



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por:

Carla Cristina Araújo Oliveira

Porto, 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por:

Carla Cristina Araújo Oliveira

Sob orientação de Doutora Isabel Quelhas

Porto, 2018

RESUMO

O presente documento apresenta-se como um elemento de avaliação da Unidade Curricular de Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem-Porto, da Universidade Católica Portuguesa. O Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica teve início a 02 de Maio de 2017 e terminou a 16 de Janeiro de 2018. Comporta um total de 30 ECTS, que compreendem 750h de trabalho das quais 540 são de contacto e 210 de trabalho individual. Estruturalmente esta Unidade Curricular incorpora três Módulos : Modulo I – Contexto de cuidados de saúde primários desenvolvido em Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Modulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia na assistência à criança em situação de doença aguda ou crónica; Modulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia. A elaboração deste relatório descreve o processo de aquisição de competências especializadas atendendo aos quatro domínios da Enfermagem: Prestação de Cuidados; Gestão; Formação e Investigação. Regendo-se pelos domínios de intervenção da Enfermagem, foram traçados os objectivos para o Estágio e delineadas as actividades para o seu alcance, recorrendo à análise crítico-reflexiva sobre o percurso de aprendizagem de competências especializadas. Esta análise crítico-reflexiva centra-se no cuidado à criança e família como unidade alvo de cuidados, e foca áreas de atenção relacionadas com a assistência de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, donde se podem destacar a transição para a parentalidade, a parceria de cuidados, a vinculação e a relação mãe-filho, a amamentação e controlo da dor na criança. Reflete o desenvolvimento de aprendizagens conciliando os conhecimentos teóricos do Curso de Mestrado com os contributos da minha experiência profissional e pessoal. A Metodologia utilizada para elaboração deste trabalho foi a metodologia descritiva, sustentada na pesquisa bibliográfica sobre a evidência científica actual.

Palavras-chave: Enfermagem; Child and Pediatric Health; criança/família

ABSTRACT

The present document presents as an element of evaluation of the Curricular Unit of Report of the Master Course in Nursing with Specialization in Nursing of Child and Pediatric Health of the Escola de Enfermagem-Porto, Universidade Católica Portuguesa. The Pediatric and Child Health Internship began on May 2, 2017 and ended on January 16, 2018. It has a total of 30 ECTS, comprising 750 hours of work, of which 540 are contact and 210 individual work. Structurally this Unit incorporates three Modules: Module I - Context of primary health care developed in Community Health Care Unit and Personalized Health Care Unit; Module II - Medicine and Surgery Services in the care of children with acute or chronic illness; Module III - Emergency and Neonatology Services. The elaboration of this report describes the process of acquisition of specialized competences taking care of the four domains of Nursing: Caring Care; Management; Training and Research. Based on the Nursing areas of intervention, the objectives for the Internship were outlined and the activities for its scope outlined, using a critical-reflexive analysis of the specialized skills learning course. This critical-reflexive analysis focuses on caring for the child and family as a target unit of care, and focuses attention areas related to Nursing assistance in Child and Pediatric Health, where the transition to parenting, the care, attachment and mother-child relationship, breastfeeding and control of pain in children. It reflects the development of learning by reconciling the theoretical knowledge of the Master Course with the contributions of my professional and personal experience. The Methodology used to elaborate this work was the descriptive methodology, based on the bibliographical research on the current scientific evidence.

Keywords: Nursing; Child Health Nurse; child / family

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Aos meus pais que no silêncio demonstraram o seu amor incondicional,

Aos meus irmãos e sobrinhas pelos sorrisos cúmplices,

Aos meus amigos pela amizade,

Ao Eduardo pelo companheirismo e paciência,

À Sofia pelo reforço positivo,

À Filipa que à distância está tão perto,

Ao Rui, Joana e Rui Gonçalves pelo carinho,

Ao Enfermeiro Bruno Lima por toda a ajuda,

Aos meus colegas de trabalho,

À Doutora Isabel Quelhas pelos contributos e pela disponibilidade neste percurso desafiante,

Às crianças e famílias!!

ABREVIATURAS /SIGLAS

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSJ – Hospital de São João

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

EESIP – Enfermeiro Especialista em saúde Infantil e Pediatria

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

ESIP – Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

RN – Recém-nascido

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ELI – Equipa Local de Intervenção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

PNSIJ – Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direcção Geral da Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

NIDCAP – Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA... 15	
1.1.Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia do Hospital de São João.....	16
1.2.Serviço de Internamento Pediátrico do Hospital Pedro Hispano	17
1.3.Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Matosinhos	18
2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRIA	19
2.1.Competências do âmbito da Prestação de Cuidados em Enfermagem.....	20
2.2.Competências do âmbito da Formação em Enfermagem.....	48
2.3.Competências no âmbito da Gestão em Enfermagem.....	52
2.4.Competências no âmbito da Investigação em Enfermagem.....	57
CONCLUSÃO.....	63
BIBLIOGRAFIA	65

Apêndices:

Apêndice I – Sessão de educação para a Saúde “Sono no 1º ano de vida”.....	69
Apêndice II – Sessão de formação para pares “Transporte seguro do RN no sistema de retenção e Teste da cadeira no RN pré-termo”	89

INTRODUÇÃO

O presente documento insere-se na unidade curricular Relatório, referente ao processo de aquisição de competências especializadas do Estágio de Saúde Infantil que inclui-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

A realização do Relatório como uma etapa e elemento fundamental para a descrição de todo o processo formativo e de aquisição de competências especializadas em Saúde Infantil e Pediatria (SIP) perconizadas pelo plano de estudos Curso de Mestrado, tendo sido orientado pela Doutora Isabel Quelhas.

A unidade curricular de Estágio de Saúde Infantil compreende um total de 30 ECTS que constituem 750h de trabalho das quais 540 são de contacto e 210 de trabalho individual. O Estágio incorpora três Módulos direccionado para campos assistenciais distintos e decorreu desde o dia 02 de Maio de 2017 até o dia 16 de Janeiro de 2018. Seguindo a sua ordem cronológica, este iniciou-se no Módulo III – Serviço de Urgência e Neonatologia do Hospital de São João (HSJ); Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia do Hospital Pedro Hispano (HPH) ; Módulo I – Saúde Infantil que realizou-se na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Matosinhos.

Segundo o plano curricular do Curso de Mestrado são estabelecidos objectivos gerais a atingir no decorrer deste percurso formativo:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP);
- Capacidade para intergrar 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.

O Relatório reflecte o processo de aquisição de competências tendo como base orientadora os diferentes domínios de intervenção da Enfermagem: Prestação de cuidados; Formação; Investigação e Gestão. Acente na metodologia descritiva, pretende descrever este processo numa prática crítico-reflexiva entre os objectivos traçados e as actividades desenvolvidas para os atingir apoiado e fundamentado na pesquisa bibliográfica inerente a este percurso para além de ser um elemento de avaliação.

Quanto à organização estrutural deste Relatório, inicia-se com esta nota introdutória e em dois capítulos. O primeiro capítulo descreve a contextualização quanto aos locais de estágio e o segundo capítulo refere-se a todo o conteúdo crítico-reflexivo e de análise de aprendizagens e aquisição de competências, que inclui os objectivos traçados e as actividades realizadas para a sua concretização. Posto estes capítulos, na conclusão é realizado um balanço e considerações finais de todo o percurso formativo inerente a esta unidade curricular.

1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O Estágio de Saúde Infantil e Pediatria incorpora uma totalidade de três Módulos que compreendem 30 ECTS, constituído por 750h de trabalho de contacto e 210 de trabalho individual do aluno, portanto, cada módulo de estágio constituiu 180h de contacto nos diferentes campos de Estágio.

Cronologicamente o Estágio organizou-se: Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia do HSJ desde dia 02 de Maio até dia 25 de Junho de 2017; Módulo II – Medicina e Cirurgia do HPH desde dia 11 de Setembro a 04 de Novembro de 2017; Módulo I – Saúde Infantil na UCSP e UCC de Matosinhos desde dia 06 de Novembro de 2017 até dia 16 de Janeiro de 2018.

Os contextos de Estágio foram seleccionados no sentido de proporcionar as experiências mais enriquecedoras para atingir os objectivos propostos e para a aquisição de competências especializadas esperadas como Enfermeira de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP). Paralelamente, esta escolha também foi determinada no sentido de dar-me a conhecer os mais variados contextos da prática seleccionando Unidades de Saúde de maior referência da minha área geográfica de intervenção enquanto profissional de Enfermagem e assim, receber os melhores contributos para a minha formação.

A orientação foi coordenada pela Doutora Isabel Quelhas que contribuiu de forma efectiva e organizada para que o Estágio decorresse da forma mais harmoniosa possível e nos campos de estágio fui tutorada por Enfermeiras ESIP com vasta experiência nas suas áreas de intervenção pelo que considero que me foram proporcionadas as melhores experiências dentro das actividades realizadas e a troca de saberes, experiências e conhecimentos permanentes com as minhas orientadoras foi um aspecto fundamental para o meu crescimento enquanto aluna de Especialidade.

Seguidamente realizei uma breve caracterização dos diferentes locais de Estágio.

1.1.Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia do Hospital de São João

O Módulo III foi dividido em dois períodos de 90h cada relacionados a campos da prática distintos ambos no Hospital de São João, ou seja, de 02 de Maio a 27 de Maio estive no Serviço de Urgência e de 30 de Maio a 25 de Junho no Serviço de Neonatologia.

Actualmente designado como Centro Hospitalar São João, o HSJ foi criado pelo Decreto de Lei nº22917 de 21 de Julho de 1943 com a designação de Hospital Escolar do Porto, ligado à Faculdade de Medicina do Porto, tendo sido inaugurado oficialmente a 24 de Junho de 1959. A área de influência é a cidade do Porto, Maia e Valongo e de referência mais directa dos distritos de Braga e Viana do Castelo e em situações de referenciação específicas para áreas mais alargadas (HSJ,2018) É por isso uma unidade diferenciada na prestação de cuidados, investigação e ensino em todas as áreas da assistência e de referência a nível nacional.

O Departamento de Pediatria do Hospital é denominado de Hospital Integrado Pediátrico, os serviços de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais estão inseridos no Departamento de Urgência e Medicina Intensiva onde também se inclui o serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. Nesta unidade estão também o Departamento de Pediatria Médica (Internamento de Pediatria Médica e Cardiologia Pediátrica) e o Departamento de Cirurgia com o serviço de Internamento Cirúrgico.

A Urgência Pediátrica do Hospital de São João é um serviço de referência em toda a zona Norte, é um serviço polivalente, recebe crianças dos 0 aos 17 anos mais 364 dias em situação de doença aguda , grave ou emergente e em situações de referenciação.

Em termos da sua estrutura e circuito do doente, é constituído por uma zona de recepção onde é realizada a admissão por um administrativo. Tem duas salas de triagem onde é utilizado o Modelo de Triagem Canadiana. Uma Sala de emergência com duas macas e onde está alocado o material do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. Tem duas salas de espera, uma delas para adolescentes. Tem uma sala com 2 gabinetes para pequena cirurgia, 6 gabinetes médicos, uma sala de Ortopedia; uma sala interna de espera com uma zona de aerossolterapia; uma sala de tratamentos de enfermagem; uma sala de observações com 10 vagas sendo que uma delas é de isolamento.

A equipa de enfermagem é constituída por 42 elementos onde destes 18 são EESIP. Os turnos são divididos em manhãs (8h-14h30), tardes (14:30h às 21h30) e noites (21h às

8h30), em cada turno estão presentes 7 enfermeiros, um responsável de equipa, dois de triagem, dois em sala de observações, um na pequena cirurgia e um de apoio aos gabinetes.

O Serviço de Neonatologia, tal como a Urgência de Pediatria, é um Serviço de referência e de grande diferenciação em Cuidados Intensivos Neonatais de toda a região Norte. A equipa de Enfermagem é constituída por 38 elementos, sendo que 23 EESIP. Por turno estão 6 enfermeiros, 2 para cuidados intermédios e 4 para cuidados intensivos sendo que este rácio pode alterar-se tendo em conta a complexidade dos recém-nascidos (RN). O serviço está inserido numa arquitectura “open space”, com um total de 17 vagas, onde o número de RN em cuidados intensivos e intermédios é variável, cada berço ou incubadora têm a seu lado um cadeirão para os pais. Existe ainda uma sala de estar para pais, sala de preparação medicação, sala de sujos e armazém.

1.2.Serviço de Internamento Pediátrico do Hospital Pedro Hispano

O Módulo II – Medicina e Cirurgia cuidados à criança em contexto de doença aguda ou crónica decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria do HPH.

O Hospital Pedro Hispano está inserido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Para além do Hospital, a ULSM comporta também todas as unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde, Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Média Duração e Reabilitação.

O Departamento de Pediatria do Hospital é constituído pelo serviço de Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia Pediátrico, Atendimento Pediátrico Referenciado.

O serviço de consulta externa, para além da consulta de pediatria geral, oferece também apoio em consulta de patologia do crescimento e doenças endócrinas, perturbações do desenvolvimento, neuropediatria e doenças alérgicas e respiratórias da criança e do jovem. São alvo da assistência dos cuidados a população com menos de 18 anos atendidos pela ULSM. (ULSM, 2018)

Relativamente ao serviço de Internamento Pediátrico, a equipa de Enfermagem é composta por 18 elementos, 15 dos quais EESIP. O serviço tem uma totalidade de 30 vagas e os turnos são divididos entre manhã (08 – 14:30h); tarde (14-21:30h); noite (20-08:30h). Os rácios no turno da manhã são de 3 a 4 Enfermeiros na manhã, 2 a 3 no turno da tarde e 2 a 3 Enfermeiros no turno da noite dependendo das necessidades das crianças.

1.3.Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Matosinhos

O Módulo I – Saúde Infantil (contexto de cuidados de saúde primários), decorreu desde dia 06 de Novembro de 2017 até 16 de Janeiro de 2018 na UCSP e UCC de Matosinhos num total de 180h de contacto.

Ambos são unidades funcionais do Centro de Saúde de Matosinhos, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Este ACES é constituído também pelos Centros de Saúde da Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira.

Na mesma estrutura física funcionam ainda a USF Horizonte, a unidade de Saúde Pública de Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Matosinhos.

A UCSP é constituída por uma equipa de Enfermagem de 9 elementos, sendo uma Enfermeira EESIP. A metodologia de trabalho utilizada pela equipa tem como base as funções como Enfermeiro de Família, trabalhando em equipa com o médico de família, focalizando a intervenção a um grupo de utentes e famílias.

A UCC é constituída por 3 elementos: duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e uma Enfermeira ESIP. A UCC desenvolve projectos relacionados com a parentalidade “Bem-me-quer” e um curso de Educação Parental para além de outras iniciativas neste campo. São áreas de intervenção da EESIP nesta Unidade como elemento do Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e da Equipa Local de Intervenção (ELI).

Na filosofia organizacional da ULSM, todos os serviços desta unidade trabalham em perfeita articulação com os seus serviços e profissionais de forma a disponibilizar uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde e uma maior agilidade na articulação com os recursos da comunidade e outros.

2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRIA

O Estágio é a etapa basilar para aplicação dos conhecimentos adquiridos no percurso formativo do curso de Mestrado na sua vertente mais teórica, conciliados aos conhecimentos prévios da minha experiência profissional e pessoal e a fase elementar para o desenvolvimento de aprendizagens e aquisição das competências do Enfermeiro ESIP perconizadas pelo plano de estudos do Mestrado. Para além dos objectivos gerais do plano de estudos, foram estabelecidas 29 competências a desenvolver dentro desta Unidade Curricular, sendo estas competências relativas aos quatro domínios da intervenção da Enfermagem estabelecidas no REPE.

Foi no sentido de atingir estas competências que foram traçados os objectivos pessoais e foram desenvolvidas as actividades para alcance dessas competências, utilizando uma análise critico-reflexiva para desenvolvimento da performance de Enfermeira Especialista.

Em 2010 a Ordem dos Enfermeiros delineou o Regulamentos das competências comuns do Enfermeiro Especialista onde estão descritas as competências atribuídas independentemente do contexto da prática onde intervimos assim, o Enfermeiro Especialista “ *é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão , traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de Intervenção.*” (OE, 2010). De igual modo, indo de encontro às especificidades da intervenção em pediatria, a Ordem inuncia as competências do Enfermeiro ESIP e descreve que “*utiliza o modelo conceptual centrado na criança e família encarando este binómio como beneficio dos seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível...*” (OE, 2010)

Foi no sentido de ir de encontro destes elementos que foi norteado todo o processo crítico-reflexivo para aquisição de competências especializadas.

2.1.Competências do âmbito da Prestação de Cuidados em Enfermagem

A criança é um ser em contínuo desenvolvimento e crescimento. Apresenta inerente á sua natureza e imaturidade, características de dependência do elemento de suporte, que será maioritariamente a família ou pessoa significativa, e de grande vulnerabilidade relativamente ao ambiente e meio que a envolve.

A prestação de cuidados à criança/família deve ir no sentido de reconhecer as especificidades da criança/família, salvaguardando os seus direitos e dar resposta às necessidades identificadas e sensíveis à intervenção de Enfermagem em respeito à individualidade deste binómio.

Os objectivos traçados e as actividades realizadas para o desenvolvimento das competências relacionadas com a prestação de cuidados encontram-se explorados neste sub capítulo.

Competências desenvolvidas
Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Objectivos:

- Conhecer a estrutura física e a área assistencial dos serviços, e as dinâmicas de trabalho da equipa de Enfermagem nos diferentes contextos de intervenção;

Actividades:

- Realizar visita guiada aos serviços;
- Observar as dinâmicas de funcionamento das equipas;
- Conhecer o método de trabalho de Enfermagem;
- Consultar os principais protocolos e normas dos serviços;
- Realizar o processo de Enfermagem utilizando a linguagem CIPE.

Reflexão:

O Estágio de Saúde Infantil insere-se em contextos da prática bastante distintos que exigem do meu papel como estudante de especialidade e como profissional de Enfermagem uma capacidade de adaptação aos diferentes ambientes da prática.

O processo de integração no seio da equipa é fundamental para a aquisição de aprendizagens. No reconhecimento da importância desta etapa, em todos os serviços foi organizada uma visita para conhecer a estrutura física, a equipa de Enfermagem e multidisciplinar. Demarco iniciativas por parte dos serviços, por exemplo, no serviço de Neonatologia existe um protocolo de integração de alunos que está muito bem delimitado existindo inclusivé um documento de avaliação, por parte do aluno, do processo de integração. No HPH é organizada uma sessão de integração para alunos para dar a conhecer a Instituição desde a sua filosofia de cuidados, missão, população alvo e os recursos da comunidade.

Préviamente ao início de cada Módulo de Estágio, realizei uma pesquisa sobre a Instituição de forma a inteirar-me na missão e filosofia de cada Instituição que me ía receber. Realizei uma pesquisa sobre os protocolos, instruções de trabalho e normas pertinentes para a integração nos diferentes campos de Estágio, estas estratégias possibilitaram-me adequar e harmonizar a minha intervenção nos diferentes serviços.

Observei e reflecti sobre as metodologias de trabalho assumidas dentro das equipas de Enfermagem. Com a evolução na filosofia de organização dos cuidados, viemos de uma filosofia focada na realização de tarefas dando lugar a uma filosofia centrada no doente e na resposta integral às suas necessidades e processos. Emergiram assim, o método individual de trabalho e o método do Enfermeiro de Referência, onde é dada uma maior responsabilidade e autonomia na tomada de decisão do Enfermeiro. Segundo Parreira, citado por Verde (2013), *“ambos “promovem cuidados pela adoção de uma metodologia científica, pois estão orientados para a identificação das necessidades dos clientes, determinação de prioridades, planeamento, execução e posterior avaliação de resultados, tendo como princípio fundamental o tratamento do cliente de forma holística.”*

Organizei a minha prestação de cuidados respeitando o método assumido nas equipas de Enfermagem. Nos contextos da prática de cuidados em ambiente hospitalar, o método mais adoptado é o método individual de trabalho onde o Enfermeiro gere os cuidados das

crianças e famílias que são atribuídos naquele turno. Contudo, tive oportunidade no serviço de Internamento de Pediatria de observar e planejar os cuidados atendendo ao método do Enfermeiro de Referência uma vez que este é o método que a Instituição tem vindo a desenvolver. Observei que a equipa realizava o planeamento da distribuição dos Enfermeiros por turno para que o Enfermeiro de Referência daquela criança e família estivesse atribuído o maior número de turnos possível, assim, sempre que possível toda a intervenção e planeamento do processo de Enfermagem era gerido pelo Enfermeiro de Referência. Participando neste planeamento, percebi que esta continuidade favorece a aproximação da criança/família ao Enfermeiro contribuindo positivamente na relação terapêutica e na satisfação sobre os cuidados quer da criança e família mas também dos profissionais.

Em contexto dos cuidados de saúde primários, o método de trabalho assumido pela equipa de Enfermagem baseia-se nas competências perconizadas para o Enfermeiro de Família, que segundo a Ordem dos Enfermeiros *“afigura-se como o elo de referência entre o serviço de saúde e o utente/família, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a um conjunto de famílias..”* (OE, 2010)

Concluo que a partir da identificação dos diferentes métodos de trabalho das equipas consegui organizar de uma forma mais efectiva o planeamento dos cuidados prestados e harmonizar a minha assistência dentro da filosofia de cuidados das Instituições.

Ainda dentro da organização do trabalho, destaco aqui os contributos que trago relativamente á utilização dos sistemas de informação utilizados para o planeamento do processo de Enfermagem. Na minha experiência como Enfermeira, trabalho num contexto em que o processo de Enfermagem em termos dos sistemas de informação ainda está numa fase inicial e de implementação. Foi muito produtivo estar em contacto com serviços que este processo já está bem desenvolvido, nomeadamente na elaboração do plano de cuidados atendendo à linguagem CIPE. Foi muito positivo, identificar quais os focos mais predominantes nos diferentes contextos da prática, perceber como era feito o planeamento das intervenções e como era realizada a avaliação. Contactei com uma realidade em que existe uma grande sistematização do processo de Enfermagem no que diz respeito à documentação informática. Esta sistematização, permite dar visibilidade às intervenções autónomas dos Enfermeiros através do plano de cuidados de Enfermagem. A documentação dos registos de Enfermagem é uma ferramenta de avaliação dos cuidados e

evidência o trabalho do Enfermeiro. É sem dúvida um contributo muito importante e interessante que levo para a minha prática diária .

Competências desenvolvidas
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.

Objectivo:

- Desenvolver competências comunicacionais na assistência à criança, RN e família.
- Promover uma relação empática com a criança e família.

Actividades:

- Realizar escuta activa;
- Adequar a comunicação ao estadio de desenvolvimento da criança;
- Identificar barreiras à comunicação;
- Utilizar a comunicação verbal e não-verbal da criança/família;

Reflexão:

A comunicação em Enfermagem é uma ferramenta poderosa quando se pretende estabelecer uma relação empática com a criança e família. Reconhecendo a importância da comunicação na prestação de cuidados, Ramos (2012) refere “ *A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação para a saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde (...) constituindo-se igualmente num bom indicador de qualidade.*” Quando nos relacionamos com a criança e família num contexto de prática profissional, é-nos exigido o desenvolvimento de competências comunicacionais específicas que devem respeitar o mundo da criança/família.

A qualidade da comunicação é condicionada também pelas nossas competências pessoais. Todos temos maior ou menor capacidade de comunicar adequadamente, contudo no exercício profissional, é necessário sermos conhecedores sobre as técnicas que facilitam a

comunicação e devemos pô-las em prática. A minha experiência nos diferentes contextos de estágio remete-me para determinar que a comunicação também é condicionada pelos ambientes da prática, ou seja, apesar de haver aspectos transversais na comunicação, os desafios foram distintos nos diferentes contextos assistenciais.

A Urgência Pediátrica pelas suas características específicas, é um serviço com um ambiente de grande tensão, os pais recorrem com os filhos em situações de grande angústia relacionados com situações súbitas de doença que lhes acarreta sentimentos de incerteza, insegurança e angústia. Pretendem respostas rápidas para as suas questões e anseios, respostas que por vezes demoram em chegar ou difíceis de receber.

Para a criança estabelece-se como um ambiente desconhecido refletindo sentimentos de medo. De acordo com Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida (2016), onde pretendiam determinar os medos vividos por crianças dos 6 aos 12 anos em contexto de Urgência Pediátrica, estes inunciam aspectos já apresentados por Hockenberry e Wilson (2014), sublinhando que os principais stressores associados à hospitalização relacionam-se com o medo da separação, a perda de controlo, lesão corporal e o medo da dor.

Reconhecendo estes aspectos, e apesar de na Urgência por vezes ser difícil uma preparação adequada, promovi a presença dos pais e o acompanhamento dos mesmos nos procedimentos e no circuito da criança; fomentei a participação dos pais nos cuidados; dei informação e preparei a criança para procedimentos atendendo ao seu estadió de desenvolvimento e capacidade de compreensão; adequei o meu comportamento atendendo à interacção e disponibilidade da criança utilizando a brincadeira e o humor para a “conquistar” e considerei a opinião e ideias da criança quanto às questões e receios que referiram.

Sublinho aqui que o reconhecimento dos marcos do desenvolvimento da criança e adolescente são determinantes para estabelecer uma relação empática com a criança e família. Na fase de lactência e nas fases mais precoces da infância é determinante a presença dos pais pois a angústia da separação é muito determinante para a criança. À medida que a criança adquire uma maior capacidade de compreensão sobre o meio, é possível envolvê-la mais nos procedimentos informando para o que se vai fazer e permitir que a criança decida sobre alguns aspectos passíveis de serem determinados por ela. Na fase da adolescência é muito importante o respeito da privacidade, falar sobre temas do seu interesse e ter em atenção, por exemplo, às questões do sigilo relativas à informação que

nos cedem. São alguns aspectos da comunicação que considero de maior relevância. Estas actividades tiveram um impacto muito positivo na gestão do stress quer pela criança quer pelos pais, num ambiente tão ameaçador como o da Urgência.

É um ambiente hostil também para os profissionais, é necessária maturidade e profissionalismo para reconhecer a importância do impacto da comunicação na qualidade dos cuidados. Percebi através da minha intervenção e da observação dos Enfermeiros que estar consciente destas nuances promove um cuidado avançado e o Enfermeiro ESIP deve ser perito nestas competências e diferenciar-se neste campo dentro da equipa de Enfermagem.

No contexto de Internamento considero que as conclusões são similares, refiro contudo, que o facto de ser um ambiente mais controlado e onde existe maior possibilidade de preparar a criança e família, constitui por si só um ambiente mais favorecedor. Porém, o maior tempo de permanência no Internamento e a maior proximidade criada com a criança e família, é também um desafio uma vez que é necessário manter consistência e coerência na informação dada e na conduta da equipa de Enfermagem, de forma a não comprometer a relação de confiança já estabelecida.

A Unidade de Neonatologia é contudo um ambiente muito diferente. Estamos num serviço de alta tecnologia, altamente controlado e onde se realizam intervenções invasivas muito frequentemente. Se por um lado os pais deveriam estar numa fase de aconchego e recolha com o seu bebé, confrontam-se com uma separação imposta e onde têm muito pouco controlo sobre os cuidados que podem prestar. É portanto um desafio estimular a presença dos pais e a sua participação nos cuidados. Estes aspectos condicionam a comunicação dos pais com os seus bebés e comprometem a vinculação e a relação mãe-filho.

Ao observar a comunicação não-verbal e verbal dos pais percebi que estes se sentiam muito inseguros quanto ao que podiam fazer, percebi que temos que saber chegar até eles atribuindo-lhe a confiança que precisam sentir. Como estratégias, estimei os pais a estarem presentes; a tocarem o seu bebé sempre que possível; expliquei como poderiam abordar e comunicar com o RN e como este emite a sua satisfação ou não; dei reforço positivo na prestação de cuidados; referi as conquistas e reforcei os progressos; realizei supervisão nos cuidados que podiam prestar dando-lhes confiança. Estas acções são fundamentais para fomentar a relação dos pais com o filho e cria um elo de confiança com a equipa de Enfermagem.

Em todos os contextos de intervenção, interessa que a informação que pretendemos passar chegue às crianças e famílias e assim constitua mudanças de comportamentos ou reforço dos comportamentos saudáveis. Mais uma vez é necessário comunicar olhando á diade criança e família, dando-lhes voz, ouvindo o que para eles constitui uma necessidade e não só “debitar” o que consideramos importante. Como a intervenção é direccionada a todo o cliente em idade pediátrica desde RN até à adolescência, foi muito importante adequar a minha comunicação ao estadio de desenvolvimento e capacidade de compreensão da criança. Preparei a criança e cedi informação oportuna sempre que ía realizar um procedimento mais invasivo ou doloroso e promovi a presença e o envolvimento dos pais.

A relação de parceria com os pais e de respeito das particularidades da criança e família são aspectos basilares para a promoção de uma comunicação efetiva e adequada, o EESIP tem um papel diferenciado e acrescido neste campo dentro da equipa de Enfermagem fazendo valer estes pressupostos nos seus ambientes da prática.

Competências desenvolvidas
Gerir e interpretar , de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da EESIP;
Demonstrar consciência crítica para os problemas profissionais actuais ou novos, relacionados com o cliente e a família, especialmente na área da EESIP;
Reflectir na e sobre a sua prática de forma crítica.

Objectivos:

- Desenvolver competências na promoção da Parceria de Cuidados;

Actividades:

- Estabelecer uma relação de parceria na assistência à criança e família;
- Reflectir criticamente sobre a utilização da parceria de cuidados nos diferentes contextos assistenciais.

Reflexão:

Anne Casey em 1988, desenvolveu um modelo de cuidados à criança assente numa relação de parceria do Enfermeiro com os pais e a criança. Reconhecendo as especificidades do cuidado em pediatria, (Casey & Mobbs, 1988) salientam que *“assiste-se a uma mudança e desenvolvimento nos cuidados de Enfermagem à criança, uma redefinição da Enfermagem em Pediatria. O interesse em aplicar modelos de Enfermagem para a prática é o reflexo da necessidade de clarificar e descrever a natureza e as preocupações da Enfermagem Pediátrica”*.

Este modelo reforça o impacto positivo nos resultados de saúde da criança quando os pais são implicados nos cuidados. Sendo a parceria um processo de interação entre os pais e o Enfermeiro, a negociação surge como base desta relação. Ambos os sujeitos reconhecem as suas forças e energias, ou seja, os Enfermeiros reconhecem os pais como os melhores “cuidadores” dos seus filhos e os pais reconhecem no Enfermeiro a melhor competência nos cuidados que presta. Esta parceria no cuidar determina também que a criança é um elemento activo desta relação, onde são consideradas as suas necessidades, vontades e opiniões.

Apesar da aceitação do modelo, este é alvo de permanente reflexão por parte dos EESIP, pela sua complexidade de aplicação e por vezes pouca clareza na determinação do que é a parceria. Não se trata apenas de realizar supervisão de cuidados que os pais prestavam em casa e que podem continuar a executar no Hospital, trata-se também de uma avaliação de potencial e oportunidades de aprendizagem de ambos os intervenientes. É portanto um desafio, uma oportunidade de melhoria e desenvolvimento para os Enfermeiros.

Segundo Mendes & Martins (2012), *“É necessário que o Enfermeiro saiba o seu significado e esteja habilitado para conhecer e controlar os factores que a condicionam.”*. Mendes (2013) refere que existem factores inerentes ao Enfermeiro, à família e ao ambiente que condicionam esta interacção. Relacionado com o Enfermeiro refere factores como a experiência, motivação e tempo para a prestação de cuidados. Relativamente à família, considera factores como o suporte familiar, existência de outros filhos; os recursos para confronto da situação como a não aceitação, ansiedade e nervosismo.

Atendendo a estes dados e realizando uma análise das actividades realizadas pelos Enfermeiros e por mim enquanto aluna de ESIP, a parceria é um dos grandes desafios para

os ESIP. Ainda existe uma certa “confusão” e pouca consciencialização sobre o que a parceria de cuidados remete. É portanto, um campo sensível a uma franca melhoria por parte dos Enfermeiros.

No sentido de desenvolver as minhas competências no âmbito da parceria, planeei a intervenção através da avaliação das potencialidades e permeabilidade da família, por exemplo, aos ensinamentos realizados. Percebi que era importante avaliar se a família estava receptiva, quais os conhecimentos que já tinha e qual o desejo de participar nos cuidados. Igualmente, entendi que foi importante ser clara com os pais, explicar o que podem fazer, ceder informação e implicá-los gradualmente nos cuidados para que progressivamente se sentissem mais seguros.

Existem contextos da prática onde a aplicabilidade da parceria poderá ter particularidades complexas, por exemplo, na Urgência onde existe um contacto por vezes breve e rápido e existe uma conduta mais normativa por parte da equipa. Será nos “pequenos pormenores” que surgem bons contributos da parceria, em exemplos como: consciencializar os pais de que são decisores sobre os cuidados aos filhos; realizar supervisão de cuidados que podem ser realizados pelos pais; supervisionar administração terapêutica e adequar a intervenção aos “ritmos e gostos” da criança sempre que possível.

O contexto vivido na Unidade Neonatal é de extrema exigência. O ambiente tecnológico, a complexidade dos cuidados, a situação de saúde delicada dos RN, acarreta para os pais um grande desafio emocional e de enfrentamento perante a situação. Foi importante estar sensível a estas dificuldades para fomentar a participação progressiva dos pais. Percebi que foi fundamental ceder informação sobre os cuidados que podiam prestar e respeitar a vontade dos pais em participar pois inicialmente poderia ser inibitório participarem em cuidados que não estavam seguros de realizar. À medida que se iam sentindo mais seguros, utilizei o reforço-positivo e salientei a evolução para conferir-lhes autonomia para participarem e gerirem alguns cuidados.

Tive oportunidade de experienciar em contexto de Internamento Pediátrico, a sistematização em plano de cuidados do processo de intervenção em parceria com os pais sendo este alvo de atenção e avaliação de forma muito efetiva. Respeitando o processo de Enfermagem, estão descritos os diagnósticos e intervenções de Enfermagem a levantar relativos à parceria de cuidados. Assim, inerente ao diagnóstico de Enfermagem “parceria de cuidados”, inicialmente são levantadas intervenções de enfermagem relacionadas com a

avaliação da capacidade dos pais para adquirirem conhecimentos sobre este foco. Determinada a capacidade e potencial dos pais para adquirirem conhecimento, são posteriormente planeadas intervenções orientadas para o campo do ensinar e instruir. É um processo contínuo de avaliação onde após percebermos o conhecimento dos pais e da criança, estes poderão ser progressivamente instruídos e encorajados a participar nos cuidados ou a executá-los de forma autónoma. Faz-se a avaliação baseada na evidência das aprendizagens por parte dos pais e da criança. Não é por si só um instrumento que reflita todas as nuances do que a parceria de cuidados é, contudo, é um bom exemplo do que poderá ser uma forma de evidenciar o trabalho dos Enfermeiros na área da parceria.

Objectivo:

- Desenvolver competências especializadas relacionadas com a Promoção da Parentalidade

Actividades:

- Apoiar na transição e no desempenho do papel parental;
- Realizar sessão de Educação para a saúde;
- Participar nas sessões de educação para a saúde planeadas na UCC no âmbito da promoção da parentalidade.

Reflexão:

As iniciativas promotoras da parentalidade são um campo muito próprio da assistência de Enfermagem e particularmente sensível à intervenção especializada do Enfermeiro de Saúde Infantil. Na promoção da parentalidade podemos desenvolver a assistência de forma autónoma desde a colheita de dados, ao planeamento das intervenções, implementação e avaliação dos resultados.

Segundo Scott (1998) *“Existe um forte interesse na definição dos elementos da parentalidade bem sucedida para que todos os pais possam ajudar seu filho a alcançar seu potencial e levar uma vida plena”*. É nesta permissa que assentam as iniciativas de promoção da parentalidade. A vivência de uma parentalidade positiva traduz resultados

significativos na saúde da criança e tem um impacto importante em todo o seu ciclo de vida.

Clarificando o conceito de parentalidade, na CIPE versão 1 (ICN, 2011), esta define-se como *“Assumir as responsabilidades de ser mãe 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, família, amigos e sociedade aos comportamentos de papel parental adequados e inadequados.”*

O processo de parentalidade inicia-se desde o desejo e decisão de querer ser mãe e ser pai até ao assumir do papel em si, com todos os desafios, responsabilidades e adaptações inerentes a esta transição. No reconhecimento dos desafios inerentes ao papel maternal e do papel do Enfermeiro nesta fase tão crucial, Ramona Mercer ressalta *“O processo de se tornar mãe requer extenso trabalho psicológico, social e físico. A mulher experimenta uma maior vulnerabilidade, e enfrenta desafios tremendos nesta transição. Os Enfermeiros têm uma oportunidade extraordinária para ajudar a mulher a aprender, ganhar confiança e crescimento ao assumir a sua identidade como mãe.”* (Mercer, 2006). O Enfermeiro está presente em todas as etapas desta transição e direcciona a sua intervenção para os focos de atenção identificados em cada família numa atitude de promoção da vinculação, da ligação mãe-filho e das competências parentais.

As estratégias promotoras da parentalidade podem ser incorporadas nos mais diversos campos assistenciais, contudo, tive a oportunidade de desenvolver mais a minha assistência neste âmbito nos serviços de Neonatologia, Internamento e Cuidados de Saúde Primários.

No serviço de Neonatologia, devido a toda a complexidade da situação de saúde do RN e a complexidade do contexto da prestação de cuidados, os pais enfrentam um grande desafio de adaptação ao seu novo papel como pais. Até mesmo antes da gravidez os pais iniciam um processo fantasioso de como será o seu bebé, como um filho idealizado. No confronto com a realidade de terem um bebé doente e que necessita de cuidados diferenciados que estes não podem assegurar, os pais evidenciam sentimentos como tristeza, desespero e frustração. É fundamental o Enfermeiro estar consciente desta transição e orientar a sua intervenção no sentido de respeitar e responder às necessidades específicas de cada RN e família nesta fase tão crítica. Fregan, Solveig, & Helseth (2008) referem que *“ a parceria entre pais e Enfermeiros desenvolve-se em três fases: fase crítica aguda; a fase*

estabilizadora e a fase de alta. A fase de estabilização parecia a mais desafiadora. Como pais exaustos, estes expressam a importância de manter o relacionamento de confiança com o Enfermeiro para tornarem-se confiantes ao assumirem mais responsabilidades e se ajustarem à nova situação.” Os mesmos autores enunciam a importância do Enfermeiro dar abertura e alguma “distância” aos pais para estes poderem desenvolver os seus cuidados de forma autónoma.

Na experiência que vivi na Unidade Neonatal, a promoção do envolvimento e proximidade dos pais era realizada o mais precocemente possível, ou seja, desde o acolhimento. À medida que o RN adquiria maior estabilidade hemodinâmica e os pais estavam mais adaptados e motivados para participarem nos cuidados ao filho, fomentei o envolvimento progressivo dos pais. Entendi que foi importante dar oportunidade aos pais para expressarem os seus sentimentos e vontades. Cedi informação sobre os cuidados necessários e de que forma os pais podiam participar. Avaliei os conhecimentos adquiridos e instruí-os para adquirirem habilidades que lhes permitiram desenvolver autonomia. Apliquei os instrumentos de avaliação de competências parentais que existem no serviço. Através desta ferramenta foi possível sistematizar e organizar a minha assistência de Enfermagem no sentido de avaliar a habilidade dos pais para darem resposta às necessidades do seu bebé. Igualmente importante, foi avaliar quais os sentimentos dos pais sobre a realidade de voltar para casa. Percebe-se que o momento da alta acarreta alguma ansiedade. O ambiente extremamente controlado da Unidade dá-lhes por um lado um sentimento de segurança, e voltar para casa, num ambiente de menor vigilância, traz alguns sentimentos de angústia. Utilizei como estratégias para conferir confiança aos pais o reforço positivo e o ressaltar a evolução e as conquistas em todo este caminho desafiante.

Foi muito recompensador e motivante perceber a evolução dos pais, e como estas intervenções são significativas para eles e têm um impacto tão grande no desempenho do seu papel.

A experiência em contexto de Internamento também foi muito enriquecedora, já que neste contexto, a equipa de Enfermagem apresenta um trabalho sistematizado desde a colheita de dados, planeamento, intervenção e avaliação das competências parentais. O serviço utiliza instrumentos de avaliação criados pela equipa de Enfermagem e estes instrumentos estão adaptados às diferentes etapas de desenvolvimento da criança. Assim, avaliei a capacidade dos pais para adquirir conhecimentos e quais as competências que já estavam

desenvolvidas; planeei a intervenção de acordo com estes dados; instruí e treinei os pais e avaliei os resultados através da sua autonomia e habilidade na realização das actividades relacionadas ao seu desempenho de competências parentais.

Gostaria de frisar a importância de perceber quais os sentimentos dos pais sobre a realização destas actividades, para além de avaliar apenas a sua habilidade na execução. Esta avaliação vai muito além do executar. Perceber se os pais se sentem confiantes e seguros para assumir estes cuidados é de extrema importância para assegurar o bem-estar da família e criança no regresso a casa. Refiro aqui que é fundamental informar os pais sobre o seguimento e os recursos disponíveis na comunidade, pelo que expliquei aos pais como iria ser realizada a vigilância de saúde e articulei com os recursos comunitários para conferir suporte após a alta. Esta ponte que se estabelece confere confiança aos pais nos cuidados que prestam aos filhos e também sentimentos de apoio para com a equipa de saúde.

Os contextos da prática em cuidados de saúde primários, onde são realizadas iniciativas promotoras da saúde são ambientes ótimos para o empoderamento dos pais nas suas competências parentais. O ambiente informal é favorecedor de partilha de conhecimento dos Enfermeiros e troca de dúvidas por parte dos pais. O seguimento, que idealmente já se iniciou na fase da gravidez e onde já existe uma relação com a equipa de saúde, permite aos profissionais identificarem as necessidades de intervenção em fases precoces.

No âmbito da vigilância de saúde em consulta de saúde infantil, utilizei as orientações da Direcção Geral da Saúde (DGS) relativas ao Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Neste documento estão descritas quais as áreas de atenção relacionadas com as etapas de desenvolvimento da criança, sendo por excelência, um guia orientador para os profissionais. Indo de encontro a estas orientações, forneci informação aos pais relacionada com a vigilância de saúde; calendarização vacinal; quais os sinais de alerta para situações de atraso de desenvolvimento; situações de risco; desempenho escolar; higiene oral e protecção solar, entre outros, no sentido de alertar os pais e informar sobre quais os cuidados de saúde mais significativos atendendo às necessidades dos seus filhos.

Na UCC é realizado um trabalho muito direccionado para a promoção do papel parental e é dada uma especial relevância à assistência especializada de Enfermagem neste campo. A Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) coordena para além da

intervenção individualizada, dois grandes projectos direccionados a grupos de pais: o Curso de Educação Parental e o Projecto “Bem-me-Quer”.

Estes dois projectos complementam-se entre si. Inicia-se com as actividades do projecto “Bem-me-Quer” que é constituído por um conjunto de 5 sessões sobre massagem infantil e depois é dada a continuidade através do Curso de Educação Parental onde são explorados os temas de técnicas de extracção de leite, prevenção de acidentes, duas sessões sobre a introdução alimentar e a sessão sobre o sono que tive a oportunidade de implementar autonomamente.

De salientar que os conteúdos abordados em cada sessão não são estanques e é dada a oportunidade aos pais de exprimirem as suas dúvidas e receios e este ambiente informal e postura flexível são muito enriquecedores. Foi muito proveitoso para mim poder participar activamente nestas sessões, realizei pesquisa bibliográfica sobre os temas abordados e troquei experiências e conhecimentos com a tutora. Através destas estratégias pude participar em parceria com a EESIP e contribuir com os meus conhecimentos para os conteúdos abordados nas sessões.

Para além da participação nas sessões planeadas pela UCC, realizei uma sessão de Educação para a Saúde sobre o Sono no 1º ano de vida, o material produzido relativo à sessão encontra-se no Apêndice 1.

Foi uma experiência muito importante como aluna e permitiu-me intervir de uma forma mais activa nas actividades da UCC. De igual modo, a revisão bibliográfica que realizei permitiu-me partilhar com a equipa as novas orientações sobre o tema.

A sessão decorreu no dia 16 de Janeiro pelas 14:30h na UCC de Matosinhos para um público de 10 pessoas, 7 das quais mãe, 1 pai, 1 avó e 1 tia. O objectivo da sessão para além de disponibilizar informação sobre o tema, pretendia ir ao encontro das dúvidas dos pais e as suas necessidades individuais. Para cumprir com este propósito, criei uma caixa de dúvidas que foi exposta numa sessão anterior com o mesmo grupo. Introduzi a temática do sono e solicitei aos pais que escrevessem dúvidas que tinham relativas ao dos seus bebés. As dúvidas colocadas pelos pais relacionavam-se com: a idade em que o bebé poderia dormir num quarto individual; quais as condições de segurança no berço; a alimentação do bebé e o sono, principalmente no período nocturno; dormir na cama com os pais (co-sleeping); despertares nocturnos e estratégias para implementar uma boa rotina de

sono. Assim, os conteúdos seleccionados para a sessão basearam-se nestas temáticas. Utilizei a metodologia expositiva recorrendo a suporte de diapositivos, e também, a metodologia participativa para fomentar a discussão.

No que diz respeito ao desempenho na sessão, inicialmente para introduzir o tema e acolher os pais, apresentei-me e pedi aos pais para se apresentarem. Na fase do desenvolvimento senti algumas dificuldades iniciais em explicar de forma clara alguns conceitos mais teóricos, motivada por algum nervosismo, contudo, utilizei novamente uma metodologia mais participativa e preferi não seguir rigidamente a estrutura da apresentação de diapositivos. Considero que estas estratégias foram importantes para avançar harmoniosamente na sessão e transmitir os conceitos fundamentais.

Foi muito proveitoso participar nestas sessões. Percebi que os pais sentem que as suas dúvidas e receios são ouvidos e assim é planeada a assistência no encontro das necessidades específicas de cada família. Tal como nos diz Mercer (2006)“ *Encorajar as mães em intercâmbios verbais que expressam cuidado, apoio e interesse podem permitir que uma mãe use experiências stressantes para obter confiança na sua capacidade de mãe e promover a confiança, sensação de controlo e sentimentos de conexão*”. Pela minha participação e observação esta é a “chave de ouro” para o sucesso das intervenções de Enfermagem com este pais e bebés. O sentimento de apoio à decisão através de transmissão de conhecimento actual e científico aliado a uma atitude de participação e empoderamento dos pais torna-os capazes e confiantes nos cuidados que prestam aos filhos e na relação criada com o Enfermeiro. É um trabalho de extremo impacto positivo na vida destas famílias, gratificante para os profissionais e um bom indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Objectivo:

- Desenvolver competências especializadas relacionadas com a promoção da vinculação e da ligação mãe-filho.

Actividades:

- Incentivar a presença dos pais nos diferentes contextos assistenciais;
- Promover a participação dos pais nos cuidados ao filho;

- Identificar barreiras à vinculação;
- Promover a amamentação.

Reflexão:

A vinculação da criança tem um grande impacto na sua saúde da criança, no seu desenvolvimento, e até na forma como estabelecerá relações na vida adulta. Segundo Silva (2014) “ *As crianças são muito motivadas, desde o berço, para se relacionarem com os outros, e para estabelecerem um vínculo com uma figura de vinculação. Representações desta relação preferencial são internalizadas pela criança, que cria um modelo psíquico e que persiste durante o tempo e influenciará potencialmente futuras relações interpessoais.*”

A transição para a parentalidade exige só por si uma grande capacidade de adaptação, quando os pais se deparam com o nascimento de um filho doente esta transição é bastante mais complexa. Segundo Barros (2006) citado por Carvalho, (2013) “*Quando o recém-nascido prematuro é internado, ocorre uma disrupção do normal processo de integração familiar e vinculação pais-filho, prejudicando a ligação da família com a criança. O nascimento de um filho pré-termo é uma situação geradora de grande stress num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da parentalidade.*”

A instabilidade emocional, a dificuldade de gerir sentimentos de angústia e incerteza, aliado ao ambiente complexo que os rodeiam, priva os pais do contacto com o filho prejudicando de forma directa o processo de vinculação da criança.

O Enfermeiro é o profissional de saúde que está mais de perto com a criança e a família, e especialmente o EESIP, por deter um conhecimento mais aprofundado sobre estas barreiras planeia intervenções que minimizem o impacto negativo destes obstáculos à vinculação. Assim, incentivei os pais a estarem presentes e próximos do filho, promovi a participação dos pais nos cuidados, reforcei a importância do toque e o contacto pele-a-pele.

No reconhecimento das necessidades de contacto e interacção do RN com os pais, o método Canguru é utilizado como estratégia promotora da vinculação e do bem-estar do RN e da família. Barbosa (2013) refere que o método “*consiste na possibilidade de colocar e manter o RN apenas com fralda e gorro de forma a minimizar as diferenças de temperatura, sobre o peito, em contacto pele-a-pele precoce com a mãe ou o pai, numa*

posição vertical, sustentado por uma faixa ou uma manta". Enuncia que alguns benefícios deste método relacionam-se com o alcance de uma maior estabilidade hemodinâmica do RN; melhor regulação térmica; melhor regulação emocional e comportamental; estimula o aleitamento materno e o vínculo do RN com a mãe, proporcionando uma maior confiança e competência dos pais na prestação de cuidados ao filho.

Tive oportunidade de participar na implementação desta técnica em alguns RN. Conforme referido, este método deverá ser iniciado o mais precocemente possível e quando o RN apresentar um padrão hemodinâmico mais estável relativamente ao controlo térmico; frequência cardíaca e respiratória; saturações de oxigénio e o padrão comportamental mais organizado. Foi notória a satisfação dos pais e do RN quando estavam em contacto. Os pais verbalizaram que a sensação era maravilhosa e quando observava o RN, estava relaxado e por vezes esboçava um sorriso.

Outra iniciativa de extrema relevância quando falamos de promoção da vinculação é o incentivo à amamentação. Os benefícios da amamentação vão para além da promoção da vinculação mas considero que aqui tem um lugar especial. É no reconhecimento destes benefícios que o EESIP desenvolve actividades promotoras e de apoio ao aleitamento materno.

A adaptação à amamentação é muitas vezes um processo complexo. Citando Falceto (2006), Sousa (2016) indica que “ *o aleitamento materno não é determinado simplesmente de forma biológica, mas também envolve factores emocionais e socioculturais. A decisão de amamentar, de continuar a amamentar ou de parar de amamentar é essencialmente da responsabilidade da mãe, que é influenciada pela sua história de vida, pela sua rede de apoio social e familiar, pelas suas condições físicas e emocionais e das do bebé, bem como pelo valor social que é conferido à amamentação e à maternidade na comunidade em que a mulher se integra.*

O Enfermeiro é o profissional que está mais próximo da mãe e do bebé desde as fases mais precoces. As estratégias promotoras do aleitamento materno iniciam-se idealmente durante a gravidez, e atendem a momentos fulcrais como o período pós-natal, apoiando a mãe a ultrapassar as dificuldades individuais sentidas e respeitando as suas decisões. Segundo Castelli, Maahs, & Almeida (2014) “ *Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir dificuldades em relação ao aleitamento materno. Muitas vezes, as mulheres desconhecem o contexto da amamentação ou ainda não estão prontas para tal ato, o que*

as deixa mais vulneráveis a apresentar dificuldades e dúvidas ao longo do processo. O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e intervenção nas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, o que requer conhecimento, atitudes e habilidades específicas.”As orientações emandas têm o objectivo de permitir à mãe decidir de forma informada e criar o seu “projecto” de amamentação, ou seja, no reconhecimento de que o aleitamento materno é a melhor opção de alimentação do bebé, o Enfermeiro realiza intervenções direccionadas às necessidades individuais identificadas na mãe e no bebé.

Indo de encontro a estes dados, destaco que onde adquiri maior aprendizagem sobre estratégias promotoras da amamentação foi no contexto da UCC. Pude experienciar a forma como é explorado este tema com os pais em contextos de intervenção em grupo e de intervenção individualizada. No âmbito da intervenção em grupo, são planeadas sessões sobre aleitamento materno no curso de educação parental onde são abordados desafios transversais da amamentação. Nestas sessões tive oportunidade de participar na sessão relacionada com a preparação da mãe para regressar ao trabalho, onde explicamos as diferentes técnicas de extracção e conservação do leite materno.

Paralelamente às sessões de grupo, são agendadas consultas individuais sobre amamentação onde os pais podem expôr as suas dificuldades e experiências relacionadas com a amamentação. Através da minha intervenção e observação percebi que nas fases mais precoces as mães referem algumas dificuldades em identificar a saciedade do bebé, e têm receio de estar a alimentá-lo de forma insuficiente. Nestas consultas forneci informação sobre os sinais de fome e saciedade do bebé; sinais de boa pega ou pega inadequada ; posicionamento do bebé e da mãe durante a amamentação; sinais de alerta de mastite e os cuidados às mamas e mamilos. Com esta informação pretendi identificar potenciais obstáculos e antecipar questões problemáticas que pudessem condicionar o aleitamento materno.

Cientes dos desafios relacionadas com a amamentação, os pais procuraram cada vez mais informação e apresentam níveis de conhecimentos mais diferenciados do que outrora. Actualmente existem diversos materiais e utensilios de apoio à amamentação, blogs de pais, sites informativos, chats onde os pais trocam experiências e tentam tirar dúvidas. Estas condicionantes da actualidade, conferem um desafio ainda maior a nós Enfermeiros de Saúde Infantil, para transmitirmos estratégias efectivas e úteis aos pais sobre

amamentação. Temos de estar munidos do conhecimento científico actual e credível de forma a fundamentar as nossas orientações e a nossa intervenção. Para dar resposta a esta exigência realizei uma revisão bibliográfica sistemática de forma a estar munida da informação credível actual e para sentir-me preparada para as dúvidas que os pais colocaram.

Foi muito gratificante observar os progressos e a evolução dos pais consulta após consulta. Percebe-se que estes à medida que adquirem experiência, confiança e que conhecem o seu bebé, conseguem prestar cuidados e realizar decisões de forma progressivamente mais autónoma. Os pais verbalizam sentimentos de gratidão e de valorização da intervenção do EESIP e reconhecem que este trabalho tem um impacto muito positivo na aquisição destas competências parentais. É um caminho individual mas, sendo um caminho apoiado por profissionais é sem dúvida uma oportunidade para integrar esta experiência de uma forma positiva.

Gostaria também de referir que todos os serviços onde desenvolvi a minha assistência estavam preparados com espaços que permitem às mães amamentar os seus filhos asseguram as condições de privacidade que são necessárias preservar, isto é reflexo das iniciativas que as equipas realizam para a promoção da amamentação.

Objectivo:

- Desenvolver competências no âmbito do controlo da dor na criança.

Actividades:

- Monitorizar a dor de forma sistemática através de escalas adequadas à criança;
- Utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor.

Reflexão:

A dor é um dos focos de atenção de maior relevância do EESIP por ter um grande impacto no bem-estar da criança e conseqüentemente um factor de stress para os pais.

Segundo a CIPE, dor “ *é um aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus 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 do apetite.”

A experiência da dor tem uma causalidade multifactorial. Na criança a sua identificação, caracterização e tratamento têm nuances particulares, é portanto, um indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Para além dos processos patológicos que provocam dor, nos contextos da prestação de cuidados, poderão ser realizados procedimentos e intervenções que provocam dor e é importante sensibilizar, oferecer formação e orientação aos profissionais sobre estratégias de gestão da dor na criança.

Batalha (2013) pretendeu caracterizar os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor nas crianças até aos 18 anos, nos anos 2002 e 2012. Indica evoluções positivas: *“A prevalência da dor reduziu de forma significativa entre 2002 e 2012 (37% para 75%), e o registo e avaliação da dor começou a ser prática comum (53% para 64%)”*, contudo, no mesmo estudo identificou um achado interessante: *“A prevalência das intervenções farmacológicas não se alterou (43% vs 42%), mas a implementação de estratégias não farmacológicas baixou significativamente (72% vs 15%)*. Considero que as conclusões deste estudo constituem uma boa oportunidade de melhoria e um campo sensível à intervenção do EESIP, na medida em que as intervenções não farmacológicas estão mais relacionadas com intervenções que podemos desenvolver de forma autónoma.

No sentido de fornecer uma ferramenta orientadora para os profissionais de saúde, a DGS emitiu a Norma nº 022/2012 de 18/12/2012 - Orientação Técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças dos 0 aos 18 anos de idade. Esta norma para além de sistematizar quais as situações que carecem de sedação e anestesia enumera um conjunto de intervenções não farmacológicas para o controlo da dor as quais sublinho: *“Amamentação (colocar o seio materno durante o procedimento); Contenção com o lençol (Swaddling) ou contenção manual (facilitated tucking); Distração; Glicose a 30% ou sacarose (principalmente no 1º ano de vida); Imaginação guiada; Massagem; modelação (ensaio comportamental); Prepação.”* (DGS, 2012)

No serviço de Neonatologia é dada especial atenção ao impacto que a dor tem no desenvolvimento do RN, uma vez que este é especialmente sensível aos estímulos dolorosos e pequenos desconfortos acarretam repercussões hemodinâmicas que comprometem a estabilidade do RN. Apliquei sistematicamente a escala de EDIN, que é a

escala utilizada na equipa. Administrei terapêutica farmacológica quando necessário e prescrito. Apliquei medidas não farmacológicas como o posicionamento, a contenção, o toque e a presença dos pais e avaliei sistematicamente a eficácia das minhas intervenções.

Nos contextos de Internamento e Urgência as escalas para avaliação da dor são seleccionadas segundo a etapa de desenvolvimento da criança (EDIN, FLACC, Escala de faces Wong-Backer; Escala numérica, e FLACC – R para crianças com alterações do desenvolvimento).

Como estratégias promotoras do controlo da dor preparei a criança e família e cedi informação sobre o procedimento indo de acordo à compreensão e estadio de desenvolvimento da criança. Sempre que possível utilizei a brincadeira e a distração para minimizar o impacto dos procedimentos. Utilizei EMLA para realização de punções venosas; em lactentes utilizei a glicose 30% ou sacarose 24%, a amamentação e a contenção. A implementação destas intervenções é uma oportunidade de melhoria por parte dos profissionais, pois muitas vezes ainda nos focamos muito em medidas farmacológicas. As medidas não farmacológicas são eficazes no controlo da dor, principalmente a dor ligeira, e proporcionam uma experiência menos negativa da criança e da família em procedimentos dolorosos. Apesar de se observarem evoluções positivas, existem serviços onde existe uma maior implementação destas intervenções relativamente a outros serviços. Os EESIP têm uma responsabilidade acrescida neste campo, onde devemos oferecer suporte à equipa, fomentar protocolos de actuação, formação e supervisão no âmbito do controlo da dor na criança.

Competências desenvolvidas

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

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

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

Abordar questões complexas de modo sistemático e crítico relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Objectivo:

- Desenvolver competências especializadas na assistência à criança/família em risco em situações de maior vulnerabilidade.

Actividades:

- Conhecer os recursos da comunidade que dão apoio às crianças e famílias em situações de risco e maior vulnerabilidade;
- Conhecer os mecanismos de articulação e referenciação para as unidades que prestam assistência a crianças e famílias em situações mais vulneráveis.
- Colaborar nas actividades do âmbito de Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR);
- Participar nas actividades de Intervenção Precoce realizadas pela ELI;
- Reflectir sobre o papel do EESIP na actuação em situações de maior complexidade.

Reflexão:

A área de intervenção e detecção de situações de risco para a criança e família é uma área de extrema relevância do EESIP. A Ordem dos Enfermeiros (2010), enuncia como uma área de competências específicas do EESIP a “*detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança*”.

No PNSIJ está enunciada a importância do papel do EESIP na intervenção em grupos especialmente vulneráveis “ *As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem, de facto, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços. A função de “charneira” destes cuidados deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria/Enfermeiro de Família*”. (DGS, 2012)

À luz destas permissas, o EESIP tem um papel, mas também responsabilidades acrescidas na identificação, articulação, avaliação e implementação de actividades promotoras da maximização da saúde da criança e família.

No contexto de intervenção nos cuidados de saúde primários participei nas actividades desenvolvidas pelo NACJR e pela equipa da ELI, que implementa a intervenção direccionada para a Intervenção Precoce no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce da Infância (SNIPI).

Como se tratam de contextos de intervenção muito particulares, com uma natureza de intervenção muito distinta da minha experiência profissional, foi de extrema importância apropriar-me dos conhecimentos teóricos leccionados no Curso de Mestrado, realizar pesquisa bibliográfica sobre as temáticas de intervenção com crianças e famílias em risco e consultar os protocolos vigentes no ACES.

No âmbito da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco sob o Despacho nº 31292 de 5 de Dezembro de 2008, foi criada uma “Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco” com o objectivo de dar uma resposta estruturada do SNS ao fenómeno dos maus-tratos, quer a nível dos cuidados de Saúde Primários quer a nível Hospitalar com atendimento pediátrico. (DGS, 2016)

O NACJR é uma equipa multidisciplinar que dá apoio a crianças e jovens em risco, e que utiliza através da sua avaliação, mecanismos de articulação e sinalização com Instituições de intervenção na infância, permitindo assim melhorar e agilizar a capacidade de resposta na prevenção e detecção de situações potenciadoras de risco para a criança.

A equipa do NACJR é composta por EESIP, Psicóloga, Médica e Assistente Social. São realizadas reuniões quinzenais onde são discutidas e tomadas decisões após análise dos casos sinalizados ao grupo. Cada profissional, contribui com a sua área de saber para a avaliação do caso.

Tive oportunidade de participar numa reunião de NACJR onde foi sinalizada pelo Hospital um RN com uma situação familiar mais vulnerável, apesar de não terem sido identificados sinais de negligência ou maus tratos pela equipa de saúde no Hospital. Pelas características familiares esta criança estaria exposta a um maior risco (pais jovens com relações anteriores conflituosas e vários filhos da antiga relação sem nenhum dos pais estar com o poder parental). Após avaliação da situação, e uma vez que não tinham sido identificados quaisquer tipo de maus tratos, a equipa decidiu articular com o Enfermeiro de Família para posterior seguimento e vigilância.

Através da minha participação nesta reunião, foi importante compreender como é realizado o sistema de sinalização e perceber como os diferentes profissionais analisam o caso. Quanto à intervenção do EESIP nesta situação, foi analisada a informação que constava no documento de articulação do Hospital e os dados obtidos permitiam perceber que os pais apresentavam competências parentais no desempenho do seu papel e não estavam comprometidos a relação mãe-filho e a vinculação.

Das iniciativas de apoio a situações de risco acrescido na infância, a equipa da ELI realiza um trabalho importante no campo da Intervenção Precoce. A Lei nº 281/2009 enuncia as bases do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), consideram-se “*critérios de elegibilidade para a Intervenção Precoce na Infância, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respectivas famílias, que apresentem condições previstas (...) Alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respectiva idade e contexto social (...) Risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.*” (DGS, 2012)

Neste âmbito participei numa avaliação de uma criança de 3 anos que tinha sido referenciada por apresentar um atraso ligeiro de algumas competências psicomotoras tais como, linguagem, motricidade e relacionamento social, sendo que a linguagem era a competência que estava mais comprometida. A criança foi sinalizada pela Escola, onde as educadoras identificaram dificuldades da linguagem falada e referiam que o pai em casa também teria identificado essa dificuldade.

A avaliação realizou-se na APPACDM de Matosinhos, a equipa da ELI foi composta pela EESIP, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e educadora. Nesta reunião estavam

também presentes os pais. A sala onde decorria a avaliação tinha diversos brinquedos e materiais que promovem a brincadeira respeitando assim o mundo da criança, facto que permite que esta aja de forma espontânea. A Educadora mediou a actividade uma vez que já tinha uma relação de proximidade com a criança na escola. Todas as actividades foram orientadas pela Educadora e estas permitiam ao grupo de profissionais, à luz do seu saber, avaliar as competências da criança. Neste contexto, apliquei a Escala de Mary Sheridan Modificada – 3 anos como instrumento da avaliação das competências psicomotoras.

Um dos principais objectivos da reunião, foi como usualmente, elaborar o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), onde os diversos profissionais contribuem com a sua avaliação, numa tentativa de dar resposta às necessidades identificadas. A elaboração do PIIP sistematiza quais as necessidades identificadas, quais os recursos familiares, os recursos da comunidade disponiveis e os grupos profissionais que continuarão a intervir, estabelecendo uma periodicidade de reavaliações.

A possibilidade de participar nestas actividades, trocar experiências e reflectir sobre estas problemáticas com outros profissionais experientes neste campo, foi muito produtivo para mim uma vez que permitiu-me contactar com realidades muito diferentes do meu contexto da prática. No serviço de Urgência onde trabalho é difícil detectar situações de crianças e famílias com necessidades especiais ou situações de risco. Intervir numa perspectiva profissional nestes processos de intervenção, permitiu-me estar mais consciente do papel do EESIP em todo o processo desde a sinalização, levantamento de necessidades, implementação e avaliação.

Objectivo:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à criança e família em situações de maior complexidade.

Actividades:

- Assistir a criança/família em situações de maior complexidade nos diferentes contextos assistências;
- Reflectir sobre a prestação de cuidados especializados em situações de especial complexidade.

Reflexão:

A oportunidade de poder contactar com ambientes da prática tão variados no papel de estudante, onde temos uma disponibilidade para observar e reflectir sobre a assistência de Enfermagem, onde temos condições reunidas para investir na pesquisa sobre as questões de reflexão e discutir os resultados dessa busca com Enfermeiros experientes em Pediatria, torna este percurso formativo extremamente enriquecedor quer a nível profissional como pessoal.

Contactei com ambientes assistenciais completamente novos para mim, os quais detinha conhecimentos gerais da prestação de cuidados. A Unidade de Neonatologia constituiu-se como um grande desafio, na assistência ao RN, especialmente ao RN de alto risco, requeri um grande número de aprendizagens novas. Existe uma metodologia e dinâmicas de trabalho muito diferentes, aliado a um ambiente espacial e tecnológico extremamente complexo e diferenciado. As situações urgentes e mergentes são frequentes e exigem conhecimentos técnicos que respondam a estas situações. A instabilidade do RN e grande vulnerabilidade ao ambiente da Unidade, relacionado com o ruído, iluminação, alternâncias de temperatura, manipulação, procedimentos invasivos, requer perícia na gestão dos procedimentos e cuidados.

Durante a minha intervenção na Unidade Neonatal, desenvolvi habilidades técnicas através da observação, execução e do treino de cuidados de enfermagem em procedimentos complexos como a ventilação mecânica no RN, quer por ventilação invasiva ou não invasiva, assegurando a manutenção dos sistemas e circuitos e adaptação do RN ao ventilador. Realizei cuidados ao RN em protocolo de hipotermia, trata-se de um tratamento implementado em situações muito críticas como por exemplo a hipoxémia neonatal, tem duração de 72h onde o RN é submetido a uma temperatura de cerca de 33° onde as suas necessidade energéticas e metabólicas são reduzidas possibilitando assim a perservação e estabilização das funções cerebrais. Apliquei o protocolo e procedi a todos os registos e avaliações com supervisão da orientadora. Prestei cuidados ao RN com cateter umbilical e com monitorização invasiva; alimentação parentérica; colaborei na colocação de dreno torácico e prestei cuidados de enfermagem para manutenção do seu funcionamento. Estes foram alguns aspectos técnicos alvo da minha aprendizagem em contexto de cuidados intensivos.

Igualmente importante, foi contactar com um modelo de cuidados diferente, onde a relação que se estabelece vai no sentido de criar as condições ideais para o neurodesenvolvimento do RN. O Neonatal Individual Developmental Care Assessment Program – NIDCAP “foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno. A observação detalhada do comportamento do RN parece ser o melhor guia para os profissionais promoverem de forma continuada cuidados individualizados de suporte adaptados ao seu desenvolvimento. A integração da abordagem do NIDCAP nas UCIN reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde.” (Santos, 2011).

Um dos aspectos de aprendizagem deste programa é que o RN não só recebe mas também participa nos cuidados e nós devemos mediar a nossa conduta tendo em conta a forma como o RN responde à nossa abordagem. Para isso é necessário aprender a interpretar a resposta do bebé e o modo como este se organiza para minimizar os factores stressores que comprometem o seu desenvolvimento e bem-estar.

Passando para alguns pontos pertinentes no contexto de Urgência Pediátrica, um dos aspectos de maior reflexão prendeu-se com a metodologia de Triagem. O método de triagem utilizado no HSJ é o modelo de triagem canadiana – *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (CTAS). A nível nacional, este método foi adoptado no HJS e no Hospital D^a Estefânia em Lisboa. Tinha uma grande curiosidade em conhecer este protocolo uma vez que este foi elaborado unicamente para a população pediátrica. Na minha prática profissional utilizo o método de Triagem de Manchester, foi interessante contactar com uma metodologia diferente e directamente pensada na criança e assim perceber quais as suas potencialidades.

A norma da DGS nº 002/2015 de 23/10/2015 sobre os Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, distingue estas duas metodologias de triagem: “ *A Triagem de Manchester tem como objectivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objectiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo que é necessário até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer um diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão.*”

A CTAS é um instrumento que tem como objectivo a definição de forma precisa das necessidades dos pacientes em relação ao tempo, determinando o nível urgência, os recursos necessários e o desempenho em relação aos objectivos operacionais. O objectivo operacional principal é definir o tempo para o doente ser atendido pelo médico, uma vez que a maior parte das decisões sobre a investigação clínica e o início do tratamento não ocorrem sem a observação médica. Classifica o doente, com base num processo que inclui 3 passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo da consulta, avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os factores de risco associado.” DGS (2018)

Através da aplicação da Triage Canadiana percebi que a sua parametrização atende a especificidades relacionadas com a atenção à criança que não estão consagrados no Método de Manchester, apesar deste estar adaptado à Pediatria. Na triagem canadiana a idade da criança é valorizada tendo em conta os factores de risco associados ao problema de saúde que apresenta, dando especial atenção ao RN e lactente com o objectivo destes serem avaliados o mais precocemente possível; valoriza a apreciação global da criança e os parâmetros vitais estão adequados à idade. Ressalto estes aspectos pois são algumas lacunas que identificamos quando utilizamos o Método de Manchester.

A triagem é uma fase crucial do circuito do utente no Serviço de Urgência, é o primeiro contacto que o utente tem com o serviço. Em Portugal está amplamente aceite que a triagem seja realizada pelos Enfermeiros e esta é uma tarefa extremamente desafiante para o nosso grupo profissional. O ambiente vivido numa Urgência é frenético, e as circunstâncias que trazem uma criança à Urgência são vivenciadas pelos pais com grande angústia. É necessário que o Enfermeiro triador detenha experiência e perícia na avaliação da criança. A minha experiência como profissional é que este posto esteja a cargo de um EESIP. Segundo Gomes (2008) *“O Enfermeiro tem que possuir grandes conhecimentos teórico-práticos que permitam desenvolver uma avaliação eficaz do utente..tomar decisões rápidas e realizar uma correcta colheita de dados através da entrevista e observação (...) que lhe permita detectar sinais subtis quanto à acuidade do utente”*. Para além da capacidade de julgamento clínico necessário para avaliar a criança, são-nos exigidas competências que permitam gerir e organizar o ambiente potenciando a fluidez nos outros postos e serviços de apoio à Urgência. Igualmente importante, são o desenvolvimento de competências pessoais de gestão de conflitos e gestão de emoções que nos permitam lidar com situações de grande pressão e stress. Indo ao encontro destes dados Gomes (2008)

reforça “ *O Enfermeiro que realiza a triagem depara-se com a necessidade de desenvolver competências e habilidades em distintas dimensões, nomeadamente, ao nível do atendimento ao utente (...)o atendimento, como cuidado de enfermagem, deve ser tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo o ambiente desconhecido.*”

Durante o período de estágio na Urgência colaborei na assistência a uma criança politraumatizada em contexto de sala de emergência. Um dos aspectos de maior aprendizagem foi poder observar e reflectir sobre como a equipa de Enfermagem se organizou de forma coordenada atendendo ao plano de actuação da equipa de Enfermagem em sala de emergência. Considero de extrema importância haver esta sistematização na equipa pois uma intervenção organizada minimiza os erros, a perda de tempo e de recursos que em situações emergentes podem comprometer a efectividade dos cuidados. Seguindo essa planificação, numa reanimação estão três Enfermeiros, onde o Enfermeiro-Chefe é o Enfermeiro líder (Enfermeiro 1), este fica na via aérea e coordena a intervenção dos outros dois Enfermeiros; o Enfermeiro 2 monitoriza e prepara acessos venosos e medicação; o Enfermeiro 3 circula na sala assegurando recursos materiais e registos.

Particpei na recepção da criança em plano-duro, na transferência, imobilização, posicionamento neutro e colocação do colar cervical. Uma vez que a criança realizou vários exames foi uma oportunidade para conhecer o circuito do doente entre a sala de reanimação e o serviço de imagiologia e assegurar os cuidados à criança durante o transporte.

2.2.Competências do âmbito da Formação em Enfermagem

A formação é uma das componentes essenciais para a prática profissional do Enfermeiro. Numa perspectiva de melhoramento contínuo, é também uma fonte de valorização e motivação profissionais. Os avanços tecnológicos e o conhecimento científico em constante evolução lançam novos dados sobre os cuidados e as questões em saúde, atribuindo-nos desafios contínuos e uma necessidade de actualização constante. A formação é assim o veículo ideal para promover da qualidade dos cuidados de Enfermagem e deve ser incentivada dentro das equipas. O Enfermeiro Especialista, através das competências que apresenta, é um elemento essencial para a promoção da formação

dentro dos serviços que integra. O processo de aquisição de competências, os objectivos e as actividades realizadas no domínio da formação encontram-se descritos neste subcapítulo.

Competências desenvolvidas
Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
Promover a formação em serviço na área de EESIP;
Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

Objectivo:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares;

Actividades:

- Identificar as necessidades de formação na equipa;
- Planeamento da acção de formação “Transporte seguro do recém-nascido e teste da cadeira de transporte no recém-nascido pré-termo”

Reflexão:

O papel do Enfermeiro Especialista no seio da equipa de Enfermagem direcciona-se também para o levantamento de necessidades formativas e planeamento de iniciativas que colmatem estas necessidades. Assim, foi parte integrante dos meus objectivos para o Estágio a realização de uma acção de formação para a equipa de Enfermagem. O contexto da prática de internamento pediátrico, e apesar deste apenas se destinar à criança a partir dos 28 dias, recebe, porém, muitos recém-nascidos transferidos da Unidade Neonatal e que requerem um conjunto de cuidados específicos relacionados com o planeamento do regresso a casa.

Foi possível identificar, neste contexto, que os Enfermeiros tinham muitas dúvidas e actuavam de forma pouco uniforme no planeamento da alta no que dizia respeito ao transporte seguro do RN, principalmente sobre o teste de monitorização na cadeira de transporte no RN pré-termo. Havia pouco consenso sobre os parâmetros a seguir neste teste

e percebi que não existia um protocolo ou uma instrução de trabalho que desse suporte aos Enfermeiros. A prevenção de acidentes relacionado com o transporte da criança é um dos pontos de atenção relacionados com o regresso a casa do RN, constituindo assim um indicador de qualidade da preparação para a alta por parte da equipa de Enfermagem. Assim, constituiu-se uma oportunidade para desenvolver o planeamento de uma orientação de trabalho baseada na evidência científica vigente sobre o tema.

O meu objectivo inicial prendeu-se em elaborar um instrumento onde os Enfermeiros pudessem registar a monitorização cardiorespiratória do recém-nascido prematuro na cadeira de transporte como forma de prevenção de eventos ameaçadores da vida devido ao posicionamento de sentado na cadeira. Através dos dados da pesquisa, e uma vez que a equipa não detinha orientações implementadas a este nível, percebi que fazia sentido complementar o documento de monitorização com outro instrumento que permitisse seguir um grupo de orientações personalizadas para transportar o RN de forma segura. Assim, construí um documento único composto primeiramente por uma check-list orientadora sobre como transporte do recém-nascido no sistema de retenção e uma tabela de registo da monitorização do RN prematuro.

Apesar de não ter sido possível apresentar o trabalho a toda a equipa de Enfermagem através de uma sessão, realizei um dossier com toda a revisão bibliográfica sobre o tema e o documento de avaliação para estar acessível a toda a equipa. De forma a dar a conhecer o meu trabalho, apresentei-o à Enfermeira Chefe e às tutoras de estágio que consideraram o conteúdo de grande valor para a equipa uma vez que estava a ser organizado um grupo de trabalho para realização de um protocolo sobre transporte seguro. O planeamento da sessão e o protocolo encontra-se no Apêndice II.

Competências desenvolvidas
Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Objectivo:

- Promover o auto-desenvolvimento profissional e pessoal.

Actividades:

- Assistir ao 11º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem da Universidade Católica;
- Assistir ao Fórum de Investigação em Enfermagem do Norte :” Cuidar e Investigar”

Reflexão:

No processo de aquisição de competências durante o Estágio, é necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos na preparação de base do Curso de Mestrado, com as competências adquiridas através da experiência profissional e incorporar estes conhecimentos para os contextos de Estágio.

Por ter desenvolvido a minha intervenção em contextos de prática diversos, deparei-me com a necessidade de investir continuamente na pesquisa bibliográfica para fundamentar aprofundar conhecimentos e fundamentar a minha tomada de decisão.

Adquiri conhecimentos aprofundados sobre a assistência especializada de Enfermagem ao RN em contexto de Unidade Intensiva Neonatal; adquiri competências especializadas na assistência à criança hospitalizada, em situações urgentes emergentes e doença aguda e crónica; Promoção da parentalidade e competências de avaliação das competências parentais ; Promoção da amamentação; Adquiri conhecimentos e competências sobre a Parceria de Cuidados; Ligação mãe-filho e vinculação; Formação de pares e sessões de educação para a saúde etc.. são apenas alguns exemplos de temáticas directamente ligadas à assistência especializada em Pediatria onde algumas constituíram aprendizagens novas e outras onde houve a oportunidade de as aprofundar. Considero por isso que foram elementos-chave para a minha formação como EESIP.

Por seu lado a Universidade Católica proporcionou-me assistir a eventos que foram de maior interesse para o meu percurso formativo, tais como o 11º Seminário de Investigação em Enfermagem e o Fórum de Investigação em Enfermagem do Norte: “Cuidar e Investigar”.

O 11º Seminário de Investigação em Enfermagem teve um contributo muito especial com a participação de Linda Aiken¹, onde esta referiu dados interessantes colhidos através do

¹ Linda Aiken – Enfermeira Investigadora e Professora da Escola de Enfermagem da Pensilvânia. Coordena vários projectos de investigação na área da saúde entre eles RN4Cast.

projeto RN4cast que foi aplicado em vários países da Europa. Este estudo, de uma forma muito geral, trouxe considerações importantes sobre a correlação entre factores como os ambientes da prática e a valorização profissional com qualidade dos cuidados de Enfermagem, e como a qualidade dos cuidados de Enfermagem acarreta ganhos diretos na saúde dos utentes. Os resultados deste estudo são inquietantes e reforçam a ideia de que a aposta nos Enfermeiros traduz ganhos em saúde, lançando um alerta ao órgãos de poder político sobre as medidas de gestão de profissionais de Enfermagem nas Instituições.

Dentro das actividades formativas , assisti ao Fórum de Investigação em Enfermagem do Norte: “ Cuidar e Investigar”, uma iniciativa da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros em cooperação com várias Instituições de Ensino Superior de Enfermagem.

Durante a conferência foram abordados temas relevantes no âmbito da ética na investigação; os constrangimentos da investigação e os pressupostos da publicação de artigos de investigação de Enfermagem.

Participaram na Conferência vários oradores pertencentes maioritariamente a órgãos de gestão de Instituições de saúde e do Ensino de Enfermagem. Foram partilhadas as experiências das iniciativas no âmbito da investigação desenvolvidas pelos Enfermeiros dessas Instituições. De ressaltar que estiveram presentes oradores de Instituições de cuidados de saúde primários e diferenciados quer no sector público quer do sector privado, no sentido de dar a conhecer as diferentes realidades, os projectos, as dificuldades e os objectivos para o futuro.

Gostaria de demonstrar agrado por verificar que a Universidade Católica valoriza os trabalhos desenvolvidos pelos seus alunos de Mestrado e Douturamento, dando-lhes oportunidade e espaço nas Conferências para evidenciarem os resultados dos seus trabalh

2.3.Competências no âmbito da Gestão em Enfermagem

O contexto socio-económico actual lança diversos desafios aos Enfermeiros no exercício profissional. Paralelamente, advindo da prestação de cuidados, o Enfermeiro gere a sua assistência no sentido de estabelecer prioridades nos cuidados, gere os recursos humanos, os recursos materias e técnicos existentes com o objectivo de atingir o maior potencial da equipa de Enfermagem e multidisciplinar. O Enfermeiro Especialista pela sua

diferenciação e formação, tem um papel acrescido, promovendo a mais alta performance da equipa atendendo aos recursos disponíveis. Tal como nos evoca a Ordem dos Enfermeiros (2010)“ *O Enfermeiro Especialista gere os cuidados – otimizando a resposta da equipa de Enfermagem....adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.*”

Competências desenvolvidas
Realizar gestão de cuidados na área da EESIP;
Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP;
Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP;
Colaborar na integração de novos Enfermeiros.

Objectivos:

- Desenvolver competências especializadas no âmbito da gestão dos cuidados;
- Conhecer o papel do Enfermeiro Especialista como gestor na equipa e dos cuidados.

Actividades:

- Gerir os cuidados de Enfermagem sob o ponto de vista especializado;
- Utilizar os recursos materiais e humanos de forma eficaz e eficiente;
- Refletir sobre as metodologias de trabalho adoptadas.

Reflexão:

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), “*O Enfermeiro realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde*”. Sobre esta ideia, está inerente ao processo de gestão dos Enfermeiros potenciar o trabalho da equipa de Enfermagem e da equipa multidisciplinar para alcançar altos níveis de produtividade e de qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à prestação de cuidados, cabe ao Enfermeiro a responsabilidade de gerir os cuidados à criança e família, através de um processo colheita de dados, planeamento da assistência, intervenção e avaliação de resultados. Para além da gestão de cuidados, nos contextos da prática, são exigidas competências relativas à gestão e liderança que permitam potenciar a resposta da equipa a todas as demandas do trabalho nos serviços.

O papel desempenhado pelos Enfermeiros com funções de gestão é fundamental para zelar pela qualidade dos cuidados, potenciar o funcionamento do serviço e para a motivação da equipa de Enfermagem. Segundo Fradique & Mendes (2013) “ *Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvimento, implementando e monitorizando a gestão do serviço. É aos Enfermeiros chefes/gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no serviço, devendo motivar e alertar a equipa para a prática de Enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de Enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação.*”

Em todos os contextos da prática que contactei, os Enfermeiros gestores ou os chefes de equipa, são elementos com ESIP os quais são reconhecidas competências profissionais no âmbito da gestão e liderança. Normalmente são elementos com vasta experiência, dotados de maior maturidade e com características pessoais importantes na área da gestão e liderança como o controlo emocional, capacidade de análise, organização e tomada de decisão.

A observação nos diferentes contextos assistenciais permitiu-me compreender que a organização do trabalho de Enfermagem implica a adopção de uma metodologia de trabalho que se adegue ao contexto da prática e que dê resposta às necessidades de cuidados da criança e família.

Pelas características do serviço de Urgência, os Enfermeiros são distribuídos por postos de trabalho, ou seja, triagem; Sala de Observação; Sala de Enfermagem; Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Emergência. Colaborei com o chefe de equipa na gestão da distribuição dos diferentes elementos pelos sectores, e tive oportunidade de perceber como é realizada a gestão dessa distribuição. São tidos em conta factores como experiência profissional; performance individual; ritmos de afluência ao serviço; número de crianças internadas e complexidade de cuidados. Para além destes factores, é tido em conta que no posto de triagem são distribuídos unicamente EESIP e com experiência como Enfermeiro triador, é

dada a possibilidade aos Enfermeiros mudarem de posto durante o turno se sentirem que o seu rendimento está comprometido, e os elementos poderão dar suporte noutros postos de for necessário. O Enfermeiro chefe de equipa não assume nenhum posto de trabalho mas está responsável pela supervisão dos cuidados, dá apoio aos sectores com maior volume de trabalho e gere a operacionalidade no serviço, por exemplo, nos pedidos à farmácia, pedidos de transporte, material, verifica as malas de transporte e a sala de emergência e cofre de estupefacientes.

O método de trabalho adoptado pelos Enfermeiros é o método individual de trabalho uma vez que cada Enfermeiro é responsável por gerir os cuidados prestados às crianças que afluem a determinado posto. Contudo, esta metodologia de trabalho é complementada com o método de trabalho de equipa onde todos os elementos contribuem e cooperam entre si no sentido de maximizar a resposta da equipa e asseguram a qualidade dos cuidados como uma responsabilidade de todos os elementos.

Na Unidade de Neonatologia a metodologia de trabalho adoptada rege-se pelo método individual de trabalho. Utilizando esta metodologia, planeei a minha assistência centrando a minha intervenção nas necessidades específicas de cada RN e família. Assim, avaliei as necessidades de cuidados e utilizei a priorização através da avaliação clínica; agrupei os cuidados de forma a minimizar as manipulações desnecessárias e planeei as orientações e apoio à família.

No contexto de Internamento Pediátrico, a metodologia de trabalho utilizada é método do Enfermeiro de Referência conciliado com o método individual de trabalho. A metodologia do Enfermeiro de Referência acenta que no momento de admissão da criança é-lhe atribuído um Enfermeiro que é responsável por coordenar todo o processo de planeamento de cuidados. O Enfermeiro de Referência trabalha em cooperação com outros elementos da equipa, mas idealmente, deverá ser o Enfermeiro com maior proximidade à criança e família, e cabe-lhe coordenar toda a assistência com os vários recursos desde a alta até ao regresso a casa.

Atendendo à metodologia de trabalho, colaborei na distribuição dos Enfermeiros por turno e participei na gestão de cuidados. Como por vezes o rácio Enfermeiro-criança é exigente, é necessário ser criterioso na gestão do tempo. Para isso, estabeleci uma prioridade cuidados; agrupei procedimentos; adequei as dinâmicas do serviço aos hábitos da criança e família; preparei a criança para execução de procedimentos e cedi informação à família; executei

procedimentos mais invasivos na sala de tratamentos evitando utilizar a unidade da criança; promovi a brincadeira e as actividades na sala lúdica.

Em contexto dos cuidados de saúde primários, no âmbito das experiências vivenciadas na UCSP, a metodologia utilizada pela equipa de Enfermagem é a do Enfermeiro de Família. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “ *O Enfermeiro de Família, fundamentado pelo conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a um grupo limitado de famílias em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.*” (OE, 2010)

Participei no planeamento das consultas de Saúde Infantil e estas foram geridas tendo em conta as necessidades específicas da criança e família. Utilizei as recomendações emanadas no PNSIJ da DGS para orientar a informação aos pais e as necessidades de cuidados atendendo ao estadio de desenvolvimento da criança. A regularidade e duração das consultas era organizada após avaliação de necessidades, assim, previa-se que as primeiras consultas do RN e consultas do lactente tivessem uma duração alargada; a realização do teste de Guthrie era agendada com visita domiciliária; existia uma tentativa de conciliar a consulta médica no mesmo dia da consulta de saúde infantil e a vacinação.

Relativamente às actividades na UCC, tive oportunidade de colaborar na programação do cronograma de actividades do mês de Janeiro, e perceber como é realizado o planeamento dos vários campos de intervenção da UCC. Segundo o Decreto de Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008, no artigo 11º, na alínea 1:” *A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.*”

A gestão do cronograma mensal de intervenção era uma ferramenta utilizada pela EESIP para organizar actividades dos diversos campos de Intervenção da UCC. Foi importante observar e participar sobre como foram estabelecidas as prioridades e organizadas as actividades através da detecção de necessidades de intervenção. Na execução das actividades eram identificados quais os recursos humanos e materiais existentes; recursos

de articulação com outros profissionais e Instituições na comunidade e quais as necessidades de intervenção individualizada.

2.4. Competências no âmbito da Investigação em Enfermagem

Para desenvolver uma prática de Enfermagem avançada que se espera do EESIP é necessário apropriarmo-nos do conhecimento científico mais actual e trazê-lo aos contextos da prática, fomentando o pensamento crítico-reflexivo através do confronto das práticas em uso e o que nos diz a evidência científica.

Neste propósito também o Conselho Internacional de Enfermeiros reforça que *“os conhecimentos gerados através da investigação em Enfermagem são utilizados para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo-benefício das intervenções de Enfermagem.”* (OE, 2008)

Competências desenvolvidas
Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência
Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências
Comunicar resultados da sua prática e de investigação aplicada para audiências especializadas
Participar e promover a investigação no serviço na área da EESIP
Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva academia avançada.

Objectivo:

- Incorporar o conhecimento científico atual na prática assistencial.

Actividades:

- Fundamentar a minha intervenção segundo a evidência científica actual;
- Partilhar e reflectir com a equipa de Enfermagem os resultados mais actuais da investigação.

Reflexão:

Ao encontro de desenvolver uma intervenção especializada, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática com o objectivo de aprofundar conhecimentos na âmbito da Especialidade mas também trazer esse conhecimento actual para equipa de Enfermagem. Esta actividade fomenta a partilha de conhecimentos, troca de experiências e aprimora a capacidade de análise critico-reflexiva.

As fontes bibliográficas utilizadas foram livros; artigos de revista; relatórios, teses de Mestrado e guias orientadores da Ordem dos Enfermeiros e DGS.

Para realizar um enquadramento sobre o que são as competências e actividades perconizadas pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito à assistência de Enfermagem Especializada, consultei os documentos publicados no site da Ordem dos Enfermeiros: Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado a 29 de Maio de 2010 e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e do Jovem publicado a 20 de Outubro de 2010.

Um dos aspectos que motivou a minha pesquisa foi sobre a metodologia de Triagem Canadiana. Esta metodologia de triagem está totalmente direccionada para a avaliação da criança e é muito sensível na identificação de situações de potencial risco associado, assegurando um atendimento atempado dos casos mais graves. Nas Instituições de Saúde com serviços de Urgência, o Protocolo de Manchester está amplamente aceite uma vez que se adapta quer à criança quer ao adulto. A norma da DGS nº002/2018 de 09 de Janeiro de 2018- Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, enuncia que nos serviços de Urgência Pediátrica deverá ser utilizada a versão mais actual de um destes dois métodos de triagem, pois só estes métodos estão validados em Portugal. Avança ainda, que a aplicação destes protocolos deve ser auditada externamente, sendo que a operacionalização do Protocolo de Manchester é da responsabilidade do Grupo

Português de Triagem e a auditoria à aplicação da Triagem Canadiana é da responsabilidade da DGS.

A avaliação da dor na criança também foi alvo da minha pesquisa. A dor é um fenómeno multifactorial e em Pediatria requer considerações próprias da atenção à criança, considerando factores como a idade, desenvolvimento e capacidade de compreensão e expressão. A monitorização sistemática da dor torna-se imperativa e é a única forma de evidenciar quais as intervenções realizadas para alívio da dor e conforto da criança, sendo portanto um indicador de qualidade dos cuidados de Enfermagem. A DGS na Norma nº014/2010 de 14/12/2010 – Orientações Técnicas sobre avaliação da Dor nas crianças, sistematiza um conjunto de indicações muito úteis para a avaliação da dor na criança. Neste documento estão referentes quais as escalas de monitorização validadas na Pediatria e lança indicações sobre indicadores de registo, ou seja, deverá ser avaliada pelo menos uma vez turno (8/8h) ou sempre que o quadro de dor se alterar. Estes indicadores permitem avaliar se as intervenções levantadas são adequadas às necessidades da criança.

Relativamente à atenção de Enfermagem sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos a DGS emitiu a Norma nº 022/2012 de 18/12/2012 – Orientações técnicas sobre controlo da dor em procedimento invasivos na criança dos 1 mês aos 18 anos. É um documento de extrema utilidade na assistência à criança em contexto hospitalar, e sublinho que este documento descreve um conjunto de intervenções não farmacológicas de controlo da dor que devem ser utilizadas e promovidas nos serviços como meios eficazes para controlo da dor, principalmente na dor ligeira.

Outro domínio que motivou a minha pesquisa foi sobre a Parceria de Cuidados, um modelo desenvolvido por Anne Casey em 1988, e que se direcciona directamente com o cuidado à criança. Este modelo perconiza que o Enfermeiro intervem com a criança e família no reconhecimento de que os pais são os melhores cuidadores dos filhos e o Enfermeiro intervem numa relação de interação com os pais através de estratégias de negociação. É dado aos pais a possibilidade de participação nos cuidados e na tomada de decisão, promovendo a satisfação nos cuidados e valorização profissional.

A promoção da amamentação é uma das actividades de maior relevância do EESIP, apesar de ser uma acção natural, amamentar é um processo complexo e exige grande empenho por parte dos pais e acarreta muitas dúvidas e receios. É dos temas em que os pais colocam mais dúvidas e necessitei de realizar pesquisa para dar resposta às necessidades sentidas

pelos pais. O Manual de Aleitamento Materno da UNICEF é uma ferramenta muito útil e estão descritas as grandes problemáticas relacionadas com o aleitamento materno. A conservação do leite materno é contudo um tema que traz alguma confusão. Destaco aqui também as orientações enunciadas sobre a extracção e conservação do leite materno do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva da DGS, onde entre outros, se podem consultar os diferentes métodos de extracção de leite; lavagem e esterilização de materiais; descongelamento e conservação segura do leite materno em casa. (DGS, 2007)

Outros temas que senti necessidade de aprofundar foram as questões relacionadas com a adaptação à parentalidade, vinculação e ligação mãe-filho. Estas temáticas estão intimamente relacionados com a intervenção especializada do EESIP.

Em contexto da intervenção nos cuidados de saúde primários, na implementação da assistência com vista a promoção da saúde, Utilizei as recomendações mais actuais do PNSIJ onde estão descritas todas as actividades de vigilância de saúde nas diversas etapas de desenvolvimento da criança. No PNSIJ, é área de especial atenção do EESIP o apoio e protecção das crianças e jovens em risco e crianças com necessidades especiais ou de maior complexidade como as crianças portadoras de doença mental ou deficiência. Neste contexto, foi importante pesquisar sobre o âmbito de intervenção do NACJR e de que forma está descrita a sua rede de articulação. Ainda no contexto das situações de especial complexidade surge o SNIPI. É um sistema de intervenção direccionado para a intervenção precoce, perconiza a identificação e sinalização de crianças (dos 0 aos 6 anos) que apresentam alterações do desenvolvimento que possam comprometer a sua adaptação social ou o desempenho escolar. O objectivo é que estas crianças sejam sinalizadas o mais precocemente possível para que se possa desenvolver um trabalho multidisciplinar que vise diminuir as repercussões em áreas que comprometam a funcionalidade da criança, por exemplo, a nível social e escolar.

Para o planeamento da sessão de formação para o grupo de pares sobre transporte seguro do RN e teste de monitorização na cadeira de transporte² no RN pré-termo, guiei-me pelas normas de transporte seguro da DGS e da Sociedade Portuguesa de Neonatologia e realizei

² Teste de monitorização do RN na cadeira de transporte – Monitorização de parâmetros de saturação de oxigénio, frequência cardíaca e frequência respiratória na posição de sentado. Pretende determinar qual o grau de inclinação mais adequado ao RN e que minimize a probabilidade de provocar eventos ameaçadores da vida.

uma revisão bibliográfica sobre artigos publicados pela Academia Americana de Pediatria. A DGS através da Orientação nº 001/2010 de 16/09/2010 – Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da maternidade, desenvolveu uma série de recomendações em harmonia com a legislação vigente e dados da Associação de Promoção da Segurança Infantil (APSI). Neste guia, estão descritas quais as regras que os sistemas de retenção devem cumprir e qual a legislação relativa à posição do sistema de retenção no automóvel. Paralelamente, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia no Manual do Prematuro, desenvolveu um trabalho que fosse de encontro às necessidades específicas do RN pré-termo . Uma vez que o RNPT é mais susceptível de sofrer variações hemodinâmicas derivadas da posição inclinada, neste Manual está descrito de forma simples como deverá posicionar-se o RN na cadeira de transporte de forma segura e alerta os profissionais para a necessidade de monitorizar o RN sentado na cadeira de preferência desde a semana anterior ao regresso a casa.

Sobre o teste de monitorização do RN na cadeira de transporte fiz uma selecção de estudos publicados na Academia Americana de Pediatria pois estes apresentavam evidência científica sobre a temática. Identifiquei que as maiores dúvidas da equipa de Enfermagem prendia-se sobre quais os critérios de inclusão do teste, qual a parametrização do mesmo e quais os critérios de reprovação. Assim, pesquisei os artigos :*“The infant car seat challenge: Determining and managing an “abnormal” result”* ; *“Safe transportation of preterm and low birth weight infants at Hospital discharge; “Car seat safety for preterm neonates: Implementation and testing parameters on the infant car seat challenge”*; *“The challenge of positional car seat testing in healthy near-term neonates”*; *“Stability of the infant car seat challenge and risk factors for oxygen desaturation events”*.

A bibliografia aponta para algumas alternâncias nas considerações dos autores e alguns parâmetros são alvo de controvérsia, contudo, através da análise dos estudos pude estabelecer algum consenso entre os dados e aferir uma parametrização. Assim, aceita-se que a duração do teste deverá ser de 90 minutos até no máximo duas horas. São critérios de inclusão no teste os RN pré-termo com menos de 37 semanas ou menos de 2500gr. São critérios de reprovação apneia com duração de 20 segundos; bradicardia até 80 bpm por 20 segundos; esforço respiratório associado ao posicionamento e saturações de oxigénio abaixo de 90% por 10 segundos.

Toda a evidência que trouxe sobre a temática suscitou grande interesse na equipa. Senti que estava a trazer conhecimento novo e isso foi muito motivador para mim.

Relativamente à sessão de educação para a saúde aos pais sobre “Sono no 1º ano de vida”, os contributos teóricos trazidos através da minha pesquisa vieram no sentido de complementar conhecimentos sobre os mecanismos de regulação dos ciclos de sono e vigília no RN; hábitos de higiene do sono; os rituais e rotinas na hora de deitar e a promoção do ambiente seguro do bebé. Esta pesquisa teve como objectivo fundamentar os conteúdos abordados na sessão para os pais com as indicações vigentes.

Como suporte bibliográfico consultei livros sobre autores que trabalham esta temática do sono na criança como Berry Brazelton no seu livro “*Criança e o Sono*” e também algumas recomendações do Drº Mário Cordeiro no livro “*Dormir tranquilo – Conselhos e dicas práticas para resolver os problemas de sono do seu filho*”. Consultei informação da Sociedade Portuguesa de Pediatria e Associação Portuguesa de Sono que colaboram em parceria para recomendações sobre a higiene do sono na criança e no adolescente

CONCLUSÃO

A etapa de elaboração do Relatório é uma fase crucial para reflectir sobre todo o percurso do Estágio e como decorreu o processo de aquisição de competências especializadas. Reflecte a minha análise crítico-reflexiva sobre as actividades desenvolvidas para aquisição de competências especializadas nos diversos contextos da prática.

O Estágio permitiu-me intervir em campos de actuação novos, os quais possibilitaram-me uma grande riqueza de experiências e aprendizagens no campo da intervenção á criança e família. É a etapa por excelência para aplicação de todo o conhecimento adquirido na parte teórica do Curso de Mestrado e por sua vez a melhor oportunidade de aprofundamento de conhecimento trazendo para os ambeientes da prática o comnhecimento científico actual.

Desenvolvi a minha assistência respeitando o binómio ciança/família e planeei a minha intervenção tendo como foco os cuidados centrados na criança e família nos mais diversos contextos onde ela se encontra.

Utilizando um pensamento retrospectivo sobre o percurso realizado, é-me possível agora ver a abrangência da intervenção do EESIP e pensar sobre desafios futuros.

Analisando todo o percurso do Estágio nos diferentes ambientes da prática considero que os objectivos propostos para esta estapa formativa foram atingidos.

A elaboração deste documento é o colmunar de um processo intensivo e de um caminho desafiante carregado de emoções, chego ao final desta etapa e tenho um sentimento muito recompensador de reconhecimento que este período foi muito importante quer para a minha formação enquanto profissional que para a mim enquanto pessoa.

Ciente de que este percurso é mais uma etapa de um caminho levo desta experiência a inspiração necessária para manter o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

Anders, T. F., Goodlin-Jones, B. L., & Zelenko, M. (1999). Desenvolvimento dos Estádios de Sono-vigília e a sua Regulação no Lactente. In *Acta Pediátrica* .p. 101 - 104

Barbosa, A. I. (2013). *Método de Canguru: Conhecimentos, crenças e práticas dos Enfermeiros*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Bass, J. (Março de 2009). *The infant car seat challenge: Determining and managing an "abnormal" result*. Obtido em 26 de Outubro de 2017, de American Academy of Pediatrics: <http://pediatrics.aappublications.org>

Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em Pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia* , p.16.

Brazelton, T. B., & Sparow, J. D. (2007). *O Método Brazelton - A criança e o sono*. Lisboa: Editora Presença.

Bull, M. J., & Engle, W. A. (15 de Junho de 2015). *Safe Transportation of Preterm and Low Birth Weight Infants at Hospital Discharge*. Obtido em 26 de Outubro de 2017, de American Academy of Pediatrics: <http://pediatrics.aappublications.org>

Carvalho, M. O. (2013). *Um olhar sobre os afectos : Promoção da vinculação na tríade mãe/pai - filho*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem.

Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times* , 84, p.67.

Castelli, C. T., Maahs, M. A., & Almeida, S. T. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades das gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Revista Cefac* , p.1179.

CHJS. (s.d.). Obtido em 01 de Março de 2018, de Centro Hospitalar São João: <http://portal-chsj.min-saude.pt>

Cordeiro, M. (2010). *Dormir tranquilo - Conselhos e dicas práticas para resolver os problemas de sono do seu filho*. Lisboa: Esfera dos Livros.

Davis, N. L., Zenchenko, Y., Lever, A., & Lawrence, R. (Maio-Junho de 2013). *Car Seat Safety for Preterm Neonates: Implementation and Testing Parameters of the Infant Car Seat Challenge*. Obtido em 24 de Outubro de 2017, de American Academy of Pediatrics: <http://pediatrics.aappublications.org>

Degrazia, M. (2007). Stability of the Infant Car Seat Challenge and Risk Factors of Oxygen Desaturation Events. *JOGNN* , p.300-307.

- DGS. (12 de Fevereiro de 2014). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco* . Obtido em 11 de Março de 2018, de Direcção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt>
- DGS. (Julho de 2007). *Extracção e Conservação de Leite Materno*. Obtido em 21 de Abril de 2018, de Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>
- DGS. (16 de Setembro de 2010). *Norma nº 001/2010 - Transporte de Crianças em Automóvel desde a Alta da Maternidade*. Obtido em 15 de Outubro de 2017, de Direcção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/?cr=16624>
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Norma nº022/2012 -Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 10 de Março de 2018, de Direcção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt>
- DGS. (Junho de 2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 11 de Março de 2018, de Direcção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt>
- DGS. (09 de Janeiro de 2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e referênciação Interna Imediata*. Obtido em 21 de Abril de 2018, de DGS: <http://www.spp.pt>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem* , p.29.
- DRE. (22 de Fevereiro de 2008). *Decreto de Lei nº28/2008*. Obtido em 21 de Abril de 2018, de Diário da República Electrónico: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista Enfermagem de Referência* ,p. 48.
- Fregan, L., Solveig, M. F., & Helseth, S. (Novembro de 2008). Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units - from closeness to detachment. *Journal of advanced nursing* , p. 64.
- Gomes, C. F. (2008). *Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2006). *Investigação em Enfermagem: um instrumento de actuação*. Obtido em 20 de Janeiro de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- ICN. (12 de Maio de 2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade - Os Enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 07 de Março de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <http://ordemenfermeiros.pt>

Karp, H. (2017). *O bebé mais feliz do Mundo - uma forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais*. Alfragide: Livros D'Hoje.

Mendes, M. G. (2013). *A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria - Um contributo para a Parceria efectiva*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria dos Cuidados de Enfermagem em Pediatria : do discurso à acção dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* , p.114-116.

Mercer, R. (2006). Nursing Support of the process of becoming a mother. *JOGNN* , 35, p.649-650.

OE. (20 de Outubro de 2010). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 10 de Março de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

OE. (s.d.). *Investigação em Enfermagem: um instrumento de actuação*. Obtido em 03 de Março de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

OE. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido em 22 de Abril de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf

OE. (29 de Maio de 2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 10 de Março de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <http://ordemenfermeiros.pt>

Ramos, N. (Dezembro de 2012). *Comunicação em Saúde e Interculturalidade*. Obtido em 01 de Março de 2018, de Repositório Aberto - Universidade Aberta: <http://hdl.handle.net/10400.2/3148>

Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , p.584.

Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer* ,p.26.

Scott, S. (1998). Intensive Interventions to improve parenting. *Arch. Dis. Child.* , p. 90.

Silva, N. F. (2014). *Teoria da Vinculação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Sousa, A. S. (2016). *Dificuldades no aleitamento materno*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

SPN. (2016). *Manual do Prematuro*. Obtido em 20 de Outubro de 2017, de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

SPP. (s.d.). *Higiene do Sono da Criança e do Adolescente*. Obtido em 06 de Janeiro de 2018, de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE%20SONO%20CRIANcA%20ADOLESCENTE.pdf>

Tedeschi, L. A. (Junho de 2007). The Challenge of Positional Car Seat Testing in Healthy Near-Term Neonates. *Elsevier Inc.* , 103.

ULSM. (2013). *ULS Matosinhos - ELI MAtosinhos*. Obtido em 20 de Janeiro de 2018, de ULSM Matosinhos: <http://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/eli-matosinhos/>

Verde, B. C. (2013). *Contributo para a implementação do Método por Enfermeiro de Referência*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sessão de Educação para a Saúde

“Sono no 1º ano de vida”



Sessão de Educação para a Saúde

O Sono no 1º ano de vida

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Data: 16 de Janeiro de 2018

Duração: 90 minutos

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade

Instituição: Centro de Saúde de Matosinhos

Destinatários: Grupo de pais que frequentam o curso de Promoção para a Parentalidade

Objetivo Geral:

- Informar acerca das características do sono no 1º ano de vida;
- Reforçar a importância dos bons hábitos de sono no Lactente;
- Reforçar a importância do ambiente seguro.

Objetivos Específicos:

- Enunciar as funções do sono e sua importância;
- Descrever as fases do sono;
- Conhecer a evolução dos ciclos de sono e vigília no lactente;
- Abordar aspectos relacionados com a relação pais-filho e o sono do bebé;
- Enunciar estratégias que promovam uma boa higiene do sono no lactente;
- Referir os cuidados associados ao ambiente seguro dando especial atenção à segurança no berço e ao bebé que dorme na cama com os pais.

Fundamentação e Pertinência

O sono é uma necessidade fisiológica elementar para a vida humana, não é possível viver sem dormir. A qualidade e quantidade do sono condicionam directamente a saúde dos indivíduos. No lactente esta condição não é diferente mas apresenta contornos muito próprios.

A adaptação aos ciclos de sono e vigília iniciam-se mesmo antes do bebé nascer. O primeiro ano de vida é marcado por profundas aquisições de competências e aprendizagens. A maturação do bebé permite-lhe adaptar-se os seus ciclos de sono vigília a um ritmo circadiano. Contudo, a forma como o bebé dorme é influenciada por vários factores e é importante para os pais estarem conscientes destas condicionantes para poderem dar uma resposta mais efectiva às necessidades do bebé.

Este trabalho foi realizado com base em revisão bibliográfica atualizada e nele estão abordadas questões referentes às características do sono no lactente (fases e funções do sono); compreender os ciclos de sono e vigília no lactente como forma de dar resposta às suas necessidades; referir estratégias para uma boa higiene do sono no lactente e dar especial atenção à questões relacionadas com o sono e a segurança.

Tema: Sono no 2º ano de vida**Objectivos gerais:**

- Informar acerca das características do sono no 1º ano de vida;
- Reforçar a importância dos bons hábitos de sono no lactente;
- Reforçar a importância do ambiente seguro

Objectivos específicos:

- Enunciar as funções do sono e sua importância;
- Descrever as fases do sono;
- Conhecer a evolução dos ciclos de sono e vigília no lactente;
- Abordar aspectos relacionados com a relação pais-filhos e o sono do bebé;
- Enunciar estratégias que promovam a boa higiene do sono no lactente;
- Referir os cuidados associados ao ambiente seguro dando especial atenção à segurança do berço e ao bebé que dorme na cama dos pais.

Formadora: Enfermeira Carla Oliveira (aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria)**Local:** Unidade de cuidados na Comunidade de Matosinhos

Tempo/Fases	Actividades didáticas	Objectivos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos
Introdução (10min.)	- Acolhimento; - Exposição do tema e sua relevância;	- Enunciar as funções do sono e sua importância	- Expositiva	- Diapositivos
Desenvolvimento (70 minutos)	- Descrever as fases do sono; - Conhecer a evolução dos ciclos de sono/vigília no lactente; - Abordar aspectos relacionados com a relação pais-filho e o sono do bebé; -Enunciar estratégias que promovam uma boa higiene do sono; -Referir os cuidados associados ao ambiente seguro.	- Enunciar as características do sono e ciclo de sono/vigília no lactente) - Referir a importância de atender o bebé na satisfação das suas necessidades de sono; - Enunciar estratégias que instalem uma rotina; - Importância dos rituais; -Ambiente seguro no berço e quando o bebé dorme na cama com os pais.	- Expositiva e participativa	- Diapositivos
Conclusão/ Avaliação (10 min)	- Esclarecimento e dúvidas; - Questionário de avaliação.		- Método Participativo	- Questionário de avaliação.

Este formulário serve apenas para diagnóstico da formação realizada. Assinale com uma (X) na escala indicada. Os parâmetros são: **(1)** Insuficiente (inferior a 10); **(2)** Suficiente (10-13); **(3)** Bom (14-16); **(4)** Muito Bom (17-18); **(5)** Excelente (19-20).

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao desempenho do formador					
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.					
2. Consegue motivar o público-alvo.					
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.					
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.					

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao tema					
1. O tema foi pertinente.					
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática.					
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos.					

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria,
Escola de Enfermagem da Universidade Católica

Matosinhos, 16 de Janeiro de 2018

Avaliação da Sessão

Relativamente ao desempenho do formador	1-Ins	2-Suf	3-B	4-MB	5-Ex
Consegue transmitir a informação de forma eficaz				2	8
Consegue motivar o público - alvo			2	3	5
Demonstra conhecimentos sobre o tema				2	8
Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.				3	7

Relativamente ao tema	1-Ins	2-Suf	3-B	4-MB	5-Ex
O tema foi pertinente				1	9
O conteúdo da sessão é de interesse para a prática				2	8
O tema conseguir proporcionar aquisição de novos conhecimentos				2	8

SLIDES DE APOIO À SESSÃO



FASES DO SONO



SONO REM (SONO LEVE)

Fase caracterizada por movimentos oculares rápidos. O metabolismo é acelerado e a actividade cerebral activa. Podem observar-se movimentos bruscos do corpo, face e dedos.



SONO NREM (SONO PROFUNDO)

Fase sem movimentos oculares rápidos. O metabolismo e a actividade cerebral são mais lentos. O corpo está relaxado.

(Anders; Goodin-Jones & Zelenko, 1999)

CICLOS DE SONO E VIGILIA

Compreender os padrões de sono e vigília do bebé ajuda os pais a lidarem com as solicitações e ajuda a estabelecer uma rotina



A partir do 1º mês de vida o bebé vai se autoregulando no sentido de estabelecer períodos de sono mais longos durante a noite e mais curtos durante o dia.



CICLOS DE SONO E VIGILIA DO LACTENTE

Progressivamente a produção de melatonina aumenta no período noturno e os ciclos de sono ficam mais longos à noite.



Apartir 3 meses os períodos de sono REM (sono leve) ficam mais curtos e os períodos de sono NREM (sono profundo) mais longos.

OS CICLOS DE SONO E VIGÍLIA E O DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE



1_M

Períodos de sono noturno ligeiramente mais longos

4_M

6 a 8h sono noturno, várias sestas diurnas

6_M

8 a 12h noturnas com um despertar. 2 a 3 sestas diurnas.

12_M

12h noturnas. 2 sestas diurnas.

(Danzon, 2007)

LIMA APRENDIZAGEM MÚTUA



UM DESAFIO PARA OS PAIS



“O sono é um hábito que é aprendido, aprender a adormecer é um passo necessário no caminho da autonomia.”

“Para os pais, ser capaz de se separar dele, de se distanciar, é dar ao bebé a oportunidade de “aprender” a tornar-se independente durante a noite.”

(Brazelton, 2007)

“As transições entre o sono e a vigília ocorrem muitas vezes nas 24h. Cada período de transição dá a oportunidade aos pais e ao bebé de aprender a lidar com a separação no início do sono e com o reencontro ao acordar.”



(Anders, Goodlin-Jones & Zelenko, 1999)

Os desafios..

O temperamento de bebé influencia o seu padrão de sono e vigília.

Fases de maior aquisição de competências podem interferir com o padrão de sono.



Os desafios..



4^M

Dificuldade de
"desligar-se" dos
estímulos externos

7/8^M

- > Gatinhar
- > Linguagem
- > Ansiedade da separação

9/10^M

- > Pega em objectos;
- > Levanta-se no berço;
- > Pode querer repetir actividades à noite.

12^M

- > Fase muito apelativa - percebe que se chamar a atenção os pais dão resposta.
- > Segurança do berço.

(Brazelton, 2007)

Ainda
acordados?



COMO AJUDAR O BEBÉ A DORMIR SOZINHO



SINAIS DE SONO



- Bocejar
- Esfregar os olhos
- Mexer a cara
- Movimentos com os membros ou relaxamento



JANELA DE
OPORTUNIDADE

AJUDAR O BEBÉ A DORMIR SOZINHO



Estabelecer uma rotina consistente que permita ao bebé perceber que está a aproximar-se a hora de deitar:

- Promover um ambiente calmo, com pouca luz e reduzir actividades num horário regular;
- Promover o relaxamento: dar banho e massagem.

(APS, APP 2016)

RITUAL DE SONO



- ✓ Dar de mamar ao colo e embalar o bebé;
- ✓ Deitar o bebé acordado ou no estado de sonolência;
- ✓ Ficar junto ao berço;
- ✓ Cantar ou ler uma história;
- ✓ Rituais de despedida;
- ✓ Oferecer um objecto de transição.

(Brazelton, 2007)



DESPERTARES NOCTURNOS

A dificuldade em readormecer após o acordar noturno é geralmente a repetição da dificuldade em adormecer ao princípio da noite. Assim, a criança exige por parte dos pais o mesmo tipo de apaziguamento que foi utilizado ao adormecer.

Os pais devem progressivamente encorajar o bebé a utilizar os seus próprios recursos para adormecer

(Anders; Goodlin-Jones & Zelenko, 1999)



A TRANSIÇÃO PARA O QUARTO



A idade é variável mas poderá ser a partir dos 6 meses até 1 ano de idade

DORMIR SEGURO



DORMIR SEGURO



DORMIR NA CAMA COM OS PAIS



DORMIR NA CAMA COM OS PAIS



Importante garantir a segurança na hora de dormir



DORMIR NA CAMA COM OS PAIS

- ✓ Deitado de costas;
- ✓ Atenção para o bebé não se entalar nos limites da cama;
- ✓ Roupa da cama bem adaptada ao colchão;
- ✓ Contraindicado se os pais tomarem medicamentos calmantes, drogas ou forem fumadores.
- ✓ O berço acoplado à cama é uma boa alternativa.



Contem histórias aos vossos bebés

Links

<https://historiasparaosmaispequenos.wordpress.com>

<http://www.portablorianca.com.pt>

<http://www.nuvemitoria.pt>





BIBLIOGRAFIA

Anders, T. F., Goodlin-Jones, H. L., & Zelenko, M. (1999). Desenvolvimento dos Estádios de Sono-vigília e a sua Regulação no Lactente. In *Acta Pediátrica* (pp. 101 - 104)

Brazelton, T. H., & Sparrow, J. D. (2007). *O Método Brazelton - A criança e o sono*. Lisboa: Editora Presença.

Cordeiro, M. (2010). *Dormir tranquilo - Conselhos e dicas práticas para resolver os problemas de sono do seu filho*. Lisboa: Esfera dos Livros.

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria. Obtido em 5 de Janeiro de 2018, de Sociedade Portuguesa de Pediatria.

APS - Associação Portuguesa de Sono. Obtido em 5 de Janeiro de 2018, de APS - associação Portuguesa de Sono.

APÊNDICE II

**Sessão de Formação sobre transporte seguro do RN e Teste da cadeira no
RNPT**



Sessão de Formação

Transporte Seguro do RN e Teste da Cadeira no RNPT

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Data: 04 de Novembro de 2017

Duração: 60 minutos

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Pedro Hispano

Destinatários: Enfermeiros

Objetivo Geral:

- Instruir a equipa de Enfermagem sobre o planeamento da alta segura relacionado com o transporte do RN e teste da cadeira no RNPT

Objetivos Específicos:

- Conhecer as normas aferidas pela Direcção Geral de saúde sobre o transporte seguro do RN;
- Conhecer a parametrização do teste da cadeira no RNPT
- Saber quais os critérios de inclusão no teste da cadeira;
- Conhecer os critérios de reprovação no teste da cadeira.

Tema: Transporte seguro do RN e teste da cadeira no RNPT**Objectivos gerais:**

- Instruir a equipa de Enfermagem sobre o planeamento da alta segura relacionado com o transporte do RN e teste da cadeira no RNPT.

Objectivos específicos:

- Conhecer as normas aferidas pela Direcção Geral de Saúde sobre o transporte seguro do RN;
- Conhecer a parametrização do teste da cadeira no RNPT
- Saber quais os critérios de inclusão no teste da cadeira;
- Conhecer os critérios de reprovação no teste da cadeira.

Formadora: Enfermeira Carla Oliveira (aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria)

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital Pedro Hispano

Tempo/Fases	Actividades didáticas	Objectivos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos
Introdução (10min.)	- Exposição do tema e sua relevância;	- Enunciar a importância da preparação da alta segura relacionado com o transporte do RN	- Expositiva	- Diapositivos
Desenvolvimento (50 minutos)	- Exemplificar o posicionamento correcto do recém-nascido na cadeira de transporte; - Dar a conhecer a check-list para transporte seguro; - Dar a conhecer a tabela de monitorização do RNPT na cadeira de transporte.	- Conhecer as normas aferidas pelos DGS sobre o transporte seguro do RN; - Conhecer a parametrização do teste da cadeira no RNPT; - Saber quais os critérios de inclusão no teste da cadeira; - Conhecer os critérios de reprovação no teste da cadeira	- Expositiva e participativa	- Diapositivos
Conclusão/ Avaliação (10 min)	- Esclarecimento e dúvidas; - Questionário de avaliação.		- Método Participativo	- Questionário de avaliação.

Este formulário serve apenas para diagnóstico da formação realizada. Assinale com uma (X) na escala indicada. Os parâmetros são: **(1)** Insuficiente (inferior a 10); **(2)** Suficiente (10-13); **(3)** Bom (14-16); **(4)** Muito Bom (17-18); **(5)** Excelente (19-20).

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao desempenho do formador					
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.					
2. Consegue motivar o público-alvo.					
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.					
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.					

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao tema					
1. O tema foi pertinente.					
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática.					
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos.					

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria,
Escola de Enfermagem da Universidade Católica

Matosinhos, 04 de Novembro de 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Estágio de Saúde Infantil e Pediatria

Módulo II

Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano

Orientação: Doutora Isabel Quelhas

Autora: Carla Oliveira nº 36050551



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Preparação da Alta segura

Monitorização do RN no Sistema de Retenção para Crianças (Teste da cadeira)

Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Porto, 2017

Índice

Introdução	pág.4
I – Teste de monitorização do recém-nascido no sistema de retenção para crianças(SRC)	pág.5
1.1. Parametrização do teste	pág.6
1.2. Critérios de inclusão no teste	pág.6
1.3. Critérios de reprovação	pág.6
II – Transporte em SRC seguro – Ensinos aos pais e posicionamento do recém-nascido	pág.7
Conclusão	pág.9
Bibliografia	pág.10
Anexos – Anexo I (Alta segura - Checklist de transporte seguro e teste da cadeira de transporte no recém-nascido pré-termo)	

Introdução

O presente trabalho insere-se na Unidade Curricular de Estágio em Saúde Infantil e Pediatria no Módulo II que decorre no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano.

Este trabalho consiste numa revisão bibliográfica baseada na evidência científica mais atual sobre o teste de monitorização do recém-nascido prematuro na cadeira de transporte (vulgo teste da cadeira) como intervenção para a preparação da alta segura hospitalar. Para além da revisão bibliográfica realizei uma pesquisa informal com colegas de diferentes unidades no sentido de perceber como está a ser aplicado o teste nos diferentes serviços.

O objectivo para este trabalho é realizar uma sistematização da informação sobre o procedimento e servir como base orientadora e de reflexão para a equipa de Enfermagem. Trata-se também de um elemento avaliativo do presente módulo de estágio.

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade na criança e jovem. A forma mais segura e legalmente assumida em Portugal para transportar o recém-nascido (RN) é utilizando sistema de retenção (SRC). Os sistemas de retenção reduzem, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves na criança. (DGS, 2010)

Sabemos que o posicionamento do recém-nascido na cadeira de transporte pode causar alterações hemodinâmicas ou instabilidade no RN principalmente num grupo mais susceptível. É ainda pouco sabido sobre as repercussões a longo prazo que estes eventos poderão acarretar para a saúde do RN.

É uma responsabilidade e um foco de atenção da equipa de enfermagem supervisionar e providenciar procedimentos que assegurem o transporte seguro do RN no automóvel. Nesse sentido, todos os pais devem ser instruídos e supervisionados por parte da equipa de saúde na selecção do SRC mais adequado e assegurar que o RN esteja posicionado de forma segura.

O trabalho explora inicialmente o enquadramento do teste: a sua parametrização, os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente são explorados os ensinamentos aos pais sobre o transporte seguro e o posicionamento correcto do RN com SRC. Como o registo sistemático é um dos passos para o sucesso deste teste como ferramenta de trabalho, elaborei uma folha de registo onde consta uma checklist para a alta segura sobre os ensinamentos aos pais sobre o transporte automóvel do RN e a folha de registo do teste da cadeira.

I. Teste de monitorização do RN no Sistema de Retenção para Crianças

A maioria dos sistemas de retenção homologados e existentes no mercado é desenhada a pensar nos recém-nascidos de termo e não está adaptada para transporte de recém-nascidos prematuros. Os bebés prematuros têm menor tónus e menor controlo cefálico que os bebés nascidos a termo. Durante uma colisão frontal ou pela retaguarda, travagens, e mesmo com o atrito normal da condução, a sua cabeça é mais facilmente projectada para a frente e lateralmente e daí resultar maior risco de lesão da coluna cervical. Por outro lado, quando sentados normalmente numa cadeira a 45° adquirem uma posição mais flectida o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento de refluxo-esofágico. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Nos anos 80 investigadores perceberam que bebés pré-termo apresentavam episódios de dessaturação relacionados com o posicionamento na cadeira de transporte. No início dos anos 90 a Academia Americana de Pediatria lançou as primeiras recomendações formais que indicavam um período de tempo de observação em que os recém nascidos pré-termo e alto risco deveriam ser monitorizados. (Davis, Zenchenko, Lever, & Rhein, 2013).

O primeiro estudo que analisou sistematicamente a fiabilidade deste teste foi publicado em 2007 por Michele Degrazia. Esta investigação mostrou a fiabilidade do teste da cadeira relativamente a outros. Nesse estudo foi analisada uma amostra de 49 RN prematuros dos quais 86% tiveram resultados estáveis e 14 % apresentaram um teste instável. Alguns dados obtidos no estudo apontam para uma correlação do insucesso do teste em RN com idades gestacionais mais precoces, maiores tempos de hospitalização e prematuros com alta na primeira semana de vida. (Degrazia, 2007)

O objectivo principal do teste é identificar o grau de inclinação mais seguro para o bebé , evitando assim eventos hemodinâmicos críticos relacionados com a posição na cadeira de transporte (bradicardia, dessaturação de O2 e apneia).

1.1.Parametrização do teste:

- A duração do teste deverá ser de 90 minutos até ao máximo de 2 horas, deverá estar relacionada com a duração da viagem de regresso a casa. Viagens muito longas deverão ser desencorajadas.
- Sempre que possível o teste deve ser realizado durante a semana (7 dias) prévia à alta, se de todo não for possível, deverá ser realizado no dia da alta;
- O RN deverá ser monitorizado com oximetria de pulso, frequência cardíaca e respiratória.
- Deverá ser feito o registo dos valores basais do RN (no berço); No minuto 0' após posicionado cadeira, ao minuto 30', 60' e 90';
- O avaliador deve ter acesso visual fácil a indicadores como esforço respiratório, nível de conforto, sono ou vigília e coloração da pele.
- O RN deve estar confortável, recomenda-se que seja feito após a alimentação e muda de fralda. (Tedeschi, 2007)

1.2.Critérios de inclusão:

- Idade gestacional < a 37 semanas e/ou baixo-peso à nascença (<2500 gramas);
- RN que requeiram O2 suplementar ou que necessitaram de O2 há menos de 1 semana;
- Condição patológica que aumente o risco de bradicardia ou apneia (patologia neurológica, cardíaca ou pulmonar). (Tedeschi, 2007)

1.3.Critérios de reprovação:

- Apneia com duração de 20 segundos ou mais;
- Bradicardia abaixo de 80 bpm ou 30 batimentos abaixo do nível basal por 20 ou mais segundos;
- Esforço respiratório persistente;
- Coloração cianosada da pele com oximetria de pulso abaixo dos 90% por 10 segundos ou mais (valor mais randomizado) alguns artigos apontam para valores até 85% por um período de no máximo 30 segundos) (Davis, Zenchenko, Lever, & Rhein, 2013) (Bass, 2009)

II -Transporte em SRC seguro – Ensinos aos pais e posicionamento do RN

- A realização do teste deverá ser programada dentro das dinâmicas de preparação para alta, é uma oportunidade para realização de ensinamentos relacionados com transporte seguro do RN. Deverá realizar-se um registo sistemático do teste e dos ensinamentos realizados aos pais (ver folha de registo no anexo 1).
- Os pais devem ser instruídos para comprarem um SRC adequado ao peso do RN (grupo 0+) e que cumpra as normas europeias verificando se a etiqueta do SRC se encontra conforme homologação ECE R 44/04 ou 03.
- Os pais deverão ser instruídos para idealmente trazerem o SRC que irá ser usado para transportar o RN no momento da alta e este deve ser previamente experimentado no carro.



a 13,7 cm. (Fig.1)

- Para o RN ir bem “contido”, a distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm, a posição de saída dos cintos do encosto deve encontrar-se ao nível dos ombros. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior



- Para a maioria dos RN prematuros, o ângulo de inclinação ótimo é de cerca de 45°, se o assento do banco automóvel for muito inclinado, poderá colocar-se uma toalha enrolada debaixo da cadeira (Fig.2)



Fig.3



Fig. 4

- Após ter sido seleccionado o ângulo de inclinação ótimo na cadeira, verificar a presença dos redutores internos, colocar protecções na cabeça e protecções laterais em ambos os lados do bebé, ou lateralmente envolvendo também a cabeça (Fig. 3 e 4) (fraldas de pano ou uma toalha de rosto enrolada) de forma que o seu filho fique numa posição correcta (bem centrado e bem retido na cadeira). Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebé que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira.
- Colocar os cintos dos ombros no encaixe mais baixo (ao nível dos ombros) até que o bebé cresça. Se tiver dispositivo de ligação dos cintos superiores este deve ficar colocado na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé.
- Não deve colocar almofadas nem outras protecções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida e nas costas da cadeira.
- Instruir os pais de que a posição do SRC deve ser voltada para trás e os lugares no automóvel são o banco traseiro (com o banco do passageiro o mais à frente possível) ou no banco frontal se este não tiver airbag activo (com o banco o mais atrás possível e mais afastado do tablier).
- Os prematuros com respiração mais instável poderão necessitar de ser colocados numa alcofa homologada para automóvel, pelo menos nos dois a três primeiros meses após a alta. Esta decisão deve estar formalizada com uma indicação médica.

Fonte: (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016) (Bull & Engle, 2009)

Conclusão

Através da troca informal de experiências com colegas de diferentes serviços e da pesquisa realizada para a elaboração deste trabalho, concluí que à semelhança do que está descrito nos estudos, existe ainda pouco consenso na execução do procedimento, os diferentes critérios de avaliação como por exemplo a duração do teste são condicionados pela experiência de cada equipa e as guidelines estabelecidas para o teste nem sempre estão a ser cumpridas. É por isso importante apropriarmo-nos da evidência científica mais atual para podermos fundamentar a nossa prática e desta forma podermos oferecer um cuidado mais diferenciado e com maior qualidade.

Por outro lado, a uniformização do procedimento permitiria uma melhor avaliação futura da efetividade dos diferentes parâmetros do teste e também promoveria uma maior equidade nos cuidados, uma vez que se todos os critérios forem aplicados de igual forma por todas as unidades, evitaríamos que um RN que reprove no teste num serviço possa passar no teste noutro serviço.

Um dos pontos fundamentais e de grande utilidade da realização do teste é que determina-se como uma ótima oportunidade de instruir os pais e de envolvê-los nos cuidados sobre a problemática da prevenção dos acidentes rodoviários.

Por todos os pontos que abordei acima, considero que os meus objectivos estabelecidos para este trabalho foram atingidos. Acredito que esta revisão seja útil e uma mais-valia para a equipa de Enfermagem.

Bibliografia

Bass, Joel. (2009). The infant car seat challenge: Determining and managing an "abnormal" result. *pediatrics* , pág.597.

Bull, M., & Engle, W. (Maio de 2009). Safe transportation of preterm and low birth weight infants at Hospital discharge. *Pediatrics* , pág. 1424 -1427.

Davis, N. L., Zenchenko, Y., Lever, A., & Rhein, L. (2013). *Car seat safety for preterm neonates: Implementation and testing parameters of the infant car seat challenge*. American Academy of Pediatrics.

DGS, (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da maternidade*. Lisboa.

Sociedade Portuguesa e Neonatologia (2016). *Manual do prematuro*. Lisboa.

Tedeschi, L. (Junho de 2007). The challenge of positional car seat testing in healthy near-term neonates. *Elsevier Inc.* , pág. 103.

Degrazia, M (2007). Stability of the infant car seat challenge and risk factors for oxygen desaturation events, JOGNN clinical Research.

Alta segura - Check-list de transporte automóvel de recém-nascidos nos SRC

Nome: _____ Data: _____

Nº Processo: _____ Modelo da cadeira: _____

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Sim	Não	OBSERVAÇÕES
Explicada a importância do recém-nascido (RN) ser transportado em Sistema de Retenção de crianças (SRC)			
SRC adequado à idade e peso do RN – SRC 0+			
SRC deverá ser colocado idealmente no banco de trás, atrás do banco do passageiro e no sentido contrário à marcha até aos 3-4 anos.			
Verificar se a etiqueta do SRC se encontra conforme homologação ERE R 44/04			
Garantir que o SRC foi previamente experimentado no automóvel que irá transportar a criança.			
Instruir e treinar os pais a fixar o SRC no banco automóvel			
Instruir e treinar os pais a posicionar e fixar o RN no SRC:			
Colocar o RN na posição de semi-sentado – 45º			
Verificar a presença de redutor interno			
Avaliar a necessidade de apoios laterais de cabeça através de rolos de fraldas de pano			
Verificar se os cintos do encosto se encontram ao nível dos ombros			
Dispositivo de ligação dos cintos superiores colocado na parte média do tórax			
Ensinar aos pais que o tempo de permanência do SRC nunca deverá exceder as 2 horas			
Realizar o teste de monitorização cardiorespiratória com o RN posicionado no SRC			

Assinatura e nº Mec:

(Fontes: Sociedade Portuguesa de Neonatologia – Manual do Prematuro; Direcção Geral da Saúde – Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade; Laurie Tedische - The challenge of positional car seat testing in healthy near-term neonates. Elsevier, 2007)

Alta segura – Teste da cadeira de transporte no Recém-nascido pré-termo

Nome: _____

Data de nascimento _____

Nº Processo: _____ Peso: _____ Data: _____

Hora de Início: _____

Modelo da cadeira: _____

Avaliação: _____

Assinatura e nº Mec: _____

Parâmetros	Valores basais	0°	30°	60°	90°
FC					
STO2					
FR					
Características da respiração					
Coloração da pele					
Sono/vigília/choro					

Observações: _____

SLIDES DE APOIO À SESSÃO

Teste da cadeira de transporte no recém-nascido prematuro

Carla Oliveira
MESIP
2017

Objectivo:

- ◆ Determinar o ângulo mais adequado do RN na posição de sentado no sistema de retenção (SRC);
- ◆ Prevenir eventos de risco garantindo a segurança do RN no transporte para casa;



ALTA SEGURA

Parametrização

Duração: 90 minutos a 2 horas no máximo

- Sempre que possível deve ser realizado durante a semana (7 dias) prévia à alta, se não for possível deve programar-se nos procedimentos para alta.

Parametrização

Monitorização de sinais vitais:

- Frequência cardíaca
- Frequência respiratória
- Saturações de O₂

Parametrização

Registo:

- Valores basais (no berço)
- Posicionado na cadeira – minuto 0', 30', 60', 90.

Considerações para o avaliador....

- ✓ Acesso visual fácil a indicadores como esforço respiratório; nível de conforto, sono, vigília e coloração da pele;
- ✓ O RN deve estar confortável e recomenda-se que seja realizado após a alimentação.

(Tedeschi, 2007)

>Idade gestacional de <37 semanas e/ou baixo peso à nascença (2500 gr);

>RN que requeiram O2 suplementar ou que necessitaram há menos de 1 semana;

>Condição patológica que aumente o risco de bradicardia ou apneia (patologia neurológica, cardíaca ou pulmonar).

Critérios de inclusão

(Fedeschi,2007)

>Apneia com duração de 20 seg. ou mais;

>Bradicardia < 80 bpm ou 30 batimentos abaixo do nível basal por mais de 20 seg.;

>Esforço respiratório persistente;

>STO2 <90% por mais de 10seg.

Critérios de reprovação

Transporte seguro do RN na cadeira de transporte

Ensinos aos pais



Posicionamento correcto do RN

Seleção da cadeira de transporte

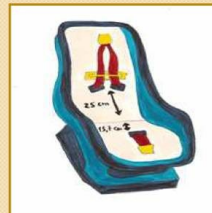
- ✓ Cadeira adequada ao peso do RN (grupo 0+);
- ✓ Etiqueta conforme homologação ECE R 44/04 ou 03;
- ✓ Experimentar previamente no carro.



Ensinos aos pais

Seleção da cadeira de transporte

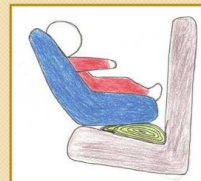
- A distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm.
- A distância de saída dos cintos do encosto deve encontrar-se ao nível dos ombros;
- A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13,7 cm.



Ensinos aos pais

Posicionamento do RN

- Para a maioria dos RN prematuros, o ângulo de inclinação ótimo é 45° mas poderá ter de se adequar;
- Se o assento do banco automóvel for muito inclinado, poderá colocar-se uma toalha enrolada debaixo da cadeira.



Ensinos aos pais

Posicionamento do RN

- Verificar a presença de redutores internos;
- Colocar protecções na cabeça e protecções laterais em ambos os lados do bebé – podem ser fraldas de pano ou toalhas.



Ensinos aos pais

Posicionamento do RN

- Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebé que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira.



Ensinos aos pais

Posicionamento do RN

- Dispositivo de ligação dos cintos superiores colocada na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé.



Ensinos aos pais

Posicionamento do RN

- Não devem ser utilizadas almofadas no posicionamento de bebé;

Posição da cadeira no carro

- A cadeira deve ficar voltada para trás, no banco traseiro (com o banco do passageiro o mais à frente possível), ou no banco frontal se este não tiver airbag activo (como banco o mais atrás e mais afastado do tablier)

Ensinos aos pais

Reprovei no teste...

- Os prematuros com respiração mais instável poderão necessitar de ser colocados numa alcofa homologada para automóvel pelo menos nos dois a 3 primeiros meses após a alta.

Obrigada!