezes torna-se num episódio de angústia e de alterações significativas nas vidas familiares e sociais deles.

Pude presenciar três situações que evidenciam este aspecto. Dois óbitos de RN e outro de uma mãe após o parto. Neste âmbito, pude observar a actuação do EE, tendo partilhado com a equipa a minha opinião quanto a excelência e qualidade dos cuidados prestados. Relativamente à situação em que os RN faleceram, o cuidado em dar opção aos pais de quererem estar ou não com o seu filho, de tocá-lo, de possibilitar espaço para exprimirem o que sentem e desejam, foram aspectos importantes que constatei durante esta prestação de cuidados à família. Tamez et al. (2009, p.85) alerta no sentido de que *“para ajudar no processo de ajustamento da perda, devem ser oferecidas opções para que os pais passem por este processo, permitir que eles expressem se gostariam de ver o recém-nascido, tocá-lo, e fornecer recordações que testemunham a existência desse bebé”.*

Relativamente à situação em que faleceu a mãe da criança, o apoio emocional e psicológico prestado ao pai e familiares, bem como a busca de informação acerca dos sistemas de apoio que detinham, foram cuidados extremamente importantes não só para ajudar o pai no processo de transição para o seu papel parental, mas também no processo de luto que iniciou. Pude participar nestas intervenções, apoiando o pai e realizando os ensinamentos necessários para que ele conseguisse interiorizar o cuidado à criança, bem como na avaliação das capacidades e condições para a obtenção do sucesso no regresso a casa.

Estas experiências foram marcantes no meu percurso de estágio, pois fizeram-me reflectir sobre a importância de estarmos preparados para cuidar de famílias que vivenciam momentos tão destrutivos, mas que no entanto, podem ser simultaneamente unificadores de relações entre os seus elementos, revelando uma interajuda avassaladora.

Ao longo do caminho percorrido, apoiei o exercício dos papéis parentais, avaliando os conhecimentos e capacidades dos pais para cuidarem dos seus filhos, incentivando-os e elogiando a sua prestação de cuidados. Promovi a presença dos pais junto da criança, o estabelecimento de uma relação de afecto e apego, o toque, o contacto visual, o diálogo e a prática do colo, de forma a diminuir a ansiedade e o stress vivenciado com a hospitalização, potencializando as capacidades parentais.

A técnica do Canguru está comprovada que traz benefícios para o RN e para os pais, devendo ser executada em horário previamente combinado e informados de que havendo alguma mudança emergente no estado de saúde dos seus filhos, esse procedimento poderá ser transferido para outro momento (Tamez, et al., 2009). Neste sentido, procurei promover esta prática, realizando-a activamente na UCIN e Serviço de Internamento de Pediatria.

A Amamentação foi um foco de enfermagem sempre presente em todos os contextos de estágio, uma vez que o EE enquanto promotor dos papéis parentais, deve ter como prioridade o incentivo, apoio e orientação durante a fase de Aleitamento Materno.

No serviço de Urgência Pediátrica tive oportunidade de prestar cuidados a crianças que se alimentavam exclusivamente de leite materno, pelo que sempre que revelavam esta necessidade, incentivei a mãe a dar a mama, observando a técnica, ajudando e apoiando quando esta não se encontrava a ser desenvolvida correctamente. Realizei ensinamentos

acerca dos sinais de fome no RN, uma vez que, verifiquei algumas lacunas neste âmbito em mães que recorreram ao serviço.

No Serviço de Internamento, os RN com quem contactei e que se alimentavam de leite materno, encontravam-se numa fase inicial do estabelecimento da amamentação. Neste sentido, verifiquei pegas incorrectas e prática de horários pré-estabelecidos para o RN mamar, pelo que realizei ensinamentos e instruí os pais acerca destes temas. Reforcei as vantagens da amamentação e incentivei à extracção de leite aquando da impossibilidade de dar de mamar.

Na UCIN o estabelecimento da amamentação é um desafio constante. O RN frequentemente não pode ir à mama, por diversos motivos: imaturidade nos reflexos de sucção e deglutição, gastos de energia acentuados que podem colocar em causa o seu estado de saúde. Neste sentido, ensinei e incentivei as mães a extraírem leite materno através de bomba eléctrica presente no serviço, estratégias de estimular o reflexo de ocitocina e de manter a produção do leite. Sempre que era possível o bebé ir à mama, esta prática era promovida, ajudando e apoiando as mães neste percurso de aprendizagem.

De acordo com UNICEF (2008, p.15 e 16) *“Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Durante este período de tempo, a mãe deverá ser ajudada (...) por profissionais de saúde competentes e disponíveis (...)”*. Neste sentido, o EE possui competências para ser um dos pilares no apoio à amamentação.

Em todos os contextos incentivei os pais a colaborarem nos cuidados, tentando criar um ambiente empático e calmo de forma a possibilitar a comunicação expressiva de sentimentos.

Hoje, a Parceria de Cuidados é uma filosofia muito envogue na prestação de cuidados de enfermagem. A evidência mostra-nos que a parceria de cuidados entre os pais e os profissionais previne a doença e promove a saúde da criança/jovem. O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey compreende cinco conceitos principais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeira pediátrica (Farrell, 1992).

Pude observar e desenvolver esta prática em todos os contextos de estágio, no entanto, mais frequentemente no Serviço de Internamento de Peditaria e na UCIN, onde os EE e a restante equipa tinham esta prática bem estabelecida.

Os pais têm um tempo próprio para se adaptarem a determinadas situações de doença, bem como à necessidade de cuidados específicos, pelo que respeitei sempre a sua vontade, nunca obrigando, mas sim incentivando à sua participação nos cuidados. Segundo Hockenberry, et al., (2011, p.695) “Quando os pais são incluídos no planeamento dos cuidados e entendem que são factores contribuintes para a recuperação da criança, eles tendem a permanecer com seus filhos e a ter maiores reservas emocionais para se confortarem a apoiar as crianças diante de uma crise”.

A inclusão da família nos cuidados é essencial no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, revelando-se como uma prática de excelência na assistência em pediatria (Young et al., 2006).

Informei e expliquei aos pais todos os procedimentos e cuidados que a criança/jovem foi submetida, esclarecendo as suas dúvidas e permitindo a sua participação nos mesmos sempre que evidenciavam essa vontade. Tive por base sempre a negociação dos cuidados, obtendo a participação dos pais, essencialmente, nos Cuidados de Higiene e Conforto e na Alimentação.

COMPETÊNCIA

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

<i>Objectivo Específico</i>	<i>Actividades</i>
<i>Aprofundar competências de comunicação e relacionais com a criança/jovem e família</i>	<ul style="list-style-type: none">★ Comuniquei com diferentes tipos de linguagem, adequando à etapa de desenvolvimento, nível de instrução e condição social da criança/jovem e família;★ Utilizei diferentes estratégias de comunicação;★ Estabeleci relação terapêutica.

Comunicação é um comportamento interactivo que consiste em “dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (Ordem dos Enfermeiros,

2011, p.45). No exercício profissional do enfermeiro o processo de comunicar é constante, pelo que durante o meu percurso profissional tive oportunidade de desenvolver esta competência. Contudo, a realidade nos contextos onde realizei o estágio é bem diferente daquela onde exerço a minha prática de prestação de cuidados, o que me levou a ter que aperfeiçoar o meu desempenho.

Ao longo do meu percurso de estágio pude desenvolver técnicas de comunicação com a criança/família, permitindo-me aprofundar os meus conhecimentos e conhecer as minhas próprias limitações nesta temática.

O acolhimento é um momento importante no estabelecimento da relação empática e terapêutica. A empatia é a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, de compreender os sentimentos vivenciados pelo outro. Neste sentido, procurei valorizar os momentos que a criança/família estavam a vivenciar, valorizando as emoções e sensações que transmitiam.

Enquanto futura EE em SIP procurei utilizar a comunicação não verbal e verbal em complementaridade, com o intuito de estabelecer uma comunicação terapêutica adequada. Segundo Negreiros, et al. (2010, p.121) “ *a Comunicação Terapêutica consiste na habilidade do profissional em usar o seu conhecimento sobre comunicação, para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização para enfrentar os seus problemas*”.

Neste sentido, desenvolvi a comunicação não verbal, utilizando posturas e atitudes corporais adequadas, mostrando disponibilidade e atenção para o que a criança/ família me queriam transmitir. Como nos salienta Hockenberry, et al. (2011) na comunicação com a criança/família os comportamentos não verbais transmitem mensagens muito significativas. É difícil dissimular sentimentos, receios, atitudes nas relações terapêuticas estabelecidas com a criança/família, pois em situações particulares de fragilidade da sua saúde, a atenção e o alerta para o ambiente é acrescido, vinculam significado para cada gesto e movimento que o enfermeiro faça.

Assim, a linguagem gestual é importante no estabelecimento de uma comunicação terapêutica. O nosso comportamento corporal não deve encontrar-se nos extremos. Nem movimentos muito oscilantes, nem muito rígidos, pelo que procurei manter uma postura corporal em descontração, não transmitindo inquietação, nem desinteresse.

Também tive em atenção a linguagem não verbal transmitida pela criança/família, adoptando comportamentos adequados à mesma, nomeadamente: minimizando procedimentos e manipulações que propiciassem o desconforto e a destabilização, promovendo momentos de colo como estratégia de conforto, escutando e apoiando a criança/família aquando da presença de gestos que revelassem tristeza, ansiedade e medos. Este aspecto revelou-se mais permanente em contexto de neonatologia e urgência pediátrica, uma vez que são períodos de stress e angústia frequentes quer para a criança, quer para a família.

No serviço de internamento de pediatria e neonatologia, tive mais facilidade em estabelecer uma relação terapêutica e uma comunicação mais eficaz com a criança/família, uma vez que os períodos de presença eram mais longos, existindo tempo para uma adaptação às situações vivenciadas.

A urgência pediátrica rege-se por especificidades inerentes a essa realidade, levando a um constante desafio na área da comunicação. O surgimento de doença aguda é um momento de crise na vida da criança/família que exige uma atenção especial do enfermeiro, pois são momentos em que não há tempo suficiente para se adaptarem, existe um excesso de informação constante, bem como uma grande afluência e exigência de rapidez na execução das técnicas. Neste sentido, procurei adoptar estratégias adequadas, mantendo uma atitude calma e disponível, gerindo o tempo de forma a possibilitar momentos de conversa com a criança/família, percebendo os sentimentos e medos vivenciados. Utilizei uma comunicação simples e clara para explicar procedimentos e o seu estado de saúde.

A comunicação deve ser adequada à idade e cultura da criança/família com quem contactamos. Neste sentido, em crianças mais pequenas procurei explicar sempre todos os procedimentos a que as crianças iam ser sujeitas e como se iriam sentir. Permiti que elas tocassem em objectos que iriam estar em contacto com ela, como por exemplo o termómetro ou a braçadeira de avaliar as tensões arteriais, de forma a aumentar o sentimento de segurança e de controlo delas próprias. Segundo Hockenberry, et al. (2011, p.107) *“As crianças com menos de 5 anos de idade são egocêntricas. Elas veem as coisas apenas em relação a elas mesmas e de seu ponto de vista. Portanto, focalize a comunicação nelas”*.

A brincadeira foi uma estratégia utilizada durante este meu percurso, pois como refere Hockenberry, et al. (2011) o brincar é uma das formas mais importantes de comunicar

com a criança e pode ser uma técnica efectiva de estabelecer uma relação empática com ela. Através das brincadeiras, as crianças revelam muitas vezes os seus sentimentos, percepções acerca dos procedimentos a que vão ser submetidas, ligações interpessoais com a família e amigos, o que demonstra a importância que tem como ferramenta não só de avaliação, mas também como método de intervenção.

A adolescência é um período do ciclo vital em que o jovem flutua entre comportamentos característicos da infância e da vida adulta. É caracterizada por uma mudança de identidade no jovem, por uma vontade de explorar novos mundos e fazer escolhas, experienciar novas realidades. Neste sentido, os jovens nesta fase de desenvolvimento podem reagir de diferentes formas à doença, bem como às alterações que esta provoca no seu dia-a-dia (Hockenberry, et al., 2011).

Ao longo deste percurso tive oportunidade de contactar com adolescentes em diferentes contextos, mantendo sempre uma comunicação assertiva, firme e com um atitude de disponibilidade e interesse pela situação que o jovem vivenciava.

Segundo Hockenberry, et al. (2011) a confidencialidade é crucial no estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente. Assim, procurei evidenciar este aspecto na comunicação com o jovem, salvaguardando que em situações particulares, como por exemplo, evidência de comportamentos suicidas, os pais ou o responsável pela sua educação teriam de ser alvo de informação por parte dos profissionais de saúde.

Em conclusão, apesar de algumas dificuldades sentidas no desenvolvimento desta competência no contexto de urgência pediátrica, penso ter conseguido ultrapassar com facilidade, conseguindo alcançar esta competência em plenitude no final deste percurso desenvolvido.

COMPETÊNCIAS

- **Produzir discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**
- **Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**
- **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;

- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva académica avançada.**

<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>
<p><i>Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/jovem e família</i></p> <p><i>Compreender as competências do enfermeiro especialista na assistência à criança/jovem e família em situação de emergência</i></p> <p><i>Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista na consulta de enfermagem e nos cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de partos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Observei e analisei de forma crítica o papel do EE em SIP; ★ Discuti com as equipas sobre o desempenho do EE em SIP na prestação de cuidados de enfermagem; ★ Observei a prestação de cuidados de enfermagem em situações específicas como: emergência, bloco de partos e consulta de enfermagem.

O EE é um profissional a quem é reconhecida “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, artigo 4º).

De acordo com a Lei nº111/2009 (2009) o enfermeiro alcança a excelência do exercício assumindo o dever de: analisar e reflectir criticamente sobre o seu próprio desempenho, mudando atitudes aquando da detecção de eventuais falhas; procurar adequar a qualidade dos cuidados às necessidades das pessoas; manter-se actualizado

continuamente e utilizar de forma competente as tecnologias; bem como de garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados às pessoas, assumindo a responsabilidade das atividades que delegar. Neste sentido, o exercício profissional do EE está apetrechado de exigências e responsabilidades direccionadas para a prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação.

Ao longo do desenvolvimento do estágio constatei que o EE em SIP era o responsável de turno, chefe de equipa, o elemento de referência a quem questionavam para o esclarecimento de dúvidas, a quem recorriam quando surgia a necessidade de solucionar alguma questão mais complexa com a família. Criei momentos de discussão e partilha de ideias acerca do papel do EE na prestação de cuidados à criança/família, compreendendo a importância da sua presença na gestão de cuidados, dos recursos humanos e materiais.

Denotam-se diferenças claras no grau de rigor técnico e científico entre os enfermeiros especialistas e os que detêm apenas a licenciatura. Os EE possuem capacidades e competências superiores, pelo que frequentemente lhes são delegadas funções por parte do enfermeiro chefe. Pude constatar tal facto nos três contextos de estágio por onde passei, pois ocorreram momentos em que a enfermeira tutora que acompanhava, teve de assumir essas funções mais específicas, como por exemplo na chamada de outros enfermeiros para o turno, por faltas inesperadas de colegas que iriam ter que realizá-lo. Esta situação requer uma gestão de recursos humanos adequada, de forma a garantir a equidade e igualdade nas condições de trabalho, bem como na qualidade e excelência da prestação de cuidados.

Neste percurso desenvolvido tive oportunidade de observar o papel do enfermeiro especialista em situações específicas, tais como: assistência à criança/jovem e família em situação de emergência, consulta de enfermagem pediátrica e cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de partos.

Na Urgência Pediátrica, o EE em SIP tem a responsabilidade de verificar diariamente as condições da sala de emergência: material e medicação em falta, funcionamento dos equipamentos e higiene e limpeza. Este procedimento é crucial para que numa situação de stress como é o da emergência, nada falhe.

Tive oportunidade de observar o papel do EE na sala de emergência durante um episódio de PCR de um RN, verificando que o seu posicionamento perante a restante equipa e a sua actuação assume lugar de destaque. É da sua responsabilidade a

organização dos cuidados a prestar neste âmbito, estipulando as posições de actuação dos restantes enfermeiros e apoiando os demais profissionais de saúde.

Em relação à consulta de enfermagem e aos cuidados imediatos ao RN na sala de partos, posso afirmar que fiquei desiludida com o que constatei. Não se verifica a presença de nenhum EE em SIP em ambos os contextos.

Segundo Tamez, et al. (2009, p.230) *“A clínica de seguimento tem um papel importante em detectar problemas nutricionais, comportamentais, de desenvolvimento e motores. O paciente deverá ser monitorado no primeiro ano de vida, com consultas mensais”*. O EE é o profissional com mais competências para actuar nesta área, pois detém conhecimentos capazes de fazer o acompanhamento correcto da criança/família, mantendo uma comunicação próxima com o enfermeiro de família das mesmas, possibilitando a continuidade dos cuidados.

Os cuidados imediatos ao RN na sala de partos foram prestados por uma enfermeira especialista em SMO, a qual procedeu à sua transferência juntamente com o pediatra até à UCIN. Segundo Tamez, et al. (2009, p.16) *“A equipe encarregada de atender aos partos de alto risco deveria ser composta de um neonatologista, um terapeuta respiratório e equipe de enfermagem da UTI neonatal”*.

Estes momentos de observação revelaram-se uma mais valia no meu processo de aprendizagem, pois permitiram-me reflectir com a EE que acompanhava, bem como com a restante equipa de enfermagem, acerca da ausência do papel do EE nestas duas áreas. Justificaram esta situação como sendo da responsabilidade da direcção do hospital, sendo eles que davam as orientações neste sentido da presença e necessidade dos elementos de enfermagem em cada serviço. Neste sentido, incentivei os enfermeiros com especialidade a manifestarem a sua opinião junto os órgãos de direcção, através da Enfermeira Chefe da UCIN.

Concluo, demonstrando e reforçando a minha opinião acerca da importância da presença dos EE em SIP na assistência à criança/família nestas situações que requerem uma grande especificidade de cuidados e atenção redobrada para o crescimento e desenvolvimento infantil.

2.2.DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Actualmente, o domínio da gestão de cuidados é alvo particular de atenção por parte de todas as instituições da saúde. Neste sentido, os enfermeiros devem prestar cuidados com responsabilidade, eficiência e consciência crítica procurando alcançar a excelência profissional.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, artigo 9) os enfermeiros “*decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade*”.

COMPETÊNCIAS

- **Realizar a gestão de cuidados na área da EESIP;**
- **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP;**
- **Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP;**
- **Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.**

<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>
<i>Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados</i>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Consultei guias, normas, protocolos dos serviços; ★ Observei de forma crítica a organização física e dinâmicas dos serviços; ★ Percebi o papel do enfermeiro especialista e colaborei na gestão dos cuidados de enfermagem e dos recursos materiais;
<i>Conhecer as estruturas físicas, dinâmicas e metodologias da organização dos cuidados de enfermagem</i>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Observei o papel do enfermeiro especialista na gestão de conflitos; ★ Consultei normas e procedimentos do processo de integração de novos enfermeiros nos serviços; ★ Observei e colaborei na supervisão de cuidados de enfermagem realizada a enfermeiros.

Ao longo do desenvolvimento do estágio tive como alvo da minha atenção a gestão de cuidados, assim como preconiza as competências definidas no plano de estudos. Neste sentido, procurei conhecer as estruturas físicas, dinâmicas, guias, protocolos, normas e procedimentos para conseguir compreender e organizar os cuidados de forma adequada. Verifiquei que as estruturas físicas encontravam-se adequadas à prestação de cuidados à criança/família, apresentando paredes com pinturas alusivas à faixa etária infantil e material didático adequado para o seu desenvolvimento. Contudo, em contexto de urgência pediátrica, verifiquei que os jovens adolescentes poderiam não se sentir num ambiente adequado, uma vez que não existia nenhum espaço direccionado para si.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2002) o enfermeiro colabora na elaboração de protocolos institucionais e inter-institucionais, na gestão dos recursos humanos e materiais, bem como na organização dos cuidados aos utentes.

Neste âmbito, pude constatar que o papel do EE assume particular importância, uma vez que se encontra presente aquando da realização destes documentos, bem como na organização dos cuidados durante os turnos de trabalho e na gestão do stock de material medicamentoso/clínico.

Ao longo do desenvolvimento do estágio pude colaborar com a EE neste âmbito, tendo sempre presente a criação de um ambiente seguro durante a prestação de cuidados, com o intuito de garantir a qualidade e a gestão do risco. Aquando da preparação e administração de terapêutica apliquei estratégias de forma a garantir a segurança da mesma e operacionalizei procedimentos de controlo de infecção.

Colaborei com a EE na organização dos turnos, na distribuição dos enfermeiros para a prestação de cuidados às crianças/famílias, sempre com atenção em promover a continuidade dos cuidados.

O método de trabalho instituído nos serviços de internamento ena UCIN é o Método Individual, enquanto que na Urgência Pediátrica pela sua especificidade de cuidados, o método de trabalho é à tarefa. Neste último contexto, cada enfermeiro fica destinado a uma área (Sala de Pequena Cirurgia, Sala de OBS, Triagem ou Assistência Clínica), colaborando ao longo do turno, sempre que necessário, com os colegas nas outras áreas de prestação e cuidados.

O enfermeiro especialista assume diferentes papéis ao longo do turno, nos diferentes contextos. No serviço de internamento e UCIN, pude constatar que o enfermeiro assume a responsabilidade pela distribuição dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem, pela

organização do turno e na resolução de problemas que ocorram. Verifiquei algumas situações de conflito entre pais e enfermeiros, relacionadas com a organização e prestação dos cuidados, em que o enfermeiro especialista assumiu a gestão das mesmas, solucionando-as de forma adequada e eficaz. O enfermeiro especialista responsável pelo turno, nestes contextos, assume igualmente a responsabilidade da prestação de cuidados a crianças/famílias.

Na urgência pediátrica o enfermeiro especialista é o responsável de turno, no entanto, não assume a prestação de cuidados directa às crianças/famílias, ficando apenas de apoio nos cuidados quando necessário e na resolução de questões de ordem burocrática, como por exemplo, encaminhamento de crianças para protecção de menores, agilização de procedimentos de queixas de violência, entre outros aspectos.

Neste sentido, tive oportunidade de reflectir nos diferentes contextos, sobre estas realidades de organização de turnos com as enfermeiras especialistas, compreendendo que são eficazes e adequadas à obtenção de ganhos em saúde.

A articulação dos diferentes serviços intra e inter-hospitalares é essencial para a manutenção da continuidade dos cuidados prestados à criança/família. Assim, pude compreender e participar em diferentes momentos nesta articulação, encaminhando crianças/famílias para diferentes serviços de prestação de cuidados, bem como para diferentes profissionais de saúde, baseando-me nas normas e protocolos existentes. Neste seguimento, saliento os meios de articulação que constatei: sistemas de informação de registo de cuidados, telefone e carta de referência.

O EE assume particular importância, pois frequentemente é ele que realiza esta articulação, ou apoia o enfermeiro que o irá realizar. Sempre que ocorre algum problema de comunicação durante a articulação dos cuidados, é o EE que medeia a situação de forma a solucioná-la, tendo em atenção nunca intervir noutro campo profissional, baseando a sua actuação na qualidade dos cuidados prestados.

A gestão medicamentosa e de material clínico é uma actividade frequente do EE, existindo programas informáticos instituídos que apoiam nesta tarefa. Em ambos os serviços de internamento é à enfermeira chefe que compete esta gestão, no entanto, na sua ausência é a EE que assume a função. Como nos diz a Ordem dos Enfermeiros (2004) compete ao enfermeiro a função de delegação e supervisão. O enfermeiro *“delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito da prática”* (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p.23). Na urgência pediátrica são os serviços

farmacêuticos e de armazém que se responsabilizam por esta actividade. No entanto, o EE tem a responsabilidade de ao longo do turno supervisionar e gerir os recursos materiais, de forma a manter a excelência na qualidade dos cuidados prestados.

A integração de novos enfermeiros exige um acompanhamento específico por parte de um enfermeiro experiente e com competências acrescidas neste âmbito. Neste sentido, o EE é o profissional mais habilitado para desenvolver esta supervisão, apoiando o novo elemento no seu percurso de adaptação. Na passagem pelos diferentes contextos de estágio consultei os protocolos e normas existentes para orientar o processo de integração dos profissionais, constatando que o serviço de internamento não tinha qualquer referência nesta área, e que o serviço de urgência pediátrica e UCIN, apresentavam este processo muito bem documentado e estruturado.

Procurei compreender o porquê de não existir nada referente a esta área no serviço de internamento, não encontrando alguma justificação. Reflecti acerca deste assunto com a enfermeira tutora, incentivando ao seu investimento junto da enfermeira chefe, para a elaboração de uma orientação neste sentido.

Na UCIN tive oportunidade de acompanhar a integração de novos enfermeiros, observando a enfermeira tutora neste âmbito. Verifiquei que as orientações protocoladas para este efeito eram cumpridas. Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, artigo 9º)

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: a) Organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros (...)”.

2.3.DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A teoria e a prática são duas áreas indissociáveis, surgem de mãos dadas em todas as áreas profissionais. Neste sentido, a auto e a hetero formação deve acompanhar o enfermeiro em todo o seu percurso pessoal e profissional, uma vez que é um domínio de actuação de extrema importância para alcançar a excelência dos cuidados em enfermagem.

Na área da SIP torna-se crucial a constante renovação e reforço dos conhecimentos acerca da prestação de cuidados, pois é uma fase de grande vulnerabilidade física e psicológica, com constantes mudanças no processo de crescimento e desenvolvimento, pelo que o enfermeiro necessita de estar constantemente actualizado.

COMPETÊNCIAS

- **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;**
- **Colaborar na integração de novos profissionais.**

Objectivos Específicos

Actividades

Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista na formação em enfermagem

- ★ Discuti o papel do enfermeiro especialista na formação em serviço;
- ★ Consultei os planos formativos dos serviços;
- ★ Sugeri áreas/temas para formação em serviço;
- ★ Incentivei os enfermeiros à prática da formação pessoal e profissional.

Actualmente, as mudanças sociais, tecnológicas e científicas são permanentes, pelo que aumentam a complexidade dos cuidados prestados à criança/família. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2011) as constantes mudanças nos estilos de vida das pessoas e das dinâmicas familiares exigem que os enfermeiros e instituições de saúde desenvolvam a sua prestação com base no pensamento crítico-reflexivo, de forma a obter respostas em saúde mais eficazes e eficientes.

Neste sentido, o EE ganha um papel preponderante, pois tem um aporte de conhecimentos específicos e uma prática reflexiva capaz de promover a sua auto formação e impulsionar a dos outros profissionais que com ele prestam cuidados. Ao longo do desenvolvimento do estágio apliquei a reflexão e o pensamento crítico na minha prestação de cuidados e na observação da enfermeira tutora e restante equipa, criando momentos de partilha, com o intuito de incentivar a formação dos enfermeiros.

Os planos de formação anuais nos serviços devem ser uma realidade, procurando ir ao encontro das necessidades formativas dos profissionais de saúde.

Como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2004) o enfermeiro assume responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo do seu percurso pessoal e profissional, bem como pela aquisição de competências. Actua de forma a ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua, contribuindo e fomentando o desenvolvimento e a formação pessoal e profissional de estudantes e demais profissionais da saúde.

Neste sentido, consultei os planos formativos dos serviços, no qual constatei que no serviço de internamento de pediatria e na urgência pediátrica apresentavam uma prática de desenvolvimento de formações em serviço, aplicando o plano de formação definido. No entanto, a adesão às sessões de formação por parte dos enfermeiros no serviço de internamento era muito baixa, sendo na ordem dos 10% (segundo informação da enfermeira tutora). Na urgência pediátrica, durante o período em que estive neste contexto de estágio desenvolveram uma das formações planeadas, no qual não consegui participar por questões laborais. Senti que foi uma perda neste meu percurso, pois teria obtido ganhos em conhecimento teórico-prático.

O serviço de neonatologia não tinha definido nenhuma prática neste âmbito. Assim, pude reflectir com a enfermeira tutora acerca deste aspecto, mostrando-lhe a importância desta prática para o desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais de saúde e incentivando-a a promover a mesma, uma vez que enquanto EE possuía essa competência e portanto era importante conseguir evidenciá-la.

Neste âmbito, procurei incentivar os enfermeiros para a formação em serviço, desenvolvendo uma formação a pares no serviço de internamento e sugerindo áreas importantes a abordar na UCIN, tais como: *Utilização de Sistemas de Informação*, uma vez que estavam a iniciar os registos de enfermagem no SAPE e *Estratégias de comunicação com os pais*, pois percebi que alguns enfermeiros apresentavam lacunas nesta área.

COMPETÊNCIAS

- **Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral;**

- **Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;**
- **Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;**
- **Promover a formação em serviço na área da EESIP.**

Objectivos Específicos

Actividades

Aprofundar competências no âmbito da formação de pares

- ★ Identifiquei necessidades formativas na área da SIP;
- ★ Realizei a Acção de Formação: “Regresso a Casa” aos enfermeiros;
- ★ Partilhei conhecimentos com a equipa sobre a preparação do regresso a casa.

No âmbito da organização e dinâmica do serviço de internamento de pediatria, surgiu a identificação da necessidade de formação à equipa de enfermagem acerca da Preparação do Regresso a Casa da criança/família, nomeadamente no que diz respeito à articulação com outras instituições de saúde na comunidade.

Constatei que existia uma lacuna no encaminhamento da criança/família para a comunidade, não se realizando na maioria das vezes esta comunicação com os restantes recursos da saúde, mais especificamente com os CSP. Apenas o faziam em situações que a criança precisasse de tratamento de enfermagem pós-cirúrgico, pelo que em outras situações, nunca enviavam informação sobre o decorrer do internamento e necessidades levantadas aos restantes profissionais de saúde.

Assim, reflecti com a enfermeira tutora acerca desta realidade, tendo verificado que tanto ela como a restante equipa não valorizavam este facto. Neste sentido, propus a realização de uma acção de formação aos profissionais de saúde, sugerindo uma carta de referência para encaminhamento da criança/família. Esta elaboração da carta revelou-se difícil pela divergência de opiniões surgidas entre mim e a enfermeira tutora.

Inicialmente realizei uma revisão bibliográfica acerca do tema, para posteriormente proceder ao desenvolvimento do plano de sessão e apresentação da formação (Anexo V e VI). A formação teve por base a reflexão sobre o encaminhamento/articulação com os recursos da comunidade na preparação do regresso a casa da criança/família. Durante a

mesma estiveram presentes 3 enfermeiros... verificando a pouca adesão que a enfermeira tutora me tinha referido às formações em serviço.

O meu sentimento no início da formação foi de frustração e tristeza pela não adesão dos pares, contudo no decorrer da mesma estes sentimentos foram desaparecendo, dando lugar à satisfação... para isto contribuiu o facto das poucas enfermeiras presentes terem mostrado interesse pelo tema e terem intervindo constantemente com ideias e reflexões pertinentes.

Não foi aplicada nenhuma forma de avaliação da sessão, tendo sido obtida apenas pela observação e verificação da interacção estabelecida ao longo da mesma. Admito que este aspecto se revelou uma falha da minha parte no planeamento da acção de formação, pelo que após reflexão desta etapa do processo, conclui que a aplicação de um questionário seria o mais adequado para avaliar a sessão formativa.

No final, penso ter adquirido mais capacidades no âmbito da formação a pares, alcançando as competências evidenciadas neste âmbito.

COMPETÊNCIAS

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

<i>Objectivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>
<i>Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança e família com doença oncológica</i>	<ul style="list-style-type: none">★ Observei e analisei a organização física e as dinâmicas do serviço de Internamento Pediátrico do IPO do Porto e Hospital de Dia;★ Tomei conhecimento dos protocolos e normas instituídas no serviço;★ Partilhei conhecimentos com a equipa acerca dos cuidados de enfermagem prestados no serviço;★ Assisti a uma reunião multidisciplinar.
<i>Observar a dinâmica do Hospital de Dia do serviço de Oncologia Pediátrica</i>	

No âmbito da auto formação sugeri no início do Estágio, um período de observação no serviço de Internamento do IPO do Porto, com o intuito de aprofundar os meus conhecimentos no que concerne à vivência da doença oncológica na criança/família e ao papel do enfermeiro especialista nesta área tão particular da doença crónica.

A doença oncológica na criança tem uma incidência inferior à do adulto. No entanto, a carga de dramatismo e complexidade que detém é maior, uma vez que, envolve um leque de pessoas ligadas fortemente entre si, alterando muitos dos seus planos futuros (Carneiro, 2010).

A especificidade de cuidados exigidos neste contexto incentiva à presença de enfermeiros com competência acrescida no âmbito da SIP, pelo que constatei que a equipa de enfermagem é constituída em 70% por EE em SIP.

Semanalmente realizam uma reunião multidisciplinar, em que a enfermeira chefe está presente, com o intuito de discutirem casos clínicos, obtendo os pareceres de diferentes profissionais de saúde. Tive oportunidade de assistir a uma dessas reuniões, que se revelou bastante interessante, pois observei o papel do enfermeiro especialista, compreendendo que assume uma posição de defesa dos interesses da criança/família, promovendo a prestação de cuidados no sentido da optimização do seu crescimento e desenvolvimento, bem como, na minimização dos efeitos negativos da hospitalização.

Consultei o manual de procedimentos do serviço que é actualizado anualmente, sob responsabilidade de um grupo de enfermeiros especialistas em SIP. Assim, compreende-se a importância atribuída ao EE na elaboração destes documentos orientadores da prestação de cuidados de saúde à criança/família.

Observei a estrutura física do serviço e as dinâmicas, verificando que se encontra adequado à faixa etária infantil e adolescência. Apresenta pinturas nas paredes, espaços destinados às actividades lúdicas infantis e juvenis, com brinquedos, livros, jogos interactivos, jogos de computador, permitindo uma optimização do desenvolvimento da criança/jovem. O projecto “Operação Nariz Vermelho” é uma presença frequente no serviço, estimulando o bom humor e o sorriso da criança/família alvo dos nossos cuidados.

Os cuidados de enfermagem prestados revestem-se de múltiplas particularidades e necessitam de reajustes constantes, pela instabilidade física e emocional que acompanha as crianças/famílias com doença oncológica. Para além do apoio psicológico prestado pelo enfermeiro, a preparação para procedimentos e intervenções é uma prática diária:

controlo da dor, dos efeitos físicos após tratamentos de quimioterapia/radioterapia (náuseas, xerostomia, vômitos, anorexias, alopecia, alterações de humor), bem como a administração de terapêutica e realização de técnicas invasivas. O enfermeiro deve escolher o momento mais adequado para explicar estas questões, bem como a forma de o realizar, adequando à criança/família que se encontra sob os seus cuidados.

Hockenberry, et al. (2011, p. 959) refere que *“a compreensão das necessidades emocionais de cada membro da família, assim como o cuidado competente com as necessidades físicas, é essencial para o suporte positivo e de promoção de crescimento da família”*. O EE pela sua competência gere de forma eficaz e eficiente as respostas a dar às necessidades identificadas. Presenciei a prestação de cuidados, confirmando a qualidade e a atenção disponibilizada para estas questões anteriormente referidas.

Neste contexto de doença oncológica os internamentos são prolongados, pelo que impedem a presença física da criança/jovem em meio escolar. Contudo, constatei que este aspecto é tido como prioridade nos cuidados prestados à criança/jovem, sendo incentivada a assistir a aulas por meio interactivo ou através de um apoio/orientação dos professores que colaboram com o serviço, e que diariamente estão presentes.

Cada vez mais verificamos uma parceria e comunicação entre as instituições de saúde e os restantes recursos da comunidade, sejam eles a escola, os cuidados de saúde primários ou instituições de solidariedade. Neste sentido, pude verificar que esta articulação entre os diferentes recursos se realiza de forma eficiente e em prol do benefício da criança/família, tendo o EE um papel preponderante na dinamização e efectivação deste processo de comunicação. É ele o responsável por encaminhar as situações para estas instituições e fazer a ligação com o enfermeiro responsável pelos cuidados directos, bem como explicar e orientar a criança/família neste âmbito.

Vivi momentos de grande tensão, emoção e tristeza neste pouco tempo que tive a observar e analisar a prestação de cuidados por parte do EE em SIP. Uma situação em particular marcou-me... assistir a um momento em que os pais de uma criança com doença oncológica são informados de que o seu filho iria passar para uma fase de cuidados paliativos, por não terem mais recursos médicos para permitir a sua evolução positiva na doença, foi difícil, gerir os meus próprios sentimentos de revolta e tristeza, apoiando simultaneamente os pais, não foi fácil...

Partilhei as minhas vivências com a enfermeira especialista que acompanhei, bem como com a restante equipa, percebendo que duas vezes por ano, marcavam reuniões de

enfermagem, para exteriorizarem entre si o que sentiam, que emoções os acompanhavam... o enfermeiro cuida da criança/família, no entanto, também ele é alvo de cuidados, na gestão dos seus próprios sentimentos, na forma como lida com a dor, com a morte e o processo de luto.

Neste curto período suscitou-me interesse o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde prestados em ambulatório. No hospital de dia são realizadas consultas médicas e de enfermagem, tratamentos de quimioterapia e preparação para exames como a radioterapia e ressonância magnética.

Observei os cuidados prestados pelo EE, verificando que este apresenta uma atitude de disponibilidade e interesse permanente pela forma como a criança/família vive a sua rotina familiar e social.

Segundo Azeredo, et al., (2004, p.380) *“o estabelecimento de um diálogo constante que vise o esclarecimento de dúvidas, a partilha de experiências e a participação conjunta no cuidar permitem que os cuidadores informais se vão apetrechando de ferramentas essenciais para o cuidar no domicílio”*. O EE em SIP assume neste serviço um papel de apoio à criança/família, avaliando os cuidados que são prestados pelos cuidadores à criança, a adaptação desta e da família à situação vivenciada, bem como a sua condição emocional e de aceitação do estado de saúde.

Em conclusão, este período de auto formação revelou-se importante no meu crescimento pessoal e profissional, consegui compreender o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/família em contexto de internamento e ambulatório, bem como, aumentar a capacidade de gerir os meus próprios sentimentos e reacções emocionais.

2.4.DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação é uma busca constante do conhecimento, de novos saberes, novas evidências... é um questionar permanente da realidade e das nossas práticas... A investigação é indispensável para compreender os fenómenos e relacioná-los com outros de forma a firmar um enquadramento teórico que representa uma disciplina.

A Ordem dos Enfermeiros (2006, p.34) refere que,

“A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, a prevenção da doença, os cuidados à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena”.

Neste sentido, o enfermeiro especialista deve na sua prestação de cuidados basear-se na prática da investigação para a evolução do seu próprio cuidar.

COMPETÊNCIAS

- **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

Actividades

Problematizar as situações de assistência à luz das evidências científicas

★ Realizei pesquisa bibliográfica sobre novas evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem;

Incorporar os resultados da investigação na prestação de cuidados à criança/jovem e família

★ Partilhei conhecimentos resultantes das pesquisas;
★ Integrei na prática os resultados das investigações;
★ Incentivei os enfermeiros para a prática da investigação;
★ Fortaleci o pensamento crítico.

Na busca constante da excelência profissional e na qualidade crescente dos cuidados prestados, a investigação assume um papel preponderante. O enfermeiro deve possuir a capacidade de interrogar, questionar os cuidados prestados por si e por outros profissionais, focando a sua atenção na obtenção de ganhos em saúde. Como refere Craig, et al., (2004, p.25) *“os resultados actualizados de investigação, quando usados*

para suportar decisões clínicas, podem aumentar a probabilidade dos resultados esperados serem alcançados”.

Neste sentido, ao longo do desenvolvimento do estágio procurei conhecimentos actualizados de forma a sustentar a minha prática, através do saber científico e das novas evidências.

A *Internet* é um meio actual, rápido e acessível de realizar pesquisa credível, tendo sido uma ferramenta de constante utilização ao longo deste meu percurso, recorrendo a bases de dados como a *MEDLINE* e a *B-ON*. Tive como suporte a pesquisa de *estudos, artigos e livros* recentes, nomeadamente no âmbito de algumas áreas que me suscitaram maior necessidade de aprofundamento de conhecimentos: *Parentalidade, Maximização e Diminuição do Impacto da Hospitalização na Criança/Família, Dor, Parceria de Cuidados e a Preparação do Regresso a Casa. A Aplicação do Processo de Hipotermia* e do programa *NIDCAP* foram temas em que tive necessidade de pesquisar, inteirando-me dos resultados de investigações recentes, incorporando-os na minha prática.

Como exemplo, refiro os artigos consultados referentes ao processo de hipotermia (*“Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorespiratória: evidências e aspectos práticos”* de Feitosa-Filho, et al.) que indica qual a frequência para aumentar a temperatura corporal do RN após a indução da hipotermia, tendo sido aplicada integralmente; a pesquisa relacionada com o programa *NIDCAP* (*“NIDCAP: Uma filosofia de cuidados...”* de Andreia Oliveira Santos), que permitiu compreender os benefícios para o desenvolvimento do RN, da realização de alguns cuidados, como são a diminuição do ruído, luminosidade, bem como a minimização da manipulação, e que apliquei durante a minha prestação de cuidados.

Ao longo deste caminho percorrido o pensamento crítico acompanhou a minha prestação. Este encontra-se intimamente ligado à prática da investigação, pois leva o enfermeiro a levantar questões que podem revelar-se cruciais para o desenvolvimento da prestação de cuidados de excelência. Como refere Nosich (2011, p.73) *“as perguntas são um sinal de crescimento, de abertura a novas formas de pensar (...) O pensamento crítico vive nas perguntas”*.

Durante o desenvolvimento do estágio partilhei conhecimentos adquiridos com os profissionais de saúde com quem contactei, reflecti acerca da prestação de cuidados à luz da evidência científica encontrada e incorporei na minha prática os resultados da investigação obtidos através das pesquisas realizadas. Como refere Hamer, et al. (2003)

a prática baseada na evidência é um processo que implica encontrar, avaliar e aplicar evidência científica na gestão e prestação de cuidados de saúde, com a finalidade de apoiar os profissionais na tomada de decisão, evitando práticas ineficazes e inadequadas.

Ao longo deste caminho percorrido não tive oportunidade de participar em nenhum projecto de investigação, pelo que apenas incentivei os enfermeiros a darem início a este trabalho tão importante para o desenvolvimento da profissão como ciência. De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96 (1996, artigo 9º) *“os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalho de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”*.

Em conclusão, no final deste percurso de estágio, penso ter conseguido alcançar as competências referentes ao domínio da investigação.

3. CONCLUSÃO

Chegado o final de mais este percurso pessoal e profissional no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com ESIP, saliento a mais valia da sua contribuição na aquisição de conhecimentos e competências numa área que tanto me fascina como é a Saúde Infantil e Pediátrica.

As minhas expectativas para o desenvolvimento do estágio eram muito elevadas, a motivação estava no auge, no entanto, também os medos e receios se encontravam presentes. Nunca tinha contactado com a criança/família em contexto hospitalar, tendo apenas experiência em situações de saúde, pelo que o sentimento de insegurança acompanhou-me nesta fase. Ao longo do caminho percorrido, estas sensações foram desvanecendo, dando lugar à confiança e segurança na prestação de cuidados à criança/família.

Tanto o processo formativo como o desenvolvimento do estágio permitiram-me adquirir competências na área da Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Neste sentido, sinto-me capaz de responder adequadamente e assertivamente a questões de maior complexidade, bem como tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

A reflexão e o pensamento crítico fizeram parte do meu percurso profissional, assim como durante esta nova etapa de aprofundamento e aquisição de novas competências. Algumas já se encontravam em desenvolvimento ao longo do meu exercício profissional, no entanto, foram alvo de aperfeiçoamento durante o estágio, enquanto outras tiveram início, completando a sua aquisição no final deste percurso.

Neste sentido, este relatório teve como objectivo principal evidenciar a análise reflexiva realizada, as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios realizados, bem como a minha experiência profissional na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Termino este caminho com a realização deste relatório que penso estar claro e evidenciar o percurso realizado. Considero ter alcançado os objectivos e competências definidas no plano de estudos do ICS da UCP, sentindo-me plena de conhecimentos e capacidades para prestar cuidados especializados à criança/família.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, Z., Amado, J., Silva, H., Marques, I., & Mendes, M. (2004). A Família da Criança Oncológica: Testemunhos. *Acta Médica Portuguesa*, 17.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lousã: Lidel.
- Carneiro, M. A. (2010). *A Doença Oncológica em Idade Escolar - Articulação e Cooperação entre Hospital, Família e Escola como contributo para uma formação plena*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Departamento de Ciências da Educação e do Património, Porto.
- Centro Hospitalar S. João (2011). *TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO DA REGIÃO NORTE: NORMAS DE ACTIVAÇÃO E CRITÉRIOS DE TRANSPORTE*. Centro Hospitalar S. João. Porto: Centro Hospitalar S. João.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Cruz, A. R., Oliveira, M. M., Cardoso, M. V., & Lúcio, I. M. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica.
- Decreto-Lei n.º 161/96, d. 4.-L. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Lisboa.
- DGS (2004). Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. *I*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS (2008). *Plano Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2011). Plano Nacional de Vacinação 2012. Lisboa.
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric. *I*.
- Feitosa-Filho, G. S., Sena, J. P., Guimarães, H. P., & Lopes, R. D. (13 de Janeiro de 2009). Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos.

- Hamer, S., & Collinson, G. (2003). *Achieving Evidence-Based Practice*. In S. Hamer, & G. Collinson, *Achieving Evidence-Based Practice*. Elsevier Science Lda.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª edição ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança*. Lusociência.
- Lei nº111/2009, d. 1. (16 de Setembro de 2009). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República.
- Metzger, C., Muller, A., Shwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.
- Negreiros, P. d., Fernandes, M. d., Macedo-Costa, K. N., & Silva, G. R. (31 de Março de 2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar*.
- Nosich, G. M. (2011). Aprender a Pensar Criticamente. In G. M. Nosich, *Aprender a Pensar Criticamente* (1ª ed., p. 73). Porto: Universidade Católica Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (Setembro de 2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (Maio de 2004). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (Abril de 2006). Em Conjunto pela Saúde. *Em Conjunto pela Saúde*, p. 34.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (Setembro de 2011). Governação Clínica e Estratégias Profissionais. *Governação Clínica e Estratégias Profissionais*.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Possari, J. F. (2005). *Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem* (1ª ed.). Iátria.
- Queirós, A. A., Silva, L. C., & Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Sampaio, I., Graça, A. M., & Moniz, C. (28 de Outubro de 2010). Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica: da evidência científica à implementação de um protocolo. pp. 184-190.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *NASCER E CRESCER*, XX.
- Tamez, R. N., & Silva, M. J. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- UNICEF, C. P. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalised child: nursing perspectives. *Neonatal, paediatric and child health nursing*, n°3, 9, 7-14.

~

ANEXOS

Anexo I – Objectivos e Competências do Plano de Estudos

Objectivos Gerais

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

Competências

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Anexo II – Caracterização dos Locais de Estágio

Serviço de Internamento de Pediatria

O Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E. entrou em funções a 1 de Fevereiro de 2009 agrupando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de S. João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis). A área de abrangência envolve os concelhos de Santa Maria da Feira, S. João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Esmoriz, Ovar, Arouca, Vale de Cambra e Castelo de Paiva. A população alvo dos cuidados ronda os 340.000 habitantes.

O CHEDV tem como missão o atendimento e tratamento da população dos concelhos da parte norte do distrito de Aveiro, em tempo útil, com eficiência, qualidade e custos socialmente comportáveis, em articulação com os restantes recursos da comunidade; a participação no ensino e na formação pré e pós graduada do pessoal técnico de saúde, bem como o desenvolvimento de investigação clínica.

Os cuidados de saúde infantil e pediátrica são prestados no âmbito de diversos serviços, nomeadamente, Consulta Externa, Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Neonatologia. Os enfermeiros que prestam cuidados no internamento de pediatria colaboram nas consultas externas de pediatria (Consulta de Obesidade Infantil, Diabetes Mellitus e Alergologia).

Em colaboração com o serviço de internamento encontram-se outros serviços como:

- Serviço farmacêutico;
- Serviço de aprovisionamento;
- Serviço de informática;
- Serviço de instalações e equipamentos;
- Serviço de esterilização;
- Serviço de tratamento de roupas;
- Serviço de higiene e limpeza;
- Serviço de alimentação e nutrição;
- Serviço social;
- Imagiologia;
- Reabilitação;
- Outras especialidades médicas e cirúrgicas.

O serviço de internamento de pediatria encontra-se situado no piso 4 do HSS e integra uma lotação de 43 crianças/jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias. As crianças/jovens têm

oportunidade de ter um acompanhante 24 horas por dia, o qual tem direito a todas as refeições, sendo o almoço e jantar realizados no refeitório e as restantes refeições na copa do serviço destinada aos acompanhantes.

A estrutura física do serviço engloba espaços externos e internos. No exterior do serviço encontra-se o gabinete do director de serviço, gabinete da enfermeira chefe, gabinete da secretária clínica, sala de formação/reuniões, vestiário feminino e copa de leites.

Internamente o serviço é constituído por:

- 3 Quartos de isolamento com casa de banho privada;
- Berçário com lotação para 5 berços;
- Copa para acompanhantes;
- Casa de banho para crianças com chuveiro;
- Casa de banho para acompanhantes;
- Sala de brinquedos;
- Sala de informática para as crianças/jovens;
- Copa para profissionais;
- Casa de banho para profissionais;
- Vestiário masculino;
- Armazém de stock de material;
- Sala de limpos e sujos;
- Sala de preparação de medicação;
- Sala de Tratamentos (onde se encontra o carro de urgência e mala de transporte);
- Sala de trabalho.

O sistema de comunicação com o exterior é realizado através de intercomunicador.

O serviço encontra-se equipado com ar condicionado e sistema de climatização. A iluminação presente é maioritariamente natural.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por 12 médicos, 24 enfermeiros, 8 enfermeiros especialistas, 1 secretária clínica, 23 assistentes operacionais.

A equipa médica é chefiada pelo Dr. Rui Carrapato.

A equipa de enfermagem estava sob chefia da Enfermeira Celina Malta que se reformou. Desde o início de Junho que a Enfermeira Sílvia Silva assumiu o cargo temporariamente até à definição de nova chefia.

O horário de trabalho é de 35 horas semanais divididas pelos turnos da manhã (08:00 às 15:00h), da tarde (15:00h às 22:00h) e da noite (22:00h às 08:00h). O método de trabalho individual é o que se encontra instituído na equipa de enfermagem.

Os processos clínicos são constituídos por processo médico e de enfermagem. Os documentos médicos que fazem parte do processo clínico são:

- Processo de urgência/consulta externa;
- Diário clínico;
- Folha de prescrições de vigilâncias, cuidados e terapêutica;
- Se a criança vai ser submetida a alguma intervenção cirúrgica, inclui o processo do bloco operatório.

Os documentos que fazem parte do processo de enfermagem são:

- Folha de avaliação inicial;
- Folha de avaliação e registo de necessidades de educação à criança/família;
- Notas de evolução (realizadas sem uma metodologia, linguagem ou classificação comum)
- Folha de registo de sinais vitais, glicemia, glicosúria, cetonúria e outros;
- Folha de avaliação estado-ponderal, perímetro cefálico, dejeções e introdução/substituição de sondas;
- Folha de registo de balanço hídrico;
- Se a criança vai ser submetida a alguma intervenção cirúrgica, inclui folha de protocolo de preparação pré-cirúrgica;
- Folha de registo de administração terapêutica (encontra-se num dossier a que chamam “cardex”).

A gestão da alimentação é realizada por sistema informático, sendo o pedido das dietas efectuado no turno da noite.

A gestão de material farmacêutico e de aprovisionamento é realizada maioritariamente pela Enfermeira Sílvia. As requisições do material são efectuadas à segunda-feira e quinta-feira, contudo, sempre que necessário é requisitado material em ofícios extra.

A gestão da medicação é com base no sistema de unidose. A validade da medicação que se encontra aberta no frigorífico e no exterior é realizada 1 vez por semana, sendo o restante material verificado 1 vez por mês (material de consumo clínico, carro de urgência e mala de transporte).

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O Serviço de Neonatologia do HSJ assume-se como um serviço de vanguarda, encontrando-se virado para a assistência de Recém-nascidos até aos 30 dias de vida, com necessidade de cuidados especiais. É o único na região norte em que são aplicados alguns tratamentos específicos, como é o caso da Hipotermia.

É um hospital de referência pelo que recebe recém-nascidos oriundos de outras áreas como Braga, Vila Real, Guimarães, Penafiel, Matosinhos, entre outras.

O serviço localiza-se no 2º piso do HSJ e integra uma lotação de 17 recém-nascidos, dos quais 8 são considerados intermédios e 9 intensivos (1 de isolamento). Têm oportunidade de ter os pais presentes das 9 às 24h. Durante a noite quando os pais solicitam é permitido permanecerem junto ao (s) seu (s) filho (s), no entanto, o serviço não apresenta condições físicas confortáveis para esta situação, pelo que não se verificam estes pedidos com frequência. Os pais têm direito às refeições que são realizadas no refeitório.

É constituído no seu espaço externo pelos gabinetes da directora do serviço, da enfermeira chefe e da secretária clínica, sala de reuniões, sala de trabalho para os médicos, vestiário feminino e wc, copa de refeições, wc e zona de cacifos para os pais, armazém para material e sala de sujos e limpeza de material. O seu espaço interior é constituído exclusivamente por um local de registos de enfermagem, zona de preparação de medicação oral, sala de preparação de medicação injectável e pelas zonas de cuidados intermédios e intensivos.

A equipa multidisciplinar é constituída por 14 médicos, 16 enfermeiros especialistas (15 em SIP e 1 em SMP), 23 enfermeiros, 8 assistentes operacionais e 1 secretária clínica. Outras especialidades como a psicologia, terapia ocupacional, serviços sociais, colaboram com os profissionais que prestam cuidados neste serviço.

A directora do serviço é a Dr.^a Hercília Guimarães e a enfermeira chefe é a Enf.^a Teresa Maia.

O horário de trabalho é de 35 e 40 horas semanais divididas pelos turnos da manhã (08.00h às 15.30h), da tarde (15.00h às 22.30h) e noite (22.00h às 08.30h). O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey encontra-se na base de trabalho dos enfermeiros. O método de trabalho que impera na equipa de enfermagem é o individual. A continuidade de cuidados ao recém-nascido é uma das prioridades pelo que a equipa de

enfermagem tenta manter as mesmas crianças durante 3 turnos consecutivos (manhã, tarde e noite).

Em todos os turnos a equipa de enfermagem é constituída por um elemento que é o chefe de equipa, sempre um enfermeiro especialista em SIP, tendo a função de gerir os recursos materiais e humanos na ausência da enfermeira chefe.

Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica localiza-se no piso 1 do CHSJ, E.P.E. e presta assistência a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias que recorrem com doença súbita ou violenta.

O SUP tem a colaboração de outras especialidades como: cirurgia, ortopedia, oftalmologia, neurologia, entre outras.

O serviço encontra-se organizado em 5 áreas de assistência diversificadas: área de admissão e recepção, da triagem, de assistência clínica, OBS e da emergência pediátrica. Fisicamente é constituída por 6 gabinetes médicos, 1 gabinete de enfermagem, sala de trabalho de enfermagem, 2 gabinetes para triagem, sala de emergência com lotação para 2 crianças, 2 salas de espera (adolescentes e crianças), sala de nebulizações, sala de OBS (lotação de 10 crianças), sala de reuniões, wc para utentes e wc para os profissionais, vestiário para assistentes operacionais, vestiário de enfermagem, copa para refeições dos profissionais.

A equipa de profissionais de saúde é constituída por uma equipa médica que pode ser do HSJ, Hospital S. António ou Hospital Pedro Hispano; 14 enfermeiros especialistas, 25 enfermeiros, assistentes operacionais e secretários clínicos. Outras especialidades colaboram com os profissionais deste serviço como: Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Psiquiatria, Cardiologia Pediátrica, Neurocirurgia, entre outras.

As equipas organizam-se em cada turno para que os enfermeiros façam rotatividade por todos os postos. A chefe de equipa apoia os colegas, não ficando directamente ligada a nenhum posto de prestação de cuidados.

As crianças têm direito a ser acompanhadas por um familiar/acompanhante. Na OBS têm direito ao acompanhamento por duas pessoas.

Anexo III – Patologias mais frequentes nos contextos de estágio

Contexto de Estágio	Patologias mais frequentes
Serviço de Internamento de Pediatria	Bronquiolites Infecções Respiratórias Altas Gastroenterites Prematuridade Diabetes Mellitus Problemas Ortopédicos
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	Cardiopatias Grande Prematuridade Imaturidade Respiratória: necessidade de ventilação assistida
Urgência Pediátrica	Infecções Respiratórias Gastroenterite Infecções Urinárias Febre sem foco Tentativa de Suicídio Politraumatizados

Anexo IV – Reflexão no serviço de internamento de pediatria

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

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

ANÁLISE REFLEXIVA

Aluna: Diana Sofia Ventura de Andrade

Porto, Maio de 2012

A presente análise reflexiva surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a decorrer no serviço de internamento de pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga.

A situação que optei por descrever nesta análise foi bastante significativa, pois despertou-me sentimentos de tristeza, revolta e co-responsabilização, enquanto aluna da especialidade, pela decisão tomada.

A “Maria” é uma jovem de 13 anos com Diabetes Mellitus que deu entrada no serviço por cetoacidose diabética.

A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica muito frequente na infância, verificando-se uma incidência máxima no início da adolescência (Wong, 1999). A cetoacidose é uma das complicações que ocorre frequentemente, nomeadamente, devido à não adesão ao regime terapêutico e/ou à sua gestão ineficaz.

Quando me apercebi que a “Maria” estava internada despertou-me interesse acompanhar a sua situação, uma vez que na minha prática profissional em cuidados de saúde primários não tenho muito contacto com estas jovens, pois são acompanhadas em meio hospitalar.

Qual não foi o meu espanto durante a passagem de turno, quando ouvi a enfermeira passar a informação de que a “Maria” tinha restrição de visitas total, inclusive dos pais. Questionei o porquê desta indicação e disseram-me que era “castigo” e que tinha sido decidido pela médica que a acompanhava.

Segundo Wong (1999) os adolescentes parecem ter mais dificuldade no processo de adaptação. Tentam ser semelhantes aos seus pares, contudo, independentemente do que os outros possam dizer, ter diabetes significa ser diferente. Assim, a partir do momento que o adolescente aceita a diferença e assume que esta condição faz parte da sua vida, possui potencial para adaptar-se com o adequado apoio da família.

Será o “castigo” uma forma de abordagem terapêutica? Será a atitude correcta perante uma jovem adolescente que não tem uma gestão do regime terapêutico eficaz?

Segundo Wong (1999) a conduta terapêutica a ter na criança com Diabetes Mellitus consiste numa abordagem multidisciplinar envolvendo a família, a criança e os profissionais. A comunicação entre a equipa interdisciplinar e multidisciplinar é crucial para o sucesso da gestão e adesão ao regime terapêutico, devendo estender-se para outras pessoas que participem na vida da criança, como por exemplo os professores.

Anexo V – Plano de Sessão da Formação: Regresso a Casa

PLANO DE SESSÃO

Tema: Preparação do Regresso a Casa da criança/família

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Data: 07.06.2012 **Duração:** 30 minutos **Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Internamento de Pediatria

Objectivo Geral: Reflectir sobre o encaminhamento/articulação com os recursos da comunidade na preparação do regresso a casa da criança/família.

Objectivos Específicos:

- ✿ Definir alguns conceitos importantes relacionados com o regresso a casa da criança/jovem;
- ✿ Sugerir uma metodologia de articulação com os cuidados de saúde primários.

Etapa	Conteúdos	Metodologia	Duração	Recursos
Introdução	Apresentação do tema		3'	<u>Recursos</u>
Desenvolvimento	A preparação do regresso a casa Encaminhamento para os recursos da comunidade A articulação com os cuidados de saúde primários	Expositiva/ Demonstrativa Interactiva	15'	<u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe Enfermeiros do serviço de internamento Aluna da especialidade de SIP Diana Andrade
Conclusão	Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas		12'	<u>Recursos</u> <u>Materiais:</u> Computador Projector

Anexo VI – Formação: Regresso a Casa




OBJECTIVOS

Geral

- Reflectir sobre o encaminhamento/articulação com os recursos da comunidade na preparação do regresso a casa da criança/família

Específicos

- Definir alguns conceitos importantes relacionados com o regresso a casa da criança/jovem
- Sugerir uma metodologia de articulação com os cuidados de saúde primários



Preparar o Regresso a Casa

A promoção do desenvolvimento infantil implica um acompanhamento próximo da criança/família. Deste processo faz parte a avaliação do desenvolvimento psicomotor e da relação familiar e social com vista à detecção de potenciais problemas.

O papel do enfermeiro especialista neste âmbito é crucial, pois o conhecimento especializado e a capacidade de comunicação presente, permite estabelecer estratégias de parcerias para a promoção do desenvolvimento infantil saudável.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Preparar o Regresso a Casa

Processo dinâmico e contínuo, desenvolvido pela equipa multidisciplinar durante o internamento, com o intuito de facilitar a transição da criança para o domicílio ou para outros recursos da comunidade, garantindo a continuidade de cuidados com qualidade.

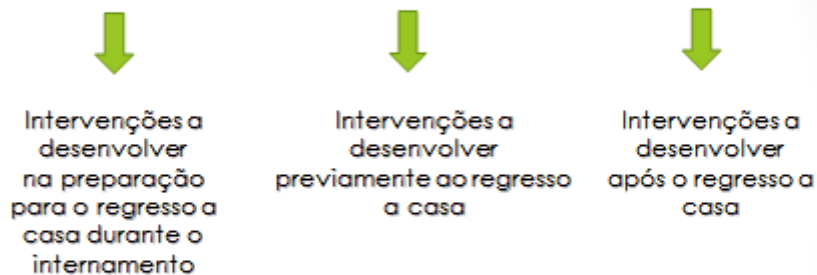
(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A preparação deste processo deve iniciar-se o mais cedo possível, devendo ser feito por fases em que a família se vai adaptando à situação mediante a sua capacidade e motivação. Sempre que possível, deve ser realizado um período de transição ou de experimentação, para que a família assuma os cuidados mínimos com supervisão.

(HOCKENBERRY, 2006)



Preparar o Regresso a Casa



(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

- Promover o papel parental
- Promover a relação da criança com a família
- Colher informação necessária sobre o contexto familiar e social
- Avaliar a capacidade da criança/família para entender a situação, implicando-a nos cuidados e no planeamento do regresso a casa
- Ajudar a criança/família a identificar as necessidades presentes, os recursos a ser utilizados e a reorganizar-se
- Ensinar, instruir e treinar a criança/família sobre os cuidados necessários
- Fornecer indicações escritas

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



- Validar com a criança/família as aprendizagens de conhecimentos e habilidades que desenvolveram
- Supervisionar as capacidades da criança/família na prestação de cuidados
- Promover o papel parental
- Proporcionar meios complementares de ensino como folhetos ou livros sempre que adequado
- Estabelecer contacto para a obtenção de suporte/recursos necessários na comunidade, nomeadamente com os cuidados de saúde primários
- Informar os pais sobre as consultas de seguimento
- Informar e fornecer contactos sobre as pessoas e organismos que devem contactar

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



Cuidados de Saúde Primários

- Avaliar as necessidades da criança/família no domicílio
- Avaliar a adaptação da criança/família à nova situação
- Ensinar sobre estratégias de coping utilizadas para enfrentar as situações adversas
- Supervisionar as capacidades da família na procura de cuidados
- Ensinar sobre comportamentos de procura de cuidados de saúde
- Reforçar ensinamentos se necessário

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Carta de Alta de Enfermagem

A carta de alta de enfermagem deve ser um documento simples que resuma as condições físicas, psicológicas/emocionais, sociais e espirituais que a criança/família apresenta no momento do regresso a casa.

Que crianças/famílias encaminhar?

Devemos seleccionar determinadas situações para fazer o encaminhamento?

Ou todas as situações têm importância suficiente para serem transmitidas aos cuidados de saúde primários?



A importância de encaminhamento da criança/família não deve ser "reduzida" ao facto de esta apresentar determinada situação patológica que careça de maior ou menor cuidados de enfermagem.

Todas as situação das crianças/famílias devem ser alvo de encaminhamento para os cuidados de saúde primários, pois apesar de muitas vezes não serem necessários cuidados de enfermagem directos, existem outros potenciais problemas que podemos detectar através da informação que nos é transmitida, os quais podem não ter conhecimento real durante o internamento.

- ★ Cumprimento do plano nacional de vacinação
- ★ Cumprimento das consultas de vigilância preconizadas pela DGS
- ★ Reavaliação de necessidade de ensinos ou reforço dos mesmos



Metodologia de articulação com os cuidados de saúde primários

Nos dias de hoje, a internet é um meio de comunicação primordial, pelo que a sugestão de comunicação com os cuidados de saúde primários é por e_mail

- ↳ Simples
- Eficaz
- Económico



Aplicação Prática



Considerações Finais

É necessário investir no processo de comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados para que a continuidade no domicílio ocorra de forma eficiente e fácil, garantindo o sucesso dos cuidados de saúde prestados.

A garantia de uma boa articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários é crucial para garantir a continuidade de cuidados, devendo ser utilizados todos os recursos da comunidade.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Para além do Boletim de Saúde Infantil, a Carta de Alta de Enfermagem é um documento indispensável, uma vez que veicula informação relevante que permite a continuidade de cuidados.

Em situações de necessidade de cuidados especiais, o envio da carta de alta não deve dispensar o contacto telefónico ou presencial.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros. 2011. *Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem Infantil e Pediátrica*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. Vol. III. 978-898-844-01-1.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON; WINKELSTEIN – Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 7ª ed, Mosby Elsevier, 2006

Anexo VII – Avaliação da Formação: Regresso a casa

AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA AOS PARES

A Sessão formativa aos pares decorreu no dia 7 de Junho e decorreu de forma prevista. O plano de sessão foi inteiramente cumprido quanto aos temas e recursos utilizados, no entanto, quanto ao tempo estimado, este foi excedido.

Participaram 3 enfermeiros na sessão que se demonstraram muito participativos, expressando a sua opinião e ideias sobre o tema apresentado, dando sugestões para a resolução do problema mencionado. Por este motivo, o tempo da sessão foi de 50 minutos, excedendo 20 minutos ao tempo estimado.

No final, os objectivos foram cumpridos, observando que os enfermeiros entenderam a perspectiva apresentada a qual foi transmitida através do diálogo estabelecido ao longo da sessão.