



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Catarina Pereira Pinto

Porto, Março de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Elaborado por: Catarina Pereira Pinto

Orientado por: Mestre Isabel Quelhas

Porto, Março de 2012

«Se desejamos alcançar uma paz real no mundo,
temos de começar pelas crianças.»

Gandhi

Resumo

Este Relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, realizado no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como objetivo uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas na unidade curricular estágio, servindo como instrumento de avaliação para a obtenção do Grau de Mestre na supradita área. O plano de estudos do Curso de Mestrado comporta a realização de três módulos de estágio sendo, estes Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviços de medicina e cirurgia em contexto de doença aguda e crónica e o Módulo III – Serviços de Urgência pediátrica e Neonatologia. No Módulo I, por apresentar critérios exigidos, foi-me concedida a creditação ao mesmo. O Módulo II realizado no Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, com a duração de 180h de contacto. O módulo III encontra-se dividido em duas partes, Urgência Pediátrica e Neonatologia, ambos realizados no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, com a duração de 90h respetivamente. Os principais objetivos do estágio prendem-se com o desenvolvimento de competências definidas no plano de estudos, incorporar na prática conhecimentos aprofundados na área da especialização e responder de forma assertiva em situações de maior complexidade. Alguns dos temas centrais por mim desenvolvidos durante o estágio foram a amamentação, a parceria de cuidados, a parentalidade e a dor. O presente documento salienta os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas, em contexto de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências. Na descrição das competências desenvolvidas, estas encontram-se divididas por quatro domínios, prestação de cuidados, gestão de cuidados, investigação e formação. O desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados salienta o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, a aquisição e incorporação na prática de conhecimentos científicos, com o objetivo de tomar decisões fundamentadas na evidência científica e uma conseqüente metodologia de trabalho que se traduzisse em prestação de cuidados de qualidade. A aquisição de competências na área da gestão de cuidados permitem uma prestação de cuidados que responda de forma adequada às necessidades da criança/jovem e família num ambiente seguro e de qualidade. O desenvolvimento de competências do domínio da formação foi uma das preocupações no decorrer do estágio, visto ser uma área que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, assim como o dos outros enfermeiros. A constante pesquisa bibliográfica, a incorporação da evidência científica na prática contribuem para uma atualização contínua e permanente, foram atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da investigação. O percurso nos diferentes módulos de estágio permitiu o desenvolvimento de competências que me permitirão prestar cuidados à criança/Jovem e família em situações de maior complexidade com o objetivo de contribuir para a maximização da sua saúde, prevenção e tratamento da doença em todos os seus ciclos de vida.

Palavras-chave: competências, criança/jovem, família, estágio, prestação de cuidado

Summary

The present report was developed under the Master of Nursing with a specialization in Child Health and Paediatrics, held at the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University and aims at a reflective analysis of skills acquired and developed during the curricular unit training, being as an evaluation tool in order to obtain the Master Degree in the above cited area. The curriculum of the Master Course comprises the completion of three modules which are the following: Module I - Child Health, Module II - medical and surgical services in the context of acute and chronic disease and Module III - Paediatric and Neonatology Emergency Services. In what concerns Module I, I was granted the accreditation to it because I presented the required criteria. Module II was performed in the Pediatric Internment of the Entre Douro e Vouga Hospital Centre, lasting 180h of contact. Module III is divided into two parts Paediatric Emergency and Neonatology. Both were held at the Entre Douro e Vouga Hospital Centre and lasted 90h respectively. The main objectives of the internship/training relate to the development of skills defined in the syllabus, incorporating in-depth practical knowledge in the area of specialization and respond assertively in situations of greater complexity. Some of the central issues developed by me during the training were: breastfeeding, partnership of care, parenting and grief. This document points out the aims and activities outlined during the training which contributed to the development of skills. In what regards the description of the developed skills, these are divided into four areas such as care giving, care management, research and training. The development of competences related to care giving emphasizes the development of communication and relational skills, the acquisition and incorporation of scientific knowledge throughout practice, in order to make decisions based on scientific evidence and a resulting work methodology that would necessarily result in a quality care giving. The acquisition of skills in care management enable a care giving that responds suitably to the needs of the child / young person and family in a safe and quality environment. Skills development was a major concern throughout the training since it is an area that contributed to my personal and professional growth as well as to other nurses. The constant bibliographical research and the incorporation of scientific evidence in the practice led to a continuous and permanent updating. They were activities that contributed to the improvement of research skills. The diverse course modules during the training led to the development of skills that will allow care giving to child / young and family, even when in situations of bigger complexity so as to help maximize one's health, prevention and treatment of disease throughout different stages of life.

Keywords: competences, child / youth, family, training, care giving

Agradecimentos

À Professora Isabel Quelhas, pela forma como me acompanhou ao longo deste percurso, pelas claras e preciosas orientações que forneceu, mas, acima de tudo, por ter contribuído de forma significativa para o meu processo de aprendizagem.

A todos os Orientadores dos Estágios, pela forma como me acolheram e integraram nos serviços, bem como pela riqueza dos conhecimentos práticos que me transmitiram.

A todos os colegas de trabalho, pelo apoio e solidariedade que demonstraram.

À Amiga Raquel Pinto, pelo apoio, pela disponibilidade e ajuda que me ofereceu durante todo este percurso. Mas principalmente, pela sua amizade.

À minha família, pelo apoio incondicional que me deu ao longo desta caminhada, por todo o amor e carinho que sempre senti da vossa parte, pelo suporte que me forneceu a todos os níveis, por terem “segurado as pontas” enquanto estava embrenhada neste trabalho, por se terem esforçado ao máximo para que conseguisse aguentar toda a pressão e dificuldade, inerente a este percurso. Sem vós, especialmente Pai e Mãe, esta viagem teria sido muito sinuosa e quase impossível de se concretizar. Obrigado por tudo, Pai, Mãe e Irmão.

Ao meu marido, Xavier, que tanto contribuiu para que este percurso fosse possível, por todo o amor e suporte emocional que me dá, pela paciência e compreensão que sempre demonstrou, pelo auxílio em todas as tarefas que deixei de poder realizar, pela disponibilidade total que sempre revelou. Todo este trabalho não teria sido possível sem o suporte que me deu, tendo sido, em muitos momentos, um verdadeiro pilar da minha vida e, conseqüentemente, deste trabalho.

À pessoa mais especial da minha vida, a minha bebé Leonor, a melhor filha do mundo. Por ter sido um motor de estímulo e motivação, por me disponibilizar momentos mágicos de pura ternura e amor, por se ter aguentado firme ao longo de todos estes meses em que, em várias ocasiões, se viu privada da companhia da sua mãe. Por todos aqueles sorrisos e gargalhadas que ela me dá, que, naqueles momentos de maior aperto e dificuldade, valeram mais do que qualquer outra coisa no mundo e tiveram a capacidade inigualável de restabelecer todas as minhas forças.

Índice

0 – Introdução	8
1 – Competências Previamente Desenvolvidas.....	12
2- Competências Desenvolvidas em Contexto de Estágio.....	20
2.1 – Domínio da prestação de cuidados.....	20
2.2 – Domínio da Gestão de cuidados	42
2.3 – Domínio da Formação.....	44
2.4 – Domínio da Investigação	48
3 – Conclusão	52
4 – Referências Bibliográficas	54
Anexo I – Contextualização dos Locais de estágio	58
Contextualização dos Locais de Estágio dos Módulos II e III	59
Internamento de Pediatria	59
Neonatologia	60
Serviço de Urgência Pediátrica	60
Anexo II – Sessão “Aleitamento Materno” realizada no Serviço de Neonatologia do CHEDV	61
Anexo III – Diagnósticos de Internamento Pediátrico.....	81
Anexo V – Sessão “Aleitamento materno” realizada no Internamento de Pediatria do CHEDV	83

Siglas/Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP – Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RN – Recém-Nascido

SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

0 – Introdução

A trabalhar com crianças, em contexto de cuidados de saúde primários, há cerca de cinco anos, senti a necessidade de um aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área, levou-me a frequentar o Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa.

Fazendo uma reflexão acerca do papel da Criança/Jovem na sociedade, esses representam o futuro, a criança de hoje transformar-se-á no Homem de amanhã.

Refletindo ainda, acerca do papel do enfermeiro que presta cuidados á criança/jovem, é imprescindível que este seja capaz de criar um clima de confiança, saiba escutar em vez de argumentar, compreenda em vez de se centrar apenas em saber usar o conhecimento técnico e científico, e respeitar a individualidade do utente (Menezes e Fernandes, 2006)

O presente documento resulta de uma reflexão aprofundada e acerca do relacionamento dos conhecimentos teóricos com as competências desenvolvidas nos diferentes módulos de estágio e o exercício da minha atividade profissional. Teve como orientação pedagógica a professora Isabel Quelhas.

Este documento tem como finalidade refletir o estágio realizado nos dois Módulos de Estágio II e III e a minha experiência profissional na área da Saúde Infantil e Pediátrica, traduzir as atividades realizadas, objetivos subjacentes, assim como, as competências desenvolvidas. Como metodologia na realização deste relatório foi utilizada a análise reflexiva.

Este relatório resulta das experiências clínicas em diferentes contextos de estágio e da minha atividade profissional na área da Saúde Infantil, assim como da sua respetiva reflexão. A escolha dos diferentes locais de estágio incidiu no Centro Hospitalar entre Douro e Vouga essencialmente por ser o Hospital com influência numa grande área, conseqüentemente um grande número de crianças pelo que constitui uma grande diversidade de experiências e por ser o Hospital de referência ao local onde exerço a minha atividade profissional, USF Terras Santa Maria

O plano de estudos o Mestrado comporta a realização de três módulos de estágio, com a duração de 750 horas no total, das quais 540 horas de contacto direto e as restantes 210 de estudo individual. Sendo estes o Modulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviços de medicina e cirurgia em contexto de doença aguda e crónica e o Módulo III – Serviços de Urgência pediátrica e Neonatologia.

O Módulo I, como apresento mais de três anos de experiência profissional, aquando do início do curso, nesta área foi-me concebida a creditação deste módulo.

O Módulo II, Internamento de Pediatria, decorreu no período de 3 de outubro a 27 de novembro de 2011, com 180 horas efetivas, no serviço de internamento de pediatria, onde contactei com crianças/jovens com alterações do seu estado de saúde agudo e/ou crónico, assim como suas famílias. A caracterização deste local de estágio encontra-se em anexo.

O Módulo III, encontra-se dividido em duas metades, sendo que a primeira, Serviço de Urgência Pediátrica decorreu no período de 28 de novembro a 21 de dezembro de 2011, com a duração de 90 horas e a segunda metade no período de 3 de janeiro a 31 de janeiro de 2012, com a mesma durabilidade, onde pude contactar com crianças/Jovens e famílias em situação urgente e com RN com necessidade de cuidados intensivos.

De acordo com o plano de estudos do curso de Mestrado enuncio os objetivos gerais e competências a serem desenvolvidas:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em enfermagem;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em enfermagem de saúde Infantil e Pediatria;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínio a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;

A elaboração deste relatório tem como objetivos:

- Responder a uma exigência curricular;
- Descrever as atividades desenvolvidas de forma a atingir os objetivos propostos;
- Refletir de forma crítica acerca das atividades desenvolvidas, com a finalidade de atingir as competências propostas;
- Perceber as dificuldades e as oportunidades de aprendizagem;

O presente relatório contemplará, num primeiro capítulo, uma descrição acerca das atividades e respetiva reflexão, desenvolvidas no decurso da minha atividade profissional, o que possibilitou que algumas das competências, propostas pelo plano de estudos se encontrem aqui num processo inicial de desenvolvimento. Posteriormente, no segundo

capítulo, são explicitados os objetivos propostos, as respectivas atividades desenvolvidas que possibilitaram o desenvolvimento de competências. Para fundamentar o anteriormente descrito é efetuada uma reflexão individual acerca das atividades desenvolvidas, de forma a explicitar como e porquê foram desenvolvidas, com a finalidade de comprovar o desenvolvimento das respectivas competências inerentes. Com a finalidade de uma melhor organização do documento todas as atividades, objetivos e respectivas atividades foram organizadas em quatro pelos domínios de atuação, sendo estes, domínio da prestação de cuidados, da gestão, formação e investigação.

1 – Competências Previamente Desenvolvidas

A experiência profissional foi auferida no decurso de 5 anos de exercício de funções de enfermagem de cuidados de saúde primários (CSP), no ACES Entre e Douro e Vouga, nomeadamente últimos anos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Terras Santa Maria (TSM), unidade pertencente ao mesmo ACES. Desempenho funções de enfermeira de família, que consiste no desempenho de prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo o processo de vida, em diferentes contextos da comunidade, combinando a promoção da saúde e a prevenção da doença, nomeadamente á criança/jovem e família.

Cuidar a família é um dos principais interesses da enfermagem, sendo que em contexto familiar permite intervir nas necessidades da unidade familiar e nas dos seus membros (ICN, 2005).

Os serviços clínicos, prestados pelas USF, englobam cuidados de saúde de vigilância, situações de doença aguda e crónica e de patologias múltiplas, direccionados para prevenção da doença, promoção da saúde ao longo do ciclo vital do indivíduo, incluindo os cuidados domiciliários (Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro).

Esta experiência profissional permitiu o desenvolvimento de competências na área de SIP, possibilitando que algumas das competências propostas já tenham sido desenvolvidas antes do início do curso de mestrado. De seguida enumerarei as competências que foram desenvolvidas no decorrer da minha experiência profissional, atividades desenvolvidas e respetiva reflexão crítica.

Competências

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente em contexto de CSP
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Atividades

- Realizo cerca de 10 consultas de Saúde Infantil e Juvenil por semana;
- Avalio os parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil de acordo com as idades chave em todas as consultas
- Realizo ensinios de acordo com as necessidades da criança/jovem e família
- Vacino cerca da 10 crianças/ovem por semana de forma a cumprir o Plano Nacional de Vacinação (PNV)
- Realizo convocatórias a crianças, para atualização de PNV e para consulta de saúde Infantil, de todas as idades
- Realizo cerca de 4 visitas Domiciliárias à Puérpera e RN
- Realizo sessões de educação para a saúde direcionada a crianças
- Colaboro na Saúde Escolar

Reflexão:

A infância é um período da vida em que surgem várias modificações físicas e psicológicas que caracterizam o crescimento e desenvolvimento da criança. As consultas de vigilância de saúde infantil são um momento único para despistar possíveis problemas que possam interferir negativamente com o desenvolvimento psicomotor e físico da criança/jovem, assim como deteção de défices de conhecimento das mesmas e sua família.

No âmbito da consulta de enfermagem de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil a minha área de atuação assenta na marcação, planeamento, execução, avaliação e registo, obedecendo ao processo de enfermagem, seguindo as linhas orientadoras do programa tipo de atuação da Direção Geral de Saúde (DGS). Nestas consultas tenho como objetivo avaliar o crescimento e desenvolvimento de acordo com a etapa de vida da criança, baseando-me nas fichas de desenvolvimento de Mary Sheridan, estimular a promoção da saúde estimulando a adoção de comportamentos adequados, detetar e encaminhar situações que possam interferir de forma negativa na vida da criança/jovem e promover e apoiar os pais na sua função parental.

Para que o modo de desenvolvimento aconteça de uma forma saudável é essencial um estado de saúde adequado, um bom aporte nutricional, e boas condições de vida nos primeiros anos de vida, pelo que um adequado e frequente avaliação do crescimento e desenvolvimento são de extrema importância. (WHO, 1996).

Uma das preocupações que tenho é o seguimento na Consulta de Saúde Infantil do maior número de crianças/jovens, pelo que semanalmente procedo á verificação das crianças que faltaram à consulta, ou se foram acrescentadas novas crianças á minha lista de utentes e procedo à respetiva convocação para a consulta, quando esta estratégia não surte efeito procedo ao contacto telefónico e em última instância à visita domiciliária.

È uma preocupação a promoção da parentalidade o mais precoce possível, visto isto, na minha atuação inicio-a antes de a criança nascer, aproveitando as consultas de Vigilância da Saúde Materna, numa fase mais tardia da gestação, para iniciar a promoção da parentalidade. Após o nascimento da criança este trabalho é continuado com a Visita Domiciliária á puérpera e recém-nascido (RN) assim como nas consultas de vigilância de Saúde Infantil.

Aquando do nascimento e após alta hospitalar, realizo a visita domiciliária ao RN e puérpera com a finalidade de identificar as necessidades parentais, promover e apoiar a mãe no aleitamento materno e conhecer o ambiente e recursos da família, podendo desta forma adequar a minha prática à sua individualidade. Sendo este um período em que surgem duvidas e inseguranças no que respeita ao desempenho do papel parental, acho que a visita domiciliária faz todo o sentido, pois é um momento em que a intervenção adequado do enfermeiro pode contribuir para um melhor desempenho parental, continuidade do aleitamento materno e promoção de laços de vinculação precoces e adequados entre a mãe e o RN.

Plano de Vacinação Nacional (PNV) é um programa acessível e gratuito a todas as pessoas que se encontram em Portugal, que tem como finalidade a diminuição da morbidade e mortalidade provocadas pelas doenças infecciosas e consequentes ganhos em saúde (DGS. 2012). Sendo o enfermeiro de CSP o profissional de saúde com o contacto mais próximo às famílias, cabe-lhe a divulgação, motivação das famílias e a implementação deste programa, aproveitando todas as oportunidades para vacinar. È com este propósito que todos os dias sensibilizo as famílias para a importância da imunização, faço ensinios acerca das vantagens da vacinação e riscos da não adesão, através do contacto direto na unidade de saúde, da convocação por carta, telefone e até mesmo visita domiciliária. Todos os momentos de contacto com criança/jovem com PNV em atraso são aproveitados para a vacinação dos mesmos e todos os registos são efetuados nas aplicações informáticas SINUS e SAPE.O registo da imunização no programa SINUS torna-se de extrema importância, uma vez que este permite que se possa fazer um controle da cobertura vacinal e servir de instrumento de apoio para o controle de stock's. Com o intuito de proporcionar melhor acessibilidade e de prevenir faltas tanto para a nível da vacinação como das consultas de vigilância adotei como estratégia a harmonização das consultas ao esquema cronológico de vacinação.

Na atualidade, conseqüente de uma maior informação aos jovens acerca dos serviços que os CSP podem oferecer, são cada vez mais os que recorrem á consulta de enfermagem

de Planeamento Familiar, com a finalidade de esclarecer dúvidas e para aquisição de contraceptivos. Sempre que um jovem vem à consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tenho o cuidado de o informar dos recursos da comunidade, nomeadamente o Gabinete de Apoio ao Jovem e a consulta de planeamento familiar. Penso que estes dois momentos têm sido momentos privilegiados no estabelecimento de confiança entre enfermeiro e jovem, promoção de uma sexualidade saudável e para o desenvolvimento de competências relacionais com os jovens.

No desempenho dos cuidados à criança/jovem um os focos de atenção é a dor, que no contexto de CSP é mais frequente na administração de vacinas, pensos e administração de medicação injetável. Aquando de uma situação e/ou procedimento que possa provocar ou potenciar um momento doloroso explico e negoceio com a criança o procedimento tendo em atenção a idade e as vivências de dor anteriores. No momento do ato utilizo medidas não farmacológicas de alívio da mesma, como utilização de posicionamentos, contacto com a mãe e/ou pessoa de referência para a criança, utilização de música calma e técnicas de distração como brinquedos, música infantil, imagens e histórias.

Aquando da marcação do procedimento doloroso para a criança, explico aos pais que devem antecipadamente ir falando do mesmo à criança e lhe ir explicando os benefícios para a saúde, com o intuito de desmistificar e reduzir a ansiedade da criança no momento.

No âmbito da educação para a saúde pude participar em colaboração com a restante equipa da USF TSM no planeamento, implementação e avaliação de sessões de educação para a saúde:

- “Cuidados com o sol” direcionada às crianças de uma escola primária que consistiu numa peça com fantoches acerca dos cuidados a ter com o sol;
- “a criança no CS” direcionada aos alunos da Escola Primária que consistiu na vinda destas crianças à USF TSM e passagem pelos vários profissionais da mesma, fazendo-se brincadeira acerca do que é o trabalho de cada um.
- “Segurança Infantil” direcionada aos pais das crianças inscritas na USF TSM que consistiu na exposição na sala de espera de alguns materiais de apoio à segurança infantil e respetiva acerca do seu funcionamento e utilidade e uma sessão acerca das medidas preventivas de acidentes.

No ACES onde me encontro a exercer funções o programa de Saúde Escolar está a cargo de uma equipa de enfermagem específica, no entanto como a área de abrangência é muito vasta e a equipa de enfermagem da saúde escolar pequena, muitas vezes é pedida a colaboração dos enfermeiros das diferentes unidades. Neste âmbito colaborei na área da saúde oral com sessões educativas em escolas E.B 1.

Nas organizações de saúde *“a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais”* (Feuerwerker e Cecílio, 2007:967). As crianças podem apresentar problemas de complexidade e de gravidade variadas, alguns dos quais podem afetar, limitar e ameaçar a sua vida e pode mesmo persistir na vida adulta, podendo ter impacto negativo no seu

desenvolvimento e na vida familiar, exigindo do enfermeiro que cuida de crianças cooperação com outros profissionais das áreas da saúde, educação e segurança social (QAAHE, 2001). Na minha prestação encontro-me constantemente em interação com outros profissionais da área da saúde e social, sempre que necessário. No ACES onde está integrada a USF TSM existem outros serviços de apoio, nomeadamente Psicologia, Serviços Sociais, Nutrição e Higiene Oral. Sempre que detetada uma necessidade de apoio por estes serviços é feita uma carta de referência. Tenho-me deparado em várias situações com a necessidade de cooperação com estes profissionais, nomeadamente devido à necessidade de apoio a crianças/jovens com problemas de distúrbios alimentares, famílias disfuncionais, problemas escolares, entre outros.

Competências

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência
- Formular e analisar questões/problema de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica na área de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem em contexto CSP
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas

Atividades

- Realizo pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos
- Incorporo na prática resultados da investigação
- Partilho experiências e conhecimentos
- Incorporo na prática resultados da investigação válidos e recentes

Reflexão:

No decorrer da minha atividade profissional vou-me deparando com a necessidade constante de atualização de conhecimentos, pelo que utilizo a pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos, para satisfação desta necessidade. A pesquisa é efetuada maioritariamente através da Internet, bases de dados científicas, revistas e livros existentes na biblioteca da USF TSM.

Existe uma filosofia de partilha na USF TSM, em que são aproveitadas as reuniões semanais da equipa multidisciplinar para partilha de conhecimentos, sempre que oportuno.

No passado ano de 2011 foi iniciada na unidade uma colheita de dados acerca da prevalência do Aleitamento Materno aos 3 e 6 meses de vida nas crianças inscritas na USF TSM. Esta colheita de dados tem como finalidade o diagnóstico de situação nesta área para avaliar se as intervenções da equipa multidisciplinar estão a surtir o efeito pretendido, que é aumentar a prevalência da Amamentação. Pudemos detetar que ainda temos uma grande prevalência de crianças que deixam de ser alimentadas com leite materno antes dos 6 meses. Com a iniciação deste trabalho pela equipa multidisciplinar é uma ambição pessoal partir dela para a formulação e implementação de um estudo que identifique quais os motivos de abandono do aleitamento materno antes dos seis meses. Este ainda é um projeto, no entanto com os conhecimentos e competências desenvolvidas no Curso de Mestrado pretendo dar continuidade e torná-lo num estudo de investigação. O principal objetivo para a realização deste estudo prende-se com diagnóstico das principais barreiras à amamentação, para desta forma ajustar as intervenções de enfermagem no sentido de ajudar as mães a ultrapassar as dificuldades e aumentar a prevalência do aleitamento materno.

Competências

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas
- Promover a formação em serviço na área de EESIP
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros

Atividades

- Realizo formação em serviço na USF como formadora
- Participo em conversas informais com a equipa de enfermagem

Reflexão:

Como já referi anteriormente, é uma filosofia da USF TSM a partilha de conhecimentos entre a equipa multidisciplinar. Portanto sempre que um profissional de saúde participa como formanda em cursos profissionais, jornadas, conferências e workshops, apresenta aos restantes profissionais os conhecimentos adquiridos no mesmo sob a forma de formação.

Existe também na USF um plano de formação, que é formulado pelos profissionais, a cada ano. Sendo que este plano resulta de um levantamento das necessidades formativas dos profissionais anualmente e é colocado em prática pelos mesmos. Algumas das formações em serviço por mim realizadas, na condição de formadora, foram: “Diversificação Alimentar”, “Desenvolvimento Infantil”, “Protocolo de Domicílios” e “Boas Práticas na Consulta de Hipertensão Arterial”.

Também os momentos de troca de conhecimentos informais são momentos de crescimento dos profissionais, que têm a minha participação ativa, dos quais posso contribuir para o desenvolvimento dos meus pares e sair enriquecida também.

Competências

- Executar supervisão de exercício profissional na área de ESIP
- Colaborar na integração de novos profissionais

Atividades

- Executar supervisão de exercício profissional na área de ESIP
- Colaborar na integração de novos profissionais

Reflexão:

A USF TSM recebe frequentemente alunos da Licenciatura de Enfermagem, na qual a orientação e supervisão é rotativa pelos profissionais de enfermagem, visto todos apresentarem formação em Supervisão Clínica.

Tive a oportunidade de orientar e supervisionar o estágio de alunos do Curso Base de Licenciatura. Inicialmente procedo a uma apresentação do aluno a toda a equipa multidisciplinar da USF e dos recursos físicos da unidade. No decorrer do estágio tento proporcionar ao aluno uma passagem por outros serviços do ACES com os quais esta articulação com a USF, como o GAJ (Gabinete de Apoio aos Jovem), Curso de Preparação para Parto e Parentalidade, Curso de Recuperação pós Parto, Centro de Pneumologia e Consulta de Ostromizados. Para que estes percebam a complexidade dos cuidados de saúde primário e percebam a importância da articulação com outros serviços e a multidisciplinaridade dos cuidados. Durante o estágio oriento e supervisiono os alunos inculcando neles a importância da reflexão na prática de enfermagem, inculcando-lhes a reflexão como uma ferramenta e trabalho.

2- Competências Desenvolvidas em Contexto de Estágio

Os Estágios dos Módulos I e II realizaram-se no CHEDV, na unidade HSS, nomeadamente nos serviços de Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Neonatologia. As caracterizações destes locais encontram-se descritas no Anexo I.

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República, o Enfermeiro Especialista *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de 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 atuação”* (RCCEE, 2011:8448). Segundo a mesma entidade, as competências do enfermeiro especialista são um conjunto de competências clínicas especializadas decorrentes de um aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Com a finalidade de tornar o documento mais organizado, divido as vinte e nove competências propostas pelo plano de estudos do curso de Mestrado em quatro domínios, domínio da prestação de cuidados, gestão de cuidados, investigação e formação. Para cada um são apresentadas as competências desenvolvidas, os objetivos específicos, traçados no início de cada Módulo de estágio, as atividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos e, finalmente, uma reflexão que elucida como foram desenvolvidas as atividades e com que finalidade.

2.1 – Domínio da prestação de cuidados

Prestação de cuidados em enfermagem, tal como referido no artigo 4 do REPE, entende-se como *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações.”*

Incido a minha reflexão, essencialmente, sobre a prestação de cuidados autónomos, referenciados no artigo nº 9 do REPE como sendo *“ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais (...)”*.

Competências

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de Especialidade em EESIP.
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

Objetivos Específicos

- Refletir acerca do papel do enfermeiro especialista.

Atividades

- Perceber quais os papéis da responsabilidade do enfermeiro especialista.

Reflexão:

Enfermeiro especialista é um enfermeiro ao qual lhe são reconhecidas “competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados ao indivíduo, família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”. Ordem dos Enfermeiros (2009).

Nos diferentes estágios tive conversas informais com ambas as orientadoras acerca do papel do enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e observei as diferenças entre a prestação de cuidados pelas enfermeiras generalistas e as detentoras da especialidade nesta área. Com esta observação e diálogo tive como finalidade refletir acerca das competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros e as observadas na prática, com o intuito de melhor perceber o meu papel como futura enfermeira especialista.

Pude constatar que o enfermeiro especialista é reconhecido pela equipa multidisciplinar como um profissional com competências de liderança de equipas e com responsabilidades no adequado funcionamento dos serviços. Na ausência do enfermeiro chefe cabe ao enfermeiro especialista a tomada de decisão no que respeita á gestão de recursos humanos, materiais e físicos. Posso descrever a título de exemplo, uma situação passada num dos locais de estágio, em que durante o turno da manhã, uma das enfermeiras recebeu um telefonema acerca de uma situação familiar que a obrigou a ausentar-se do serviço. Esta enfermeira tinha no horário também o turno da noite. Pude observar que foi a minha orientadora, única enfermeira

especialista a fazer turno nesse dia, que assumiu a gestão dos recursos humanos, a fim de manter assegurados os cuidados nesses dois turnos.

Verifiquei também que aquando de situações complexas nos cuidados à criança/jovem e família os enfermeiros generalistas recorriam com frequência ao ESIP, reconhecendo-lhes maiores competências nesta área.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem, aprovado em Diário da Republica, regulamento 123/2011, são:

- Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem.

Posso concluir que as diferenças entre Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Generalista são notáveis. No enfermeiro especialista denota-se uma maior perspicácia de observação e adequação das intervenções de enfermagem. Denota-se o conhecimento científico na área de atuação na prática de cuidados, nomeadamente em situações de grande complexidade, e a preocupação com a documentação do que a enfermagem faz ao nível dos registos de enfermagem.

Penso que ao longo da realização deste relatório vou refletindo acerca do papel do enfermeiro especialista nas diferentes áreas de intervenção, o que não poderia deixar de acontecer, visto estes estágios integrarem parte da minha formação como tal.

Competências

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem.
- 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.

Objetivos

- Desenvolver competências de comunicação com a criança/família.

Atividades

- Comunicar com a criança/família tendo em consideração a sua idade e estágio de desenvolvimento, crenças, valores e características culturais;
- Mostrar disponibilidade para ouvir e responder às dúvidas e medos da criança/família;
- Utilizar diferentes técnicas de comunicação;
- Utilizei a relação terapêutica de forma assertiva;

Reflexão:

Durante o percurso de estágio encarei a comunicação como um instrumento promotor de sucesso para a criança/família enfrentar o processo de doença e diminuir o impacto da hospitalização nos mesmos. Como refere Armelin (2005) a vivência da doença e hospitalização por parte das crianças pode passar pela oportunidade de expressar os seus sentimentos acerca das experiências traumáticas, canalizando-as sob a forma de ansiedade, raiva e hostilidade, daí a importância de criar espaço e oportunidade para a criança se manifestar.

O primeiro contacto com a criança/família é a primeira oportunidade para estabelecer, com estes, uma relação empática, através de uma forma de comunicar terapêutica, que deve ser fortalecida ao longo do tempo. Os profissionais capazes de estabelecer uma relação empática recebem como retorno uma criança/jovem e família capaz de manifestar as suas dúvidas e emoções, recorrendo ao enfermeiro para esclarecimento de dúvidas, o que é fundamental para minimizar as angústias e efeitos da hospitalização. Sendo esta característica transversal a todos os enfermeiros que prestam cuidados em idade pediátrica e suas famílias, a especificidade da prestação dos mesmos, nos diferentes contextos, levou-me a adequar a forma de comunicação.

No serviço de Internamento, as situações de doença e regime terapêutico inerente, a alteração das rotinas, o stress provocado pelo internamento nos pais e crianças, etc., foram algumas das alterações encontradas na criança/jovem e família, nas quais uma comunicação assertiva pode fazer toda a diferença, diminuindo os medos e angústias. Utilizei como instrumentos o esclarecimento acerca do estado de saúde da criança e todo o regime terapêutico inerente ao mesmo, ensinamentos, promoção e reforço da parceria de cuidados e a percepção das rotinas normais da criança/jovem e família a fim de em conjunto minimizar o impacto da hospitalização. Penso que com estas atitudes consegui não só a minimização de ansiedades e medos, mas também a diminuição de situações de conflito entre estes e a equipa multidisciplinar.

Durante o meu estágio procurei ultrapassar estas barreiras e proceder a uma gestão adequada do tempo para poder conversar com a criança/família, mostrando calma e disponibilidade, tentando perceber os seus medos e preocupações, explicando o estado de saúde da criança, utilizando uma linguagem simples e adequada. Expliquei à criança o porquê de lá estar e os tratamentos a serem realizados, utilizando uma postura e linguagem adequada ao seu nível de desenvolvimento.

A comunicação, para poder ser eficaz, deve ser adequada à situação, oportuna e feita com clareza. Para tal é fundamental a utilização de técnicas de comunicação eficazes, sendo que o saber ouvir apresenta aqui um papel fundamental (Hockeberry, 2006). Em todos os contextos de estágio promovi espaços para que as dúvidas, angustias e medos pudessem ser colocados, assumindo uma postura que transmitisse interesse e respeito pela sua situação e estado de espírito.

No serviço de urgência pediátrica, o estabelecimento de uma relação empática e terapêutica torna-se num desafio constante, dada a realidade deste serviço, em que criança/família, devido ao surgimento agudo da doença, não possuem o tempo suficiente para se adaptar à situação de crise, ao excesso de informação, à grande afluência e exigência de rapidez na execução das técnicas. No estágio em questão, adotei como estratégias para ultrapassar esta barreira, uma gestão adequada do tempo para poder conversar com a criança/família mostrando calma e disponibilidade, tentando perceber os seus medos e preocupações, explicando o estado de saúde da criança, utilizando uma linguagem simples e adequada. Penso que qualquer ser humano perante uma situação desconhecida fica ansioso e tende a desenvolver medos, muitas vezes infundamentados, pelo que considero de extrema importância explicar à criança o porquê de lá estar e os tratamentos a serem realizados utilizando uma postura e linguagem adequada ao seu nível de desenvolvimento. Neste contexto, o momento de stress vivido pela família em situação de doença aguda da criança/jovem torna a comunicação mais difícil, e aquando dos ensinamentos acerca da patologia, tratamento e cuidados a ter após a alta, foi sempre uma preocupação fazer uma avaliação da compreensão dos mesmos. Dado a vivência da doença do filho por parte dos pais, estes encontram-se sob uma tensão e stress permanentes, gerando desta forma situações de conflito. Nestes momentos lidei com estas situações utilizando um discurso calmo e um tom de voz baixo, disponibilidade para os ajudar a resolver os seus problemas e uma linguagem corporal coerente com a verbal.

Em contexto de Neonatologia, apesar da extrema angústia vivenciada pelos pais, o facto de os internamentos serem mais longos tornou mais fácil adequação e aplicação das técnicas de comunicação e o construir de uma relação terapêutica com os pais. A informação era fornecida aos pais de forma gradual, a fim de estes poderem assimilá-la e de acordo a sua preparação para a mesma, respeitando os momentos do luto da criança desejável e promovendo a aceitação do real. No que respeita à comunicação com o RN utilizei o toque

como forma de comunicação, sendo que esta é uma forma de comunicação que transmite calma e segurança nos mesmos.

O acolhimento foi sempre feito de uma forma humanizada, tendo em atenção o momento em que se encontram, valorizando os sentimentos que conseguem exprimir e os que não exprimem. Era-lhes explicado as normas de serviço, horários de visitas, a importância de uma correta higiene das mãos e utilização de batas. Da mesma forma era desmistificado o ambiente monitorizado da unidade. No momento, a posteriori, quando os pais visitavam pela primeira vez o bebé, era explicado o estado do seu filho e mostrava-me disponível para o que precisavam e respeitava os momentos de silêncio dos mesmos, com a finalidade de permitir que eles vivenciassem os seus próprios sentimentos.

Dado o anteriormente descrito tenho aperfeiçoado, aprendido e implementado, na minha prática, técnicas de comunicação, como: utilização de um tom de voz baixo e calmo; tratar a criança/família pelo próprio nome; manutenção do contacto visual permanente; escutar e dar oportunidade para a criança/família possam expressar os seus sentimentos, medos e dúvidas; falar com eles mantendo a cabeça ao mesmo nível da deles; utilizar uma linguagem simples e adequada; dar informação de forma gradual, pouca informação de cada vez para que esta possa ser interiorizada; mostrar disponibilidade para ouvir, entre outras. Com as crianças mais pequenas utilizei como estratégia a brincadeira, simulando a intervenção em brinquedos, dando tempo para que estes se pudessem familiarizar com a situação e que pudessem estabelecer uma relação de confiança.

Sendo que as crianças estão atentas a todos os movimentos em seu redor, atribuindo-lhes significado, conseguindo captar componentes não-verbais do processo de comunicação, torna-se mais difícil mascarar sentimentos e ansiedade. (Hockeberry, 2006). Tentei ser sempre assertiva tanto nas palavras como nos gestos, na comunicação com a criança e com os pais, que assumem aqui um papel fundamental de intermediários entre o enfermeiro e a criança. É fundamental que a criança perceba que os pais confiam em nós.

Indo ao encontro com o descrito por Rilley (2004) a comunicação pode promover e facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica ou, pelo contrário, para o surgimento de barreiras. Tive sempre presente que num momento em que a comunicação é menos conseguida pode por em causa toda a relação terapêutica com a criança/família. Existem alguns fatores que podem dificultar a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica, como por exemplo, diferenças culturais e religiosas, juízos de valor e estereótipos sociais. Daí a minha constante preocupação e investimento nesta área de conhecimento dos cuidados de enfermagem.

No primeiro contacto com a criança/família tive sempre o cuidado de me apresentar, perguntar os seus nomes, disponibilizar-me para os ajudar e apoiar no processo de doença.

Resumindo, como futura enfermeira especialista acresce-me a responsabilidade no cuidado à criança/família e, conseqüentemente, a comunicação terapêutica com a finalidade de promover a sua autonomia. Assumo, assim, o dever de continuar a desenvolver as minhas competências relacionadas com esta dimensão.

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde à criança/Jovem e família.

Atividades

- Procedi ao levantamento das necessidades de ensino à criança/jovem e família;
- Procedi ao respetivo ensino, utilizando uma linguagem adequada á situação e pessoa a quem se destina;
- Realizei uma avaliação da perceção do ensino por parte da criança/família;
- Realizei uma sessão de educação para a saúde, no serviço de neonatologia, direcionada aos pais acerca do Aleitamento Materno.

Reflexão:

A promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para entrevir de forma a melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Para que possam atingir um melhor estado de saúde físico, psíquico e social, devem saber satisfazer as necessidades e modificar de forma favorável o meio ambiente. A promoção da saúde vai para além de um estilo de vida saudável, com vista a um bem-estar global.

Como enfermeira especialista a responsabilidade de intervenção na área da promoção da saúde da criança/família torna-se ainda maior, pelo que durante os estágios desenvolvidos tornou-se um aspeto desenvolvido com responsabilidade, empenho e trabalho.

Para atingir este objetivo aproveitei todos os momentos de estágio para fazer um levantamento das necessidades de ensino à criança/família, procedi aos ensinamentos segundo estas mesmas necessidades, utilizando uma linguagem acessível e adequada ao nível de desenvolvimento da criança/família, avaliava a perceção desta, na observação direta da alteração, ou não, de comportamentos e através da verbalização destes. Sempre que um ensino era aplicado e detetada a não perceção por parte dos pais, este era reforçado.

Na Urgência Pediátrica muitos dos ensinamentos feitos à criança/família eram avaliados através da verbalização dos mesmos. Uma vez que o contacto era de curta duração, não era possível observar a alteração de comportamentos. As problemáticas mais comuns de ensino foram os cuidados a prestar à criança com febre, sinais e prevenção da desidratação, amamentação, alimentação saudável, prevenção de acidentes, prevenção de infeções respiratórias, higiene das mãos e dos alimentos.

Na neonatologia os alvos de ensino eram os pais. Devido às especificidades emocionais em que estes se encontram, os ensinamentos eram planeados tendo em conta o estado emocional e psicológico em que estes se encontravam. Desenvolvi a capacidade de identificar os momentos em que se encontravam mais disponíveis para ouvir. A linguagem utilizada, aquando do ensino, era simples e adequada. Como os internamentos dos RN são geralmente longos, era possível fazer os ensinamentos gradualmente, não dando muita informação de uma só vez, respeitando assim o tempo de interiorização dos mesmos de acordo com a individualidade de cada família. As problemáticas de ensino mais abordadas foram a aleitamento materno, cuidados parentais acima referidos, prevenção da infeção, prevenção de gastos excessivos de energia por parte do RN e prevenção de maceração perineal.

Foi efetuado um levantamento das necessidades de ensino, neste contexto, analisei acerca das temáticas que teriam sido recentemente abordadas, falei com a orientadora de estágio, surgindo o tema do aleitamento materno. Procedi então ao planeamento e execução da sessão de educação para a saúde intitulada “Aleitamento Materno” (Ver anexo II). Finalmente foi elaborada uma avaliação, que partiu da análise aos questionários preenchidos pelos formandos, com o intuito de servir como instrumento de aprendizagem para melhoramento em futuras ações semelhantes.

No contexto de internamento as problemáticas onde incidiram mais frequentemente os ensinamentos foram a amamentação, alimentação no primeiro ano de vida e alimentação saudável, prevenção de acidentes, cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical e dos cuidados pós cirúrgicos. Sempre que a deteção de uma necessidade de ensino surgia, este era efetuado e à posteriori, era registado em folha própria, onde ficava também registada e planeada a necessidade de reforço do mesmo.

Como enfermeiros especialistas devemos estar despertos para a necessidade de antecipação dos problemas com o intuito de os prevenir e promover a saúde, sendo que esta é uma área do conhecimento de enfermagem, motivo pelo qual dedico o meu investimento na área do ensino à criança/família, tanto durante os estágios realizados, como na minha atividade profissional.

Competências

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área de EESIP.
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações imprevistas e complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
- Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem.
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Objetivo

Assistir a criança/jovem e família segundo metodologia do processo de enfermagem.

Atividades

- Fiz uma colheita sistemática de dados baseados na observação direta e/ou através da informação recolhida pelos pais com vista à realização do plano de cuidados;
- Planeei os cuidados de forma individualizada em parceria com a criança/jovem e família, executei-os e procedi à respetiva avaliação;
- Prestei cuidados especializados a 11 RN/família em contexto de Neonatologia;
- Prestei cuidados especializados a crianças/jovens e família em contexto de urgência;
- Prestei cuidados especializados a 32 criança/jovem e família com patologia médica;
- Prestei cuidados especializados a 21 crianças com patologia cirúrgica;
- Desenvolvi competências relacionais com a criança/Jovem e família;
- Desenvolvi uma conduta isenta de juízos de valor;
- Observei e refleti acerca do processo de triagem à criança/família;
- Procedi à triagem de 63 crianças/famílias tendo em consideração as prioridades de atendimento;
- Conheci e colaborei no processo de admissão, transferência e alta das crianças/Jovens e famílias;
- Fiz uma preparação para a alta no decorrer do internamento;
- Procedi aos registos utilizando uma linguagem CIPE;

Reflexão:

O processo de enfermagem representa o principal modelo de desempenho da prática profissional, organização dos cuidados e documentação dos mesmos. Segundo a International Council of Nurses (2005) os processos de enfermagem englobam os seguintes elementos: o que fazem os enfermeiros (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base os julgamentos sobre os fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), com vista a alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

No decorrer do estágio nos dois módulos a minha prática assentou sempre neste princípio, realizei sistematicamente a observação direta da criança e tive em atenção a informação fornecida pela família com a finalidade de fazer um constante levantamento de necessidades e conseqüente diagnóstico de enfermagem. Com a elaboração dos diagnósticos eram planificados os cuidados, assentando numa negociação constante com a família, com a finalidade da otimização do estado de saúde da criança e promoção da saúde. Após cada intervenção por mim efetuada era realizada uma avaliação da mesma com o intuito de avaliar a necessidade ou não da sua repetição/continuidade. Resumindo elaborei planos de cuidados, efetuei a avaliação inicial, identifiquei diagnósticos de enfermagem, planeei, executei, avaliei e registei as intervenções realizadas. Aquando de cada intervenção à criança realizei o seu respetivo registo, em suporte de papel disponível nos serviços, utilizando uma linguagem CIPE.

Em todos os contextos de estágio procedi à planificação dos cuidados, efetuei a avaliação inicial, identifiquei diagnósticos de enfermagem, planeei e executei, avaliei e registei as intervenções. Como refere Hockenberry (2006), o processo de enfermagem é um método de identificação e resolução de problemas que traduz realmente o que o enfermeiro faz.

Para Macphail (2001:3) *“a enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a pessoas de qualquer idade e que manifestam alterações do seu estado de saúde físico ou psíquico, percecionados ou reais, não diagnosticados ou que necessitam de outras intervenções”*. Segundo o mesmo autor o enfermeiro deve ter em conta as atitudes por parte do cliente e respetiva família, perante um problema de saúde real ou potencial, não se focando apenas na doença mas também nos focos emocionais e sentimentais.

Em contexto de urgência, assisti 40 crianças/famílias de foro médico e cirúrgico, 9 em OBS e triagem a 63, com supervisão da orientadora. Os focos mais comuns de recorrência a este serviço foram a febre, vômitos, diarreias, dor abdominal.

Apesar de o estágio em contexto de urgência ter decorrido no período de inverno, no mês de dezembro, pude verificar que este foi um ano atípico uma vez que a prevalência de vômitos, diarreias e dores abdominais foi muito superior às infeções respiratórias, como é habitual nestas alturas do ano.

A triagem de um serviço de urgência procura assegurar que os clientes sejam assistidos por ordem de prioridade clínica, podendo esta obedecer a um modelo próprio, sendo o mais comum o sistema de Triagem de Manchester (Nunes, 2007). No entanto no Serviço de Urgência onde decorreu o estágio é utilizado um sistema informático próprio que deixa em aberto a observação do enfermeiro, a avaliação dos sinais vitais e as prioridades são estabelecidas pelos enfermeiros.

Este tipo de triagem exige do enfermeiro um essencial treino de observação para poder identificar necessidades específicas da criança e grande capacidade de incorporar conhecimentos técnico-científicos, para desta forma sustentando a tomada de decisão. Devido à sua especificidade e à importância que a triagem assume em contexto de urgência assumiu-se como um outro foco de interesse. Aqui deparei-me com a possibilidade de aperfeiçoar algumas competências importantes, o diagnóstico de situações urgentes/emergentes, despiste de sinais e sintomas menos visíveis e o estabelecimento de prioridades.

Com o intuito de minimizar o impacto negativo na criança da prestação de cuidados neste contexto, utilizei como estratégias a promoção de um ambiente o mais confortável possível, utilizar uma atitude de empatia, perguntava aos pais algumas das características dos seus filhos para poder agir de forma mais individualizada, recorrer a meios de distração e brincadeiras, utilizando a imaginação para proporcionar momentos de humor. Para atuar na diminuição de stress vivenciado pelos pais/família informei-os do estado do seu filho, expliquei todos os procedimentos realizados, como seriam realizados e quais as sua finalidade, possibilitando que estes mantivessem o seu papel de principais cuidadores.

Os processos de transferência neste contexto eram maioritariamente para o serviço de internamento pediátrico do mesmo hospital, a criança era acompanhada até ao respetivo serviço por um assistente operacional e a enfermeira do serviço de Urgência passava a informação clínica da criança por telefone à enfermeira do internamento. No que respeita a transferências extra hospitalar pude observar e colaborar na de uma criança vítima de atropelamento que foi transferida para o hospital São João. Dado o grau elevado de gravidade a criança foi transportada pelo INEM pediátrico. O acompanhamento de todo este processo permitiu perceber quais os passos de todo o processo e de que forma é que o enfermeiro pode entevir.

No meu percurso na unidade de Neonatologia tive a oportunidade de prestar cuidados a 11 RN/família de termo, prematuros e grandes prematuros, 5 em situação de cuidados intensivos e 6 de cuidados intermédios.

No momento da admissão raramente é efetuada uma colheita de dados total, isto porque é um momento de grande angústia para os pais, sendo complementadas no momento mais oportuno.

Hockenberry (2006) relaciona os cuidados de enfermagem como avaliação de sinais vitais, posicionamento do RN, pesagem e troca de fraldas com frequentes episódios de hipoxia, dessaturação de oxigênio e aumento da pressão de intracraniana. Com o objetivo de minimizar estes efeitos antes de qualquer intervenção falava suavemente para o RN e colocava-lhe a mão de forma a este poder antecipar a percepção dos cuidados evitando o quebrar abrupto do repouso.

Segundo Hockenberry (2006:240) *“Os neonatos precisam de períodos programados de repouso durante os quais as luzes devem ser reduzidas, as incubadoras cobertas com cobertores e os recém-nascidos não sejam perturbados com manuseio de qualquer espécie”*. A organização dos cuidados era cuidadosamente feita de forma a agrupar os mesmos diminuindo assim o número de interrupções dos ciclos de sono e repouso. O manuseio do RN era sempre feito respeitando as suas especificidades, colocando os seus membros junto ao corpo. Os procedimentos eram realizados com o cuidado de minimizar a percepção de dor. *“Um ninho construído pela colocação de rolos de cobertores sob o lençol ajuda os neonatos a manter uma postura flexionada quando em decúbito ventral ou lateral”*, no serviço tínhamos disponíveis uns ninhos feitos de um algodão elástico, que simula as paredes uterinas, em todos os RN prematuros por mim cuidados eram utilizados os mesmos nos posicionamentos.

O cuidado individualizado com o desenvolvimento dos RN prematuros além de reduzir a necessidade de suporte ventilatório, contribui também para uma diminuição do tempo de internamento, redução da incidência de complicações como hemorragia intraventricular e displasia broncopulmonar, menor necessidade de sedação e melhor neurodesenvolvimento aos 9,18 e 36 meses e menor probabilidade de intolerância alimentar (Hockenberry, 2006). A minha prestação de cuidados ao RN prematuro era sistematicamente pensada com vista à prevenção de futuras complicações nomeadamente as anteriormente descritas, utilizando as estratégias anteriormente descritas, agrupamento dos cuidados, manuseio adequado do RN, minimização dos estímulos excessivos e controlo da dor.

Um dos aspetos que considero de extrema importância no cuidado a estes RN prende-se com o saber ler aquilo que o bebé nos diz, definido por Hockenberry, (2006) como comportamentos de aproximação, percecionados por extensão da língua, preensão da mão, movimentos mão-boca e os de afastamento ou stressantes. É muito importante que o enfermeiro em Neonatologia seja sensível aos sinais de normalidade e anormalidade, pois estes são tão subtis e devem ser devidamente decifrados.

Como não poderia deixar de ser, em comparação com todos os outros contextos de cuidado à criança, os pais são fundamentais para o bom desenvolvimento, daí o esforço diário para que estes pais pudessem participar nos cuidados aos seus filhos. Os pais foram sempre incentivados e apoiados para a prestação de cuidados dos seus filhos, respeitando os seus sentimentos e medos. Os focos de atenção de enfermagem mais direcionados à família, que

requerem uma atuação diária são a parentalidade, parceria de cuidados, vinculação, medos e angústias e o aleitamento materno, dos quais abordarei mais à frente neste relatório.

A preparação para a alta é preparada ao longo do internamento e não apenas no momento que antecede a ida para casa. Ao longo do internamento os pais vão gradualmente prestando cuidados ao RN apoiados e supervisionados pelos enfermeiros, com a finalidade de promover a vinculação, promover o papel parental, aumentar a sua confiança e diminuindo os medos e receios. Podemos ver referido por Hockenberry, (2006) que a enfermagem deve começar desde cedo a ajudar os pais a adquirir e aperfeiçoar as suas competências nos cuidados ao RN, fornecendo ensinamentos para que a família tenha tempo para os assimilar e aprender as necessidades especiais de cuidados continuados.

Após a alta, o RN deve ter um acompanhamento médico e de enfermagem adequado que possibilitem o acompanhamento do desenvolvimento do RN e acompanhamento das suas famílias (Hockenberry, 2006). Como enfermeira a exercer funções nos cuidados de saúde primários aproveitei esta oportunidade para explicar aos pais o que esta área dos cuidados poderia proporcionar ao RN e família, expliquei-lhes o funcionamento das unidades de saúde, a visita domiciliária e o papel do enfermeiro dos cuidados de saúde primários no acompanhamento do desenvolvimento do bebé e o Plano Nacional de Vacinação. De momento não existe um procedimento de articulação do Serviço de Neonatologia e os cuidados de saúde primários, no entanto uma colega de especialidade e uma enfermeira do serviço já apresentavam o projeto de implementação deste tipo de articulação.

Em contexto de internamento, pude prestar cuidados a 55 crianças com patologia médica e 24 de patologia cirúrgica.

Neste contexto pude aplicar o processo de enfermagem desde o início a 18 crianças, uma vez que fiz o seu acolhimento na unidade, mostrando os recursos físicos e explicando o seu funcionamento, procedendo á colheita de dados. Planeei e executei cuidados procedendo, à posterior, avaliação da adequação dos mesmos. Nas restantes crianças entrevi na continuidade deste processo, uma vez que já se encontrava iniciado, executando cuidados já planeados e fiz a avaliação resultando muitas vezes na deteção de novas necessidades, para as quais eram levantados novos diagnósticos com as respetivas intervenções para resolução dos mesmos.

Os diagnósticos clínicos mais prevalentes foram febre sem foco, gastroenterites, meningite vírica, amigdalectomia+Adenectomia+Miringotomia. Os focos de intervenção de enfermagem mais comuns (Anexo III), prendiam-se com Papel Parental, Amamentação, Vinculação, Cuidados de higiene, Queda, Conforto, Ingestão nutricional, Eliminação Urinária e Intestinal. Gostaria de salientar um diagnóstico que exigiu, da minha parte uma forte procura de conhecimentos, no caso de uma Jovem em que foi efetuado o diagnóstico de doença de Crohn durante o internamento. Como era uma patologia em que não detinha um conhecimento

aprofundado acerca dos cuidados alimentares específicos, exigiu de mim um profundo investimento na procura de conhecimentos, tendo surgido a necessidade de recorrer á pesquisa bibliográfica, para melhor poder preceder aos ensinamentos necessários nesta área. Outro desafio com esta jovem foi as competências comunicacionais, sendo que o diagnóstico de uma doença crónica e desconhecida para ela suscitou um sentimento de revolta. Tive necessidade de ajustar a forma de comunicação para que esta pudesse sentir confiança em mim para falar dos seus medos e angústias e para que pudesse sentir que eu percebia o seu estado de espírito. Tentei que ela percebesse que era legítimo o sentimento de revolta e fui fazendo ensinamentos acerca da adequação aos estilos de vida á doença de forma gradual, tentando sempre mostrar que a patologia não significava que não pudesse a viver a sua vida como os outros jovens, apenas que teria que efetuar alguns ajustes.

Os internamentos de foro médico, regra geral, mais longos, em que a preparação para a alta é feita no seu decorrer, preparando os pais para a autonomia nos cuidados á criança/jovem. Os internamentos de foro cirúrgico, são mais curtos, pelo que a preparação para a alta incide maioritariamente acerca dos ensinamentos do pós-operatório, não descurando qualquer outra necessidade de ensino. A preparação para a alta assenta sobre o ensino, esclarecimento, treino e informação aos pais, aproveitando para tal todos os momentos.

Objetivo

Desenvolver competências de avaliação e controlo da Dor

Atividades

- Monitorizar a dor
- Utilizar medidas não farmacológicas de alívio e/ou prevenção da dor
- Utilizar medidas farmacológicas de alívio

Reflexão:

Na hospitalização da criança a dor encontra-se muito presente devido á patologia em si e aos tratamentos da mesma. A própria hospitalização com tudo o que acarreta, pessoas estranhas, aparelhos esquisitos, exames de diagnóstico, tratamentos, ambiente excessivamente iluminado e ruidosos e a quebra de ciclos de sono são por si só fatores que potenciam a dor.

A crescente preocupação com a dor na criança é resultado de um reconhecimento de que a criança apresenta dor, guarda as memórias da experiência dolorosa pelo que a dor se

não for tratada tem consequências a longo prazo. A criança apresenta características particulares pelo que a avaliação da dor nesta faixa etária tem que ser abordada de forma diferente dos outros grupos etários. (Circular Informativa nº14 DGS/2010).

Foi nesta perspetiva que ao longo do percurso de estágio, foi sempre uma preocupação o diagnóstico precoce da dor, prevenção e tratamento com a finalidade de minimizar ao mínimo as repercussão que esta provoca nas crianças. Segundo Hockenberry (2006) as crianças que sofrem de dor na infância são mais temerosas na fase adulta.

Em todos os contextos de estágio incorporei na prática dos cuidados a avaliação da dor, utilizando para tal escalas adequadas às fases de crescimento e desenvolvimento da criança. Como se encontra descrito na literatura uma das maiores dificuldades no tratamento adequado da dor encontra-se na avaliação da mesma, devido às especificidades de cada fase de desenvolvimento. Neste sentido, têm vindo a ser elaboradas diferentes escalas de dor para neonatos, lactentes e crianças maiores. No que respeita às crianças mais em fase não-verbal foram utilizadas escalas com base numa avaliação fisiológica e comportamental, nas crianças em fase verbal foram utilizadas as escalas de auto relato, com cores, palavras, números, analógicas visuais e faces.

Um RN numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode ser submetido diariamente a cerca de uma centena de procedimentos potencialmente dolorosos, pelo que os profissionais de saúde devem estar despertos para esta problemática. (Viana DL et al, 2006). Segundo o mesmo autor os enfermeiros são os profissionais mais próximos do RN/família pelo que são os primeiros a perceber e avaliar a dor.

Ciente do impacto da dor no desenvolvimento do RN foi uma constante preocupação a avaliação sistematizada da dor em todos os contactos com os mesmos, com a finalidade de a prevenir e tratar.

Quando iniciei o meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a folha de registos não comportava uma escala de avaliação da dor, pelo que utilizava os registos escritos para documentar a presença da mesma. Á posteriori foi introduzida uma nova folha de registos, que se encontrava para aprovação, onde continha a escala de EDIN para o efeito. O registo da dor era efetuado a cada 3 horas, quando dos cuidados ao RN.

Como complemento á escala de dor, uma vez que estes RN se encontram continuamente monitorizados, os parâmetros serviram também como uma orientação. Eram observados continuamente os parâmetros físicos e comportamentais do RN, desde a frequência cardíaca, Saturações de Oxigénio, tensão arterial, frequência respiratória, mímica facial, movimentos corporais e choro.

No estágio de Internamento estavam disponíveis escalas de dor e suporte farmacológico para alívio da mesma. As escalas existentes no serviço eram a de Faces, NIPR

e numérica. A escala existente na folha de registos de sinais vitais era a numérica, no entanto em todos os processos individuais, na folha de avaliação inicial existia a escala de NIPS e de faces, que eram por mim utilizadas como ferramenta de avaliação da dor.

Após a avaliação da dor e aquando da presença da mesma, ou em procedimentos potenciadores, foi sempre uma preocupação a implementação de medidas de alívio, medidas estas farmacológicas e não farmacológicas.

Na urgência na primeira abordagem á criança, ainda em contexto de triagem era avaliada a presença da dor, caso esta estivesse presente era de imediato utilizada uma medida farmacológica para alívio da mesma. Era aproveitada a oportunidade para explicar aos pais os sinais indiciadores de dor e respetivo tratamento da mesma, com a finalidade de prevenção de uma vivência prolongada da dor em contexto de domicílio.

No serviço de urgência pediátrica do Hospital São Sebastião não existe nenhum protocolo instituído acerca da avaliação, prevenção e tratamento da dor, assim como não era utilizada nenhuma escala de avaliação da dor. Devido a esta lacuna nos cuidados à criança, durante o meu estágio orientei-me pelas normas e orientações da DGS e resultados da pesquisa e análise de bibliografia. A avaliação da dor era efetuada através de escalas, conforme descrito anteriormente.

A cada intervenção de enfermagem potenciadora de dor eram utilizadas medidas não farmacológicas, como solução de sacarose, presença de um dos pais, posicionamento adequado e sucção não nutritiva (solução doce). Em caso de crianças amamentadas, imediatamente após o estímulo doloroso era incentivada a mãe a coloca-la á mama, com esta intervenção proporcionava o alívio da dor e promoção da amamentação. Neste contexto, apesar de existir no serviço, não era utilizado

Posso concluir que no serviço existiam meios e recursos para uma avaliação e alívio da dor, no entanto estes nem sempre eram utilizados nos cuidados à criança/jovem. Na minha prática procedi sistematicamente à avaliação da dor, utilizando, quando necessário, medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas, disponíveis. Penso que com esta forma de proceder contribui para a prestação de cuidados de qualidade á criança/jovens e pude servir como exemplo para os enfermeiros menos despertos para esta problemática.

A gestão da dor por mim efetuada, durante os três contextos de estágio, consistiu na prevenção, no tratamento farmacológico e não farmacológico. Como prevenção procurei minimizar ao máximo as agressões decorrentes do meio, promover a presença permanente dos pais ou de uma pessoa de referência, diminuição dos estímulos promotores de stress, entre outros. No que reporta às medidas farmacológicas, englobam o tratamento com fármacos analgésicos e anestésicos locais. As medidas não-farmacológicas comportam a sucção não

nutritiva, como por exemplo uso de chupeta, solução doce, como a sacarose, posicionamentos, entre outras.

Aquando da realização de procedimentos potenciadores de dor, as medidas mais utilizadas foram a sucção não nutritiva, utilização de sacarose ou solução doce, brincadeira, proximidade de uma pessoa de referência e colo dos mesmos. Sendo que os procedimentos de enfermagem comportam uma grande parte de causas de dor na criança hospitalizada, esta tornou-se uma das áreas onde incidiu grande parte da minha pesquisa bibliográfica no que respeita á dor.

Como refere Gaspardo et al (2005), a solução de sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimentos dolorosos, dois minutos antes do procedimento, na parte anterior da língua, podendo ser potenciado o seu efeito em simultâneo com outras medidas não farmacológicas, como sucção não nutritiva e colo.

As práticas respeitantes a esta área de intervenção por parte dos enfermeiros nos três serviços não eram homogéneas, especificamente no que respeita ao alívio da dor, posso atribuir este facto á falta de um protocolo de atuação no serviço, que poderia diminuir a existência de lacunas nesta área.

Muitas vezes deparei-me com situações em que o comportamento que as crianças maiores apresentavam não era coerente com o resultado da avaliação da dor, nestas situações regia-me pela classificação delas.

Objetivo

Promover a parceria de cuidados

Atividades

- Estabelecer um plano de cuidados em parceria com os pais
- Incentivar e envolver os pais na prestação de cuidados
- Negociar os cuidados com a criança/família

Reflexão:

Os pais são para as crianças o seu refúgio, a fonte de segurança e apoio, pelo que a sua permanência e participação nos cuidados contribuem efetivamente para uma diminuição do impacto que a hospitalização tem para a criança/família.

O modelo adotado pelas equipes de enfermagem do serviço de internamento de pediatria e do serviço de neonatologia do HSS é o de parceria de cuidados de Anne Casey. Permitiu que eu pudesse perceber em que consistia, comparar a prática com o que está descrito na literatura e fazer parte integrante desta forma de cuidar em pediatria.

Na filosofia do modelo de parceria de cuidados o enfermeiro assume os cuidados de enfermagem, quando necessários, incentivando os pais a realizarem cuidados que respondem às necessidades básicas da criança. O enfermeiro apenas deverá prestar cuidados básicos quando a família não apresentar capacidade que garanta a eficiência dos mesmos Casey (1993). *“Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar”.*(Ferreira, 2004:51)

Para Casey (1993), os cuidados centrados na família, em que os pais são prestadores ativos de cuidados à criança, assentam numa filosofia que reconhece os pais como os melhores cuidadores dos seus filhos.

O modelo de Parceria de cuidados foi criado por Casey em 1988 para ser implementado nos cuidados pediátricos, com o objetivo de promover a proteção do vínculo da criança com a família. A aplicação deste modelo numa Unidade Intensiva Neonatal promove o processo de vinculação entre os pais e RN e o desempenho do papel parental, preparando a família para a alta.

Neste estágio, tive a oportunidade de acompanhar dois RN/família desde o momento inicial, não na entrada do RN mas no momento da primeira visita dos pais. Consegui então promover a parceria de cuidados desde uma fase inicial e perceber e desenvolver competências de promoção gradual deste modelo. Com os restantes RN tive a possibilidade de dar continuidade ao trabalho já iniciado pelas colegas da equipa de enfermagem.

Aquando da visita dos pais ao RN e assim que estes se sentiam preparados, eram incentivados a permanecer perto do RN, a tocarem-no e falarem com ele, por ultimo a prestarem-lhes cuidados de forma gradual, respeitando sempre os tempo que necessitavam em todas as fases deste processo.

Aquando da visita dos pais ao RN e assim que estes se sentiam preparados, eram incentivados a permanecer perto do RN, a tocarem-no e falarem com ele, por ultimo a prestarem-lhes cuidados de forma gradual, respeitando sempre os tempo que necessitavam em todas as fases deste processo. Uma das características deste tipo de pais é a insegurança e o medo de poderem prejudicar o seu filho, aqui adotei sempre uma estratégia de reforço positivo, valorizando o que fazem bem, para que a autoconfiança pudesse crescer.

Penso que mesmo com instabilidade presente na maioria dos RN internados nesta unidade e a sua forte monitorização, durante o estágio pude observar que este modelo é bem aplicado no serviço de Neonatologia onde decorreu o estágio, os pais são incentivados a

prestar cuidados aos filhos nos momentos em que estão presentes. Enquanto nos serviços de internamento os pais permanecem as 24h com a criança e já são prestadores de cuidados ativos aquando da admissão da criança, no contexto de Neonatologia este é um processo que se vai construindo. Se no momento da admissão os cuidados são prestados maioritariamente pelos enfermeiros, ao longo do tempo esta realidade vai-se alterando, passando a serem os pais a prestarem cuidados familiares ao RN. Devido às especificidades deste tipo de RN e do estado emocional em que se encontra a família, neste contexto torna-se de extrema importância o incentivo aos pais.

No internamento pediátrico do HSS, uma vez que os pais permanecem as 24h com a criança, são participantes ativos na prestação de cuidados aos seus filhos, penso que o modelo de Parceria de Cuidados neste contexto é aplicado na íntegra. Os pais aqui eram vistos como parceiros no cuidar. Em todo o percurso de estágio os pais foram encorajados a permanecer junto das crianças e a prestar-lhes cuidados, sendo os cuidados destes não são só uma fonte de satisfação de necessidades básicas, mas também uma fonte de amor e proteção, que nenhum profissional consegue imitar.

Durante os diferentes contextos prestei cuidados centrados na família, sendo que os mesmos foram prestados aos pais centralizando-os na relação de ajuda, colocando-os á vontade e ouvindo as suas preocupações, com o intuito de apresentassem recursos emocionais que permitissem os cuidados aos seus filhos.

Objetivo

Promover a Parentalidade

Atividades

- Incentivei a interação dos pais/família com a criança
- Promovi a vinculação
- Transmisi conhecimentos e treinei os pais para os cuidados de higiene
- Ensinei acerca da prevenção de acidentes
- Incentivei a colocação do bebé á mama
- Ensinei sobre técnica da mamada
- Ensinei sobre vantagens do aleitamento materno
- Treinei a amamentação
- Ensinei sobre método de extração de leite materno e sua conservação
- Incentivei a extração do leite materno
- Incentivei a método canguru o mais cedo possível
- Ensinei técnica de alimentação por tetina

- Possibilitei aos pais o treino de alimentação por tetina
- Ensinei os sinais de stress do RN

Reflexão:

Em todos os contextos de estágio a promoção dos papéis parentais foram sempre uma preocupação, sempre que identificada a necessidade de intervenção nesta área do cuidar. Neste relatório vou debruçar-me mais profundamente no contexto de Neonatologia, uma vez que foi um dos campos de estágio onde a prevalência deste foco de enfermagem se tornou num grande desafio.

Torna-se focal que os pais façam o luto do bebé desejado para que possam adaptar-se ao bebé prematuro e iniciar o processo de vinculação (Canavarro e Rolim, 2006). Perante esta problemática vivenciada pelos pais tentei no decorrer do estágio incentiva-los á expressão de sentimentos e medos, com a finalidade de os ajudar no processo de luto do bebé idealizado. Tentei sempre que os pais tivessem a consciência que as reações emocionais que vivenciam são normais e essenciais para se poderem adotar e não se sentirem diminutos no papel parental (Canavarro e Rolim, 2006).

Existe um sentimento por parte dos pais de necessidade da prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, no entanto, sentem também a necessidade de eles próprios o fazerem (Barros, 2003). Foi sempre uma preocupação explicar aos pais o funcionamento e horários da unidade com a finalidade que estes pudessem organizar a sua vida familiar de forma a poderem estar presentes no momento da prestação de cuidados ao seu filho. Ao longo do internamento do RN tive o cuidado proporcionar espaços para que os pais pudessem prestar cuidados ao seu filho.

Jotzo e Poets (2005) afirmam que quanto mais informados estiverem os pais, acerca do RN, menor será a ansiedade provocada pela aparência e comportamento do mesmo. Com este intuito expliquei aos pais as características que o seu filho e as competências que iam sendo adquiridas.

A separação a que são sujeitos o RN e os pais logo após o nascimento interrompe bruscamente o processo de vinculação. Apesar de este não ser um processo momentâneo, o contacto precoce entre eles promove o seu desenvolvimento (Ferreira, M. M.C. e Costa, M.G.F, 2004). Neste sentido o enfermeiro apresenta um papel promotor e incentivador do processo de vinculação, através do toque e da integração nos cuidados ao seu filho.

A aproximação dos pais ao RN, através do toque, da voz e do contacto visual traz vantagens não só para estes mas também para o processo de desenvolvimento do próprio RN. Segundo Gomes, Pedro (1997) citado por Ferreira, M. M.C. e Costa, M.G.F (2004) “*Numa*

unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra ai e ai tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver”.

O método canguru é uma prática que é aplicada pela equipa de enfermagem deste serviço, dadas as suas vantagens para o desenvolvimento neuro sensorial do RN, promoção da amamentação e promoção da vinculação. Para Venâncio e Almeida (2004) este método é um tipo de assistência neonatal em que a mãe e o RN permanecem em contacto pele a pele por um período de tempo que ambos sentirem necessidade que têm como vantagens: estimular um contacto precoce entre o RN e os pais; Aumento do vínculo afetivo; aumento da produção de leite; promover o desenvolvimento físico e emocional do bebé; transmite calma e serenidade, pelo reconhecimento do batimento cardíaco e voz da mãe; Desenvolve no RN sentimentos de tranquilidade e segurança; facilita o controlo térmico, diminui as infeções hospitalares; alterações no comportamento de RN aumento dos períodos de sono, diminuição do choro e stress, e o conseqüente aumento do peso; provoca estabilização da FC e FR e aumenta as Sat. O₂; proporciona o aumento da confiança e das competências nos cuidados ao RN; diminui o tempo de internamento.

Como já referi anteriormente foi sempre uma preocupação incentivar o toque precoce dos pais ao RN, inicialmente os pais são incentivados a tocar os RN ainda dentro da incubadora. Assim que o RN deixava de necessitar do suporte do ventilador e/ou SPAP continuamente e se os pais eram incentivados á realização do método canguru. Era explicado aos pais em que consistia este método e as vantagens acima referidas a finalidade de diminuir os seus medos e receios, nomeadamente o medo de colocarem em risco o seu filho. Fui integrando os pais gradualmente nos cuidados ao RN, inicialmente na troca da fralda, participar na alimentação e no banho. Penso que com estas medidas contribui para a promoção do fortalecimento da vinculação.

Transversalmente a todos os estágios a amamentação foi um foco de interesse, a sua promoção foi um grande investimento, penso que com enfermeiros especialistas o suporte de apoio á família e a promoção da saúde dos mesmos devem constituir uma das grandes preocupações.

Em contexto de neonatologia pelo facto de o bebé não poder, na grande maioria das vezes, ser colocado á mama devido ao seu estado de saúde, por apresentar um grande gasto de energia e não apresentarem os reflexos de sucção e deglutição coordenados, constitui uma barreira ao sucesso do aleitamento materno. Para poder ultrapassar este obstáculo incentivei a extração do leite materno, fiz ensino às mães acerca de estratégias de potencializar o reflexo de ocitocina e de como manter a produção do leite materno, fiz ensino acerca das vantagens do leite materno e da conservação e manipulação do mesmo. Assim que estes bebés

apresentavam uma situação clínica que o possibilitasse, incentivava a mãe a levá-lo á mama, permanecendo junto para a poder apoiar e ajudar neste processo, era sempre explicado á mãe que as primeiras vezes o bebê poderia não fazer uma pega eficaz, que este poderia ser um processo demorado em que a persistência e perseverança da mão seriam fundamentais. Apesar de estar perto da mãe de uma forma acessível para lhe poder prestar apoio, tentava sempre deixar que a mãe e o bebê tivessem momentos só os dois, para que ambos pudessem se adaptar a esta nova fase e explorassem os laços que só os dois são capazes de criar.

Em contexto de urgência também tive a oportunidade de entrevir e incentivar ao aleitamento materno. No período de estágio recorreram 3 mães ao serviço de urgência com bebês com apenas alguns dias, em que a amamentação ainda não estava definitivamente instalada, apesar do motivo de recorrência ser outro, aproveitei a oportunidade para observar a mamada, puder ajudar estas mães/bebês na técnica de amamentação (pega, posicionamento), explicar-lhes quais os sinais que indiquem que os bebês estão a receber leite suficiente e as vantagens da amamentação. A minha intervenção incidiu também em bebês/mães que já apresentavam a amamentação estabelecida, elogiando-as e explicando as vantagens para o bebê de manter a amamentação o mais tempo possível, complementada a partir dos seis meses. Penso que em qualquer contexto de estágio o incentivo e apoio às mães que amamentam é possível desde que os profissionais estejam despertos e motivados para o fazerem.

O internamento recebia bastantes RN dos serviços de neonatologia e de obstetria, geralmente numa fase em que o aleitamento materno ainda não se encontrava completamente estabelecido. Dado isto entrevi com muita frequência com ensinamentos e treino acerca da posição adequada do RN, pega correta, bem como ensinamentos acerca da importância de amamentar em livre demanda, da importância da amamentação durante a noite, vantagens do aleitamento, etc., com a finalidade de contribuir para o estabelecimento da amamentação.

Ao longo do estágio, quando os pais prestavam os cuidados de higiene ao RN explicava-lhes os cuidados que deveriam ter com a pele do mesmo, quais os produtos mais adequados, assim como a técnica do banho mais adequada para prevenir uma perda excessiva de calor e gastos desnecessários de energia.

2.2 – Domínio da Gestão de cuidados

É exigido aos enfermeiros que desenvolvam todas as áreas de atuação de uma forma eficiente, incluindo a da gestão, uma vez que uma correta gestão dos recursos humanos e materiais traduz-se na resposta às necessidades do cliente, criando um ambiente de cuidados especializados, de qualidade e seguros. Este domínio encontra-se diretamente relacionado com o da prestação de cuidados, prove os recursos necessários para a prestação dos mesmos.

Competências

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem
- Zelar pelos cuidados prestados na área de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem
- Realizar gestão dos cuidados na área Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Objetivo

Conhecer a dinâmica de trabalho nos diferentes contextos de estágio

Desenvolver competências de Gestão de Cuidados

Atividades

- Proceder a uma visita ao serviço orientada pela tutora de forma a conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais;
- Consultar os protocolos do serviço
- Informar-me dos horários e procedimentos do serviço
- Observar o modelo de enfermagem adotado pelo serviço
- Compreendi a forma de articulação do serviço com outras unidades
- Compreendia as estratégias de recursos humanos e materiais nos diferentes contextos

Reflexão:

No início de cada estágio foi efetuada uma visita aos serviços guiada pelas orientadoras. Aproveitei o primeiro turno para conhecer os locais de acondicionamento e

armazenamento dos materiais e solicitei a explicação do modo de funcionamento dos serviços e os recursos humanos disponíveis.

A aproveitei os momentos mais livres para consultar e questionar a orientadora acerca dos protocolos e procedimentos. Nos três compôs de estágio não existiam protocolos instituídos, os que existiam eram comuns a todo o Hospital, e mesmo estes encontravam-se, na sua maioria desatualizados. No meu ponto de vista os protocolos e manuais de boas práticas são fundamentais para uma uniformização dos cuidados de enfermagem, pelo que em todos os contextos de estágio denotava-se que para o mesmo diagnóstico de enfermagem existiam diferentes formas de intervenção por parte dos enfermeiros.

No que respeita ao método de trabalho e modelo adotado pela equipa de enfermagem, no serviço de Neonatologia e Internamento, utilizava-se o método de trabalho individual. Na Neonatologia a cada turno era feita uma distribuição de RN a cada enfermeiro pela enfermeira responsável. No serviço de Internamento no final de cada turno era efetuada a distribuição das crianças/jovens pelos enfermeiros para o turno seguinte, por um dos enfermeiros do turno.

Em ambos os serviços supra citados, o modelo de enfermagem adotado é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Este modelo consiste na prestação de cuidados especializados pela enfermeira e o incentivo de prestação de cuidados básicos por parte da família. Apesar de definir cuidados a serem prestados pelo enfermeiro e família, este modelo, defende que o enfermeiro pode prestar cuidados familiares aquando da ausência de familiares e estes podem prestar cuidados especializados quando devidamente ensinados e treinados (Casey, 1993).

Foi uma preocupação saber como funcionavam os mecanismos de articulação entre os serviços. Na neonatologia foi proposto por mim à orientadora a possibilidade de poder acompanhar um parto de um prematuro e a sua transferência para a unidade, como não foi possível foi solicitado á orientadora que me explicasse os procedimentos que ocorriam, esta mostrou-se disponível e explicou-me de uma forma clara e bem pormenorizada. Tinha como objetivo perceber o papel do enfermeiro de cuidados pediátricos em todo este processo. Apesar de não ter observado e integrado este processo, fiquei elucidada acerca dos passos a serem seguidos e qual o papel do enfermeiro em todo o processo de transferência.

Como trabalho na área de influência do Centro Hospitalar sabia à priori que não existia nenhum tipo de articulação da Unidade de Neonatologia com os cuidados de saúde primários. Foi questionada a orientadora acerca deste aspeto que me explicou que já existia um projeto em curso entre ela e uma colega da especialidade, que tinha passado anteriormente por este campo de estágio e explicou-me em que consistia. É muito importante esta articulação, pois após a alta hospitalar o RN/família vão para o domicílio sendo o enfermeiro de Cuidados Primários que continuará o trabalho iniciado no hospital.

No decorrer do estágio na Unidade de Neonatologia tive a oportunidade de acompanhar e observar as atividades de gestão desempenhadas pela enfermeira responsável pelo serviço, especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na gestão dos recursos materiais, requisição de material e na validação diária do carro e material de emergência e gestão dos recursos humanos. Com esta observação foi possível perceber qual o papel do enfermeiro especialista na área da gestão de recursos materiais e humanos e de que forma estas funções influenciam a prestação de cuidados á criança/ família e a promoção de um ambiente seguro para os mesmos.

No HSS o aprovisionamento no que respeita à reposição de material de consumo clínico funciona por um sistema de crédito, em que é estabelecido um valor mensal e sempre que existe necessidade de material o valor é deduzido no respetivo crédito. Pude constatar que o material clínico é extremamente caro, daí que penso ser fundamental que o enfermeiro responsável sensibilize todos os profissionais para a importância da otimização dos recursos. Esta forma de reposição de material efetuado por um sistema de crédito contribui para uma maior consciencialização do consumo de material por parte dos profissionais, contribuindo desta forma para a minimização dos desperdícios dos mesmos.

Pude também observar diferentes estratégias de liderança nos diferentes serviços, sendo que apesar de todas apresentarem particularidades denota-se alguns aspetos comuns, que no meu ponto de vista são essenciais, como o estabelecimento de uma relação positiva com os restantes membros da equipa e capacidade de gestão de conflitos.

2.3 – Domínio da Formação

O enfermeiro deve utilizar os conhecimentos resultantes quer do processo educativo quer do desenvolvimento da profissão não só para a prática de cuidados, mas também para o processo de desenvolvimento de seus pares. Como vem referido, na carreira de enfermagem ao enfermeiro especialista compete “Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados (...)” e “ Colaborar nos projetos de formação (...).”

Competências

- Executar supervisão de exercício profissional na área de ESIP
- Colaborar na integração de novos profissionais
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros profissionais

Objetivos

Perceber o processo de supervisão clínica e integração de elementos novos na equipa

Atividades

- Promovi o desenvolvimento pessoal dos enfermeiros
- Colaborei na orientação dos alunos de licenciatura e na integração de um profissional sempre que fui solicitada

Reflexão:

Nos dias de hoje a prática de enfermagem vai na direção de uma prática de enfermagem avançada em vez de uma prática avançada de enfermagem, ou seja apresenta competências centradas numa perspetiva mais conceptual e consubstanciada em teorias de enfermagem, relações interpessoais que tem como base o diagnóstico e a assistência baseadas nas respostas humanas às transições vividas, em detrimento dos modelos biomédicos centrados no diagnóstico e tratamento da doença. Os enfermeiros que regem a sua atividade á luz de uma prática de enfermagem avançada, para além de apresentarem competências que lhe permitem gerir cuidados de maior complexidade, apresentam também competências no domínio da supervisão de cuidados e da investigação em enfermagem (Silva, 2007).

O conceito de supervisão teve uma evolução ao longo dos anos, decorrentes mudanças institucionais, alterações de políticas, preocupações sobre a responsabilidade, conceitos de revalorização social integrados na filosofia de enfermagem, mudanças educacionais para práticas reflexivas, etc.(Bond, 1998).

De uma forma geral, *“Não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática”* (Zeichner, 1993), ou seja a supervisão deve centrar-se na reflexão e não na avaliação de como se pratica. Para Cottrell, 2000 (citado por Pires 2004:5) as funções do enfermeiro supervisor *“consiste fundamentalmente em apoiar o desenvolvimento do profissional (seu par) ajudando-o a contornar dificuldades, a refletir sobre as práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade sendo o seu papel central a promoção da qualidade nas práticas”*.

Nos diferentes módulos de estágio tive a oportunidade de contactar com alunos da licenciatura, que apesar de terem os seus orientadores de estágio, por vezes me solicitavam para o esclarecimento de dúvidas. Nestas situações tentei por em prática os conhecimentos de supervisão adquiridos neste Curso de Mestrado e o modo de supervisão que observava nas orientadoras. Tentei sempre que estes alunos realizassem um processo de reflexão acerca da

problemática para que pudessem chegar ao desenvolvimento de estratégias para resolução destas, passando o meu papel pela orientação deste pensamento reflexivo.

No estágio de Neonatologia estava uma colega a ser integrada no serviço pela minha orientadora, pelo que tive a oportunidade de observar e refletir acerca da forma como o fazia. Para além disso a sua supervisão do meu estágio também foi fonte de reflexão por minha parte. Posso concluir que a linha de supervisão que a orientadora seguia para a integração da colega no serviço e a minha orientação no estágio seguiu a mesma filosofia. A supervisão efetuada assentava sem dúvida sobre uma prática reflexiva e ia de encontro á definição de enfermagem avançada.

Esta reflexão acerca do papel do enfermeiro supervisor contribui para o desenvolvimento de competências de supervisão que pretendo reportar para o meu contexto de trabalho.

Durante os diferentes módulos de estágio fui trocando experiências e conhecimentos adquiridos segundo uma pesquisa bibliográfica, análise de artigos e experiência profissional, com os pares e outros membros da equipa multidisciplinar. Com esta troca penso ter saído uma pessoa e profissional mais enriquecida e penso também ter contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais em questão.

Durante os estágios fui observando a prática de supervisão pelos enfermeiros especialistas, até mesmo da realizada comigo durante o estágio, a fim de poder perceber como se processa a fim de desenvolver competências nesta área e poder reportar para uma prática futura. Posso concluir que os momentos de estágio em que surgiram trocas de experiências profissionais e de conhecimentos me fizeram desenvolver como pessoa e profissional, uma vez que me fizeram refletir acerca das temáticas e me levaram a pesquisas bibliográficas e de artigos científicos com a finalidade de aprofundamento de conhecimentos. Posso dizer que, sem dúvida, a promoção da reflexão por parte do supervisor contribui para a construção de um profissional mais capaz, uma vez que o torna um profissional com vontade em construir a sua prática numa busca de conhecimento constante.

Penso ter conseguido desenvolver competências na área da supervisão clínica, de colaboração na integração de novos elementos e ter contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais com quem tive contacto ao longo dos estágios.

Competências

- Formular e analisar questões/problema de maior complexidade relacionados com formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros
- Identificar necessidades formativas na área da Saúde Infantil e Pediatria
- Promover formação em serviço na área da Saúde Infantil e Pediatria
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes prestativas sobre os problemas de saúde com que se depara

Objetivos

Desenvolver competências na formação á equipa de Enfermagem

Atividades

- Reuni com a enfermeira responsável pela área de formação
- Analisei os planos de formação
- Identifiquei necessidades de intervenção na área da formação
- Realizei formação em serviço sobre o Aleitamento Materno

Reflexão:

Com o intuito de cumprir um objetivo de estágio e aperfeiçoar uma competência, que segundo a OE (2003), inerente a um dos domínios de atuação do enfermeiro de cuidados gerais, desenvolvi uma sessão de formação para pares.

No estágio de Internamento após uma observação informal acerca da amamentação deparei-me com a transmissão de informação por parte dos enfermeiros não era transmitida de igual forma, gerando nestas confusão e dúvidas.

Após observação e reflexão acerca das necessidades formativas da equipa de enfermagem do internamento de pediatria, surgiu o tema “Aleitamento Materno” e “Gestão da dor em Pediatria”, procedi á consulta do plano de formação existente no serviço e verifiquei que a temática da dor tinha recentemente sido abordada e o aleitamento materno não. Foi então proposto à enfermeira orientadora do estágio e à enfermeira responsável pela formação a realização de uma sessão de formação a pares sobre a temática do Aleitamento Materno, que acharam pertinente.

Á posteriori foi desenvolvida a planificação (Anexo VI) da sessão (Anexo VII), tendo como base uma pesquisa bibliográfica acerca do tema em questão que culminou num trabalho escrito em PowerPoint. Foi realizada a sessão no dia 23 de novembro de 2011 pelas 14h na sala de reuniões do serviço de pediatria do CHEDV, com uma duração aproximada de 30 min e contou com a presença de 3 enfermeiros que demonstraram interesse pelos conteúdos abordados e participaram ativamente com a partilha de experiências. No final da sessão foi colocado um questionário de avaliação da sessão que serviu de base para a realização da avaliação (AnexoVIII) da mesma. A quando da realização da avaliação refleti acerca dos pontos fortes da mesma, assim como os pontos a serem melhorados, com o intuito de melhorar as minhas competências na área da formação.

Com a realização desta sessão para pares penso ter desenvolvido competências e analisado questões/problemas e comunicar aspetos de maior complexidade, como é o aleitamento materno, de âmbito académico e profissional, identificar necessidades e promover formação em serviço.

2.4 – Domínio da Investigação

Os enfermeiros têm vindo a demonstrar uma maior vontade de desenvolver os seus conhecimentos e a sua aplicação na prática dos cuidados. Dada a importância que este domínio representa para a evolução da enfermagem a carreira de enfermagem inclui-o no seu conteúdo funcional, “utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para melhoria dos cuidados de enfermagem” - Dec. Lei 437/91 de 8 de Novembro (artº7º).

Competências

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto os enfermeiros quanto ao público em geral
- 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

Objetivo

Incorporar dados provenientes da evidência científica na assistência à criança/família.

Atividades

- Partilhar experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem
- Pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos sobre diferentes temáticas cujos resultados foram aplicados na prática
- Incorporar na prática resultados da investigação válidos e recentes
- Refletir acerca das implicações da investigação na prática baseada na evidência

Reflexão:

A pesquisa bibliográfica segundo Marconi e Lakatos (1996), consiste na análise do que já foi produzido sobre determinado assunto assumido como tema de pesquisa científica, pelo que a pesquisa bibliográfica não é uma repetição do que já foi escrito, mas sim uma análise com uma nova abordagem, levando a conclusões próprias.

Penso que o enfermeiro pode estar envolvido na investigação, não só quando faz parte da equipa de investigação mas também quando utiliza os resultados da investigação e a reporta para a sua prática. Foi neste sentido que desenvolvi as competências acima referidas.

Para a concretização dos diferentes estágios, como trabalho numa realidade diferente daquela encontrada, senti a necessidade de fazer uma pesquisa que complementasse os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da do presente Curso de Mestrado. Com o objetivo de tornar a minha prática mais adequada e prestar cuidados de qualidade á criança/jovem e família.

Um dos temas que exigiu uma aprofundada procura de conhecimentos atualizados, foi o aleitamento materno e o impacto da hospitalização

O aleitamento materno, Impacto da hospitalização e a parceria de cuidados foram alvo de uma profunda pesquisa e análise, para poder prestar cuidados de qualidade baseados nas evidências científicas. Muitos foram os artigos consultados e analisados, com os quais pude aprofundar conhecimentos nestas áreas de intervenção de enfermagem, pelo que passo a descrever alguns.

Sendo o aleitamento materno uma área de intervenção de enfermagem, transversal a todos os contextos de estágio, desde logo suscitou em mim um interesse de querer saber mais, tornando-se área de intervenção para a qual direcionei a minha intervenção. Esta área de intervenção captou desde o início do estágio por ser considerada *“um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo”*(Sarafana, 2006:9), sendo que o apoio, promoção e proteção do aleitamento materno é uma prioridade de saúde pública, responsabilizando o poder político e as instituições, e dos profissionais em seguida,

com a responsabilidade de apoiar a mãe e o bebê. A amamentação requer uma “ cadeia quente de apoios, ou seja, cuidados profissionalizados que permitam às mães ganhar confiança e lhes mostrem o que fazer e as protejam das más práticas”. (Aguilar, 2005:1).

Sendo a lactação insuficiente, segundo o descrito pela literatura, um dos fatores, mais frequentes de desmame precoce, surgiu a necessidade de uma busca aprofundada da literatura para poder intervir de forma assertiva nas causas que precipitam desta. Um dos artigos em que pude aprofundar os meus conhecimentos foi no “Lactação insuficiente: Uma proposta de atuação do enfermeiro” de Gaiva (2007). Este estudo aponta como principais causas de lactação insuficiente aos erros na técnica de amamentação, introdução precoce de biberões ou outros alimentos na alimentação do bebê e a ansiedade e stress materno. Desta forma este artigo aborda ações de enfermagem que levam a uma prática de cuidados que levem à prevenção da hipogalactia e conseqüente desmame precoce.

Sendo que a estimulação do aleitamento materno em contexto de neonatologia, devido às especificidades do RN prematuro, torna-se um grande desafio, uma vez que as barreiras são muitas e o enfermeiro torna-se o profissional mais apto para poder ajudar as mães a ultrapassá-las. Surgiu então a necessidade de perceber quais as reais dificuldades sentidas pelas mães, para melhor poder adequar a intervenção à prática. Um dos artigos analisados foi “Amamentação de prematuros em unidade neonatal: a vivência materna” de Gorgulho F.R e tal (2008).

Penso que nos diferentes contextos de estágio, em especial no serviço de Internamento e Neonatologia, pude contribuir para a prevenção desta problemática, contribuindo para o sucesso da amamentação.

Podemos constatar que com a situação de doenças as crianças demonstram alterações físicas e emocionais, sendo que a doença exigindo internamento estas tendem a piorar a sua situação emocional. No sentido de minimizar o impacto desta nas crianças utilizei muitas vezes a brincadeira na interação com ela, um dos artigos que me despertou interesse foi “Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde” de Mitre e Gomes (2004) que aborda o significado que o brincar apresenta para os profissionais de saúde e de como pode ser um instrumento utilizado para proporcionar à criança oportunidade de escolhas e a uma linguagem que é do seu domínio. O brincar também permite uma continuidade da experiência de vida da criança e da normalidade social na qual ela se insere. Penso que ao atuar desta forma estou a contribuir para que a criança possa ser um agente ativo do seu tratamento.

A parceria de cuidados tornou-se assim num desafio, pelo que sem dúvida o estudo aprofundado acerca do modelo de parceria de Cuidados de Anne Casey, suportando este estudo, análise e reflexão em “Development and Use of Partnership Modelo f Nursing Care”

(1993) e “Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo” de Ferreira e Costa (2004), tendo estes contribuído para a percepção do modelo de parceria de cuidados e qual o papel do que o enfermeiro deve desempenhar em todo este processo. Desta forma fundamentei a minha atuação neste modelo de cuidar em todos os contextos de estágio e que reporte para o meu contexto profissional.

Investigação é “um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, (...) tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos.”(Fortin 2009). Ao longo do estágio fui sempre consultando artigos acerca de estudos realizados abordando temáticas relacionadas com a realidade do estágio, com a finalidade de fundamentar a prática, baseando-a na evidência.

3 – Conclusão

Sem dúvida que o percurso formativo no Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim como o estágio nos diferentes módulos, contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e competências que possibilitaram uma maior compreensão do cuidar em enfermagem na área da SIP. Posso dizer que adquiri competências na área da Investigação, formação e supervisão, gestão de cuidados e para poder responder de forma mais assertiva a questões de maior complexidade. A experiência de assistir crianças/jovens e suas famílias nos diferentes contextos dos cuidados de saúde contribui para um enriquecimento profissional e pessoal.

O presente relatório teve como principal objetivo descrever as aprendizagens desenvolvidas e permitiu uma retrospeção e reflexão acerca do caminho percorrido. Tendo este como fio condutor os objetivos gerais do plano de mestrado, as competências definidas pela universidade, os objetivos pessoais assim como as respetivas atividades desenvolvidas, refletindo acerca do percurso de estágio.

Várias competências nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro encontravam-se numa fase inicial de desenvolvimento no decorrer da minha experiência profissional, no que concerne à prestação de cuidados primários à criança/jovem e família, pelo que foi concedida a creditação ao respetivo Módulo de Estágio. Estas competências nunca foram dadas como adquiridas pelo que durante os estágios respeitantes aos restantes módulos estas foram aperfeiçoadas e as restantes iniciaram assim um processo de desenvolvimento.

Sendo o domínio da Prestação de Cuidados a essência da prestação de cuidados foi sempre uma preocupação o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais, aquisição e incorporação na prática de conhecimentos científicos atualizados de forma a tomar decisões fundamentadas na evidência científica que me permitisse a utilização de uma metodologia de trabalho adequada e a prestação de cuidados de qualidade.

O domínio Gestão dos cuidados é uma área, não menos importante de intervenção do enfermeiro, pois uma adequada gestão dos recursos humanos e materiais permite dar resposta às necessidades da criança/Jovem e família, criando um ambiente de qualidade e seguro.

A Formação torna-se essencial uma vez que a enfermagem está diante do surgimento de grandes mudanças a nível científico, tecnológico e social, permitindo ao enfermeiro um crescimento profissional e pessoal.

A investigação tem crescido na enfermagem, uma vez que o seu desenvolvimento tem dado maior visibilidade à profissão, contribuindo para o aumento de conhecimentos próprios.

Como futura enfermeira especialista pretendo incorporar na minha prática conhecimentos científicos aprofundados, apresentar responsabilidade social e ética, refletir constantemente acerca da prática, com o intuito de detetar aspetos a serem melhorados, procurando uma atualização constante.

4 – Referências Bibliográficas

- Aguilar Cordero, M.J; Gómez Garcia, C.I, Varga Gámez,P.(2005). Promoción de la lactancia materna:Vantajas y causas de abandono. In M.J Aguilar Cordero, *Lactancia Materna*. Madrid. Elsevier.
- Armelin, C.B; Wallau, R.A; Sarti, C.A, Pereira, S.R - A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, V.15, nº2 (Agosto) 2005.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. (2º Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bond,M.H.S. (1998). *Skills of clinical Supervision for Nurses: a practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers*. Buckingham: OPEN UNIVERSITY PRESS.
- Canavarro, M.C; Rolim, L. (2006). Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. In Canavarro, M.C. (coord). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Casey, A. (1993). Development and use of partnership model of nursing care. In Glasper, E. A.; Tucker, A. *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular informativa nº14_ DGS/2010
- Ferreira, M. M.C; Costa, M.G.F (2004). Cuidar em Pediatria: Subsídio para a vinculação pais/ bebês pré-termo. Instituto Politécnico de Viseu, série nº30.
- Feuerwerker L.C.M; Cecílio L.C.O.(2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e saúde coletiva*, vol.12, Nº4.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação*. Lisboa:Lusodidacta.
- Gaíva, M. A.M; Medeiros, L.S. (2006). Lactação insuficiente uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciência, cuidado e Saúde*. Maio-Agosto.
- Gasparo, M.;Linhares, B.; Martine, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de pediatria*, vol.81, nº6.
- Gonçalves, J.C.M (2003). A criança maltratada - O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos.(2ªed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gorgulho, F. R; Pacheco, S.T.R (2008). Amamentação de prematuros em unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anne Nery Revista de Enfermagem*, Vol.12, Nº1

- Hockenberry, M; Wilson e Winkelstein (2006). *Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- International Council of Nurses (2002). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva:ICN
- International Council of Nurses (ICN).2005. *International Classification for Nursing Practice – ICNP version 1*. Geneva;
- Jotzo, M; Poets, C. F. (2005). *Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma Preventive Psychological Intervention*. *Pediatrics*.
- Macphail, E.(2001). *Panorâmica da enfermagem e urgência*. In Sheehy,S. *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (p.3-8). Camarate: Lusociência.
- Marconi, M.A; Lakatos, E.M (1996). *Técnicas de pesquisa*. Atlas 3º edição, São Paulo
- Menezes, M e Fernande. (2006). *Satisfação dos pais face ao atendimento de enfermagem no serviço de urgência pediátrica*. (Monografia realizada no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem). Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. [consultado a 22-12-2011] disponível em: <http://www.citma.pt/Uploads/Dino%20Fernandes.pdf>
- Mitre, R.M e tal (2004); Gomes,R (2004). *Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde*. *Ciências & Saúde Colectiva*, Vol.9, Nº1
- Nunes, F.M.(2007). *Tomada de decisão de Enfermagem em emergência*. *Nursing*.nº219 (Abril).
- Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Proposta aprovada em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.
- Portugal. DGS – Programa Nacional e Vacinação 2012. Lisboa
- Quality Assurance Agency for Higher Education (2001) – *Benchmark Statement: Health Care Programs – Phase 1- -Nursing*. Gloucester. [consultado a 26-02-2012] disponível em: <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/nursing.pdf>
- Riley, J.B. (2204). *Comunicação em Enfermagem*.(4º ed.). Loures: Lusociência.
- Sarafana S, A. F., Tavares A, Soares I, Gomes A (2006). *Aleitamento Materno: evolução na ultima década*. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37.
- Silva, A. P. (2007). *Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina servir 55*.
- Silva, A.P. (2007). *Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*, V. 55, nº01-02, (Janeiro Abril).

Venancio, S.I.; Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. V.80, nº5.

Viana, D.L; Dupas, G.; Pedreira, M.L.G. (2006) Avaliação da dor na criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria* (São Paulo), nº28 (Abril).

World Health Organization (WHO) (1996).- Care in normal birth: a practical guide. Geneva,.

Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva dos professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

Legislação consultada

Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro (artº7º) – Estatuto da Carreira de Enfermagem

Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro (artº7º) – Estatuto da Carreira de Enfermagem

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro

Regumento 122/2011 de 18 de Fevereiro

Anexo I – Contextualização dos Locais de estágio

Contextualização dos Locais de Estágio dos Módulos II e III

O Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E (CHEDV) é constituído por três unidades distintas localizadas em pontos geográficos distintos, Santa Maria da Feira, São João da Madeira e Oliveira de Azeméis. A formação do Centro Hospitalar é relativamente recente, acontecendo na sequência da remodelação proposta pelo Ministério da Saúde, em 2009. Ante da remodelação, estas unidades funcionavam de forma autónoma e independente correspondendo a três hospitais locais – Hospital São Sebastião, Hospital Distrital de São João da madeira e Hospital São Miguel.

Na atualidade, a área geográfica de influência do CHEDV é constituída pelos conselhos de Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Arouca, vale de Cambra, Ovar e algumas freguesias de castelo de Paiva. Segundo o publicado no site do CHDV passou a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes. Números impressionantes que, inevitavelmente, conferem á instituição uma enorme responsabilidade Social.

Internamento de Pediatria

O serviço de Pediatria do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga corresponde ao serviço de cirurgia e medicina responsável por todos os indivíduos dos 0 aos 17 anos e 364 dias em contexto de doença aguda e crónica. Este serviço apresenta capacidade para 34 internamentos, 16 para lactentes até à idade escolar, 10 para a idade escolar até aos 17 anos e 364 dias e três de isolamento. Apresenta ainda uma unidade de berçário, com capacidade para 5 internamentos com necessidade de vigilância e cuidados neonatais, provenientes dos serviços de obstetrícia e Neonatologia Nesta unidade são admitidos crianças/jovens em contexto de doença aguda, crónica e cirúrgica e são provenientes essencialmente do serviço de urgência pediátrica e consulta externa.

Neste serviço é permitida a presença 24h de um acompanhante e mais uma visita no período das 8h às 21h.

A equipa por turno é composta por 4 enfermeiros no turno da manhã e 3 nos restantes turnos.

A metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método individual, os registos são efetuados manualmente no processo individual do doente e na preparação de medicação é usado o sistema de unidose.

O modelo de trabalho adotado é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Neonatologia

O serviço de Neonatologia encontra-se situada na unidade de Santa Maria da Feira, Hospital São Sebastião, e comporta cuidados intensivos e intermédios.

Este serviço apresenta capacidade para 10 internamentos, quatro de cuidados intensivos, 5 de cuidados intermédios e 1 de isolamento. São admitidos RN de risco com necessidades de monitorização contínua e necessidade de cuidados especializados, provenientes essencialmente dos serviços de Obstetrícia e Núcleo de Partos. O RN pode ser acompanhado por 2 pessoas, geralmente a mãe e o pai, das 8h às 24h. No período das 16h às 21h pode ser visitado por duas pessoas acompanhadas por um dos pais. A equipa por turno é composta por 4 enfermeiros no turno da manhã e 3 nos restantes turnos.

A metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método individual, os registos são efetuados manualmente no processo individual do doente e na preparação de medicação é usado o sistema de cartões.

O modelo de trabalho adotado é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço de Urgência Pediátrica situa-se na unidade de Santa Maria da Feira, no Hospital São Sebastião e presta cuidados urgentes a clientes dos 0 aos 17 anos e 364 dias. O serviço comporta quatro gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de nebulização, um gabinete de triagem, um gabinete de enfermagem, um quarto de isolamento e uma unidade de internamento (com capacidade para 7 internamentos). A equipa é constituída por quatro pediatras, duas enfermeiras no turno da manhã e três nos restantes, uma assistente operacional no turno da manhã e da noite e duas no turno da tarde.

O sistema de triagem utilizado respeita o protocolo próprio do serviço, onde prevalece a observação direta e a informação fornecida pela criança/acompanhante. Com a informação e no conteúdo observado é definida a prioridade de atendimento, em que os prioritários são triados para a “pediatria” e os de menos prioritários para “gabinetes urgentes”. Os que são triados para a “pediatria” aguardam por observação no interior do serviço e os triados para “gabinetes urgentes” aguardam numa sala de espera exterior.

Cada criança tem direito a ter um acompanhante permanente, podendo este revezar-se.

Anexo II – Sessão “Aleitamento Materno” realizada no Serviço de Neonatologia do CHEDV

PLANO DE SESSÃO

Formadores: Catarina Pereira Eijido.....Local: Neonatologia do HSS

Data(s): 27/01/2012 **Horário:** 14:00**Duração da Sessão:** 30 minutos

População Alvo: Pais de Recém-nascidos internados na Neonatologia do HSS

Tema da Sessão: Aleitamento Materno

Objectivos Gerais da Sessão: Promove o Aleitamento Materno



Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Actividades	Recursos	Duração	Avaliação
<p>Introdução</p> <p>Que no final da sessão de formação pais sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer as Vantagens do Aleitamento Materno Percebam as transições do LM Percebam as desvantagens do LA 	<p>Vantagens do Aleitamento Materno</p> <p>Composição do LM</p> <p>Perigos do LA</p>	<p>Método Expositivo e Interrogativo</p> <p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>1. Introdução ao tema.</p> <p>2. Comunicação dos objectivos da sessão.</p> <p>3. Exposição dos conteúdos técnicos</p>	<p>Computador</p> <p>Videoprojector</p> <p>Panel de Projectão</p> <p>Voz</p>	<p>5 min.</p> <p>15 min.</p>	<p>Observação</p> <p>Observação</p>
<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> Percebam os Reflexos presentes na Amamentação Adquiram capacidade para a extração e conservação do LM 	<p>Fisiologia da Mama</p> <p>Extração LM</p> <p>Conservação do LM</p>	<p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>5. Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>6. Questionário de avaliação da sessão.</p>	<p>Computador</p> <p>Videoprojector</p> <p>Panel de Projectão</p> <p>Voz</p> <p>Canetas</p> <p>Questionários</p>	<p>10 min.</p>	<p>Observação e Questionário de Avaliação</p>
<p>Conclusão</p>						

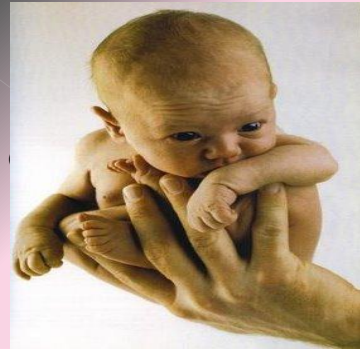


Objetivos

- ◉ Atualizar conhecimentos inerentes ao aleitamento materno;
- ◉ Sensibilizar para a importância do aleitamento materno;
- ◉ Adquirir conhecimentos sobre anatomo-fisiologia da lactação.
- ◉ Adquirir conhecimentos sobre a extração e conservação do leite materno.

Vantagens da Amamentação

- ❖ De fácil digestão;
- ❖ Tem as quantidades ideais de nutrientes, vitaminas e fatores de crescimento;
- ❖ Favorece o vínculo materno;
- ❖ Os bebés choram menos e desenvolvem-se mais rapidamente;
- ❖ Protege a saúde da mãe;
- ❖ Económico;
- ❖ Protege de uma gravidez se der materno exclusivo;



Composição do Leite Materno

- ◉ Colostro → Espesso, de cor amarelada ou transparente
- Rico em anticorpos
- Elimina o mecónio
- Ajuda na prevenção da icterícia
- Ajuda na maturação intestinal, previne alergias e intolerância alimentar
- Previne doenças oculares (rico em vit. A)



Composição do Leite Materno

◉ Leite Maduro

Leite Inicial:

- É produzido no início da mamada
- Cor azulada
- Rico em proteína, lactose e nutrientes
- Fornece toda a água que necessita

Leite Final:

- É produzido no final da mamada
- Leite mais branco
- Rico em gordura que dá saciedade
- Fornece grande parte da energia de uma mamada

Perigos do Leite Artificial

- ❖ Infecções respiratórias;
- ❖ Desnutrição e deficiência de vit. A;
- ❖ Diarreia prolongada;
- ❖ Maior risco de alergia e intolerância ao leite;
- ❖ Aumenta o risco de contrair doenças crónicas;
- ❖ Risco de obesidade;
- ❖ Desenvolvimento intelectual mais baixo;
- ❖ Mortalidade infantil mais elevada;

Fisiologia da Mama

- ◉ Existem 2 hormonas envolvidas na produção e na ejeção do leite:
- ❖ Prolactina – Responsável pela produção do leite
- ❖ Ocitocina – Responsável pela libertação do leite

Reflexo da Prolactina



Reflexo da Prolactina

Quanto mais o bebê mama ou é extraído leite mais é produzido

A prolactina é segregada em maior quantidade há noite pelo que amamentar ou extrair à noite é de extrema importância para manter e aumentar a produção de leite materno

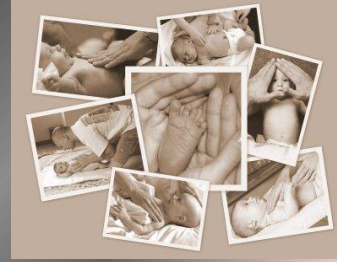
Reflexo de Ocitocina



Reflexo de Ocitocina

- ✓ Sensação de formiguelo ou picada nas mamas antes de amamentar o bebé ou durante a mamada;
- ✓ Leite a pingar das mamas quando pensa no bebé ou o ouve a chorar;
- ✓ Leite a pingar da outra mama quando o bebé está a mamar;
- ✓ Dor abdominal devido a contracções uterinas e saída de sangue uterino, durante as mamadas ou extração de leite na primeira semana pós-parto;

Estimulação de reflexo de Ocitocina



- Ajudar a mãe psicologicamente:
 - Desenvolver autoconfiança
 - Tentar reduzir possíveis fontes de dor ou ansiedade
 - Ajudar a pensar no bebê
- Manter o contacto pele a pele se for possível
- Aquecer as mamas (banho ou compressas de água morna)
- Estimular os mamilos (puxar ou rodar delicadamente os mamilos entre os dedos)

Estimulação de reflexo de Ocitocina



- Massajar ou estimular as mamas:
 - Passar os dedos ou um pente nas mamas
 - Pressionar delicadamente a mama com a mão fechada na direcção do mamilo
- Massagem nas costas
 - Sentada confortavelmente e inclinada sobre uma mesa com a cabeça apoiada nos braços. Com as mamas penduradas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares com movimentos rotativos dos dois lados da coluna, de cima para baixo, do pescoço até às omoplatas, durante dois ou três minutos.

Extração de leite materno

A extração de leite materno pode ser de extrema importância para iniciar ou continuar a amamentação.

Exemplos:

- Alimentar um bebê que apresenta descoordenação na sucção
- Alimentar um bebê de baixo peso ou doente que não pode mamar

Extração de leite materno

O leite deve ser extraído mediante a frequência com que o bebê mamará ou pelo menos de 3 em 3h.

Escolha um local calmo e o momento adequado.

O recurso a estratégias de estimulação do reflexo de ocitocina e determinação da mãe são fundamentais

Inibidor do Leite Materno

- ⦿ Há uma substância no leite materno que pode reduzir ou inibir a produção de leite. Se o leite é removido por sucção ou extração, o inibidor também é removido e a mama produz mais leite.
- ⦿ Este mecanismo ajuda a compreender que:
 - ✓ Se um bebê parar de mamar numa mama, esta pára a produção de leite;
 - ✓ Se um bebê mama mais de uma mama, esta produz mais leite e fica maior que a outra;
 - ✓ Para que a mama continue a produzir leite, o leite que ficou na mama deve ser extraído;
 - ✓ Se o bebê não pode mamar o leite deve ser extraído para que a produção continue;

Conservação do leite Materno

- O leite materno pode ser conservado no frigorífico ou no congelador em recipientes Adequados.
- O leite pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico.
- Não acondicione leite recém extraído com leite já frio ou congelado.

Conservação do leite Materno

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA	
LEITE RECÊM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
A temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4° C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10° C)	3/5 dias*
*Se temp. >5°C depois 3º dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

Descongelação do leite Materno

- O leite deve ser preferencialmente descongelado de forma lenta, dentro do frigorífico.
- Caso seja necessário uma descongelação mais rápida pode-se colocar o recipiente em água corrente, primeiro fria e depois morna e deve ser consumido de imediato.

Administração do Leite Materno

- ◉ O leite materno após repouso fica dividido em duas camadas, a inferior aquosa e a superior espessa. Antes de ser consumido deve ser agitado suavemente até as duas partes se misturarem.
- ◉ Pode ser dado ao bebé á temperatura ambiente ou

Bibliografia

- ❖ Gaíva, Maria Aparecida; Medeiros, Leodiana da Silva. Lactação insuficiente: Uma proposta de actuação do enfermeiro. Revista Ciência Cuidado e Saúde, V.5, n. 2, p. 255-262, maio/agosto de 2006.
- ❖ Levy, Leonor; Bértolo, Helena. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Lisboa. 2007
- ❖ Mariano, Grasielly Jeronimo dos santos. Relactação: Identificação e práticas bem sucedidas. Revista de Enfermagem Referência, III série, n. 3, p.163- 170, Março de 2011.
- ❖ Vaucher, Ana Luiza; Durman, Solânia. Amamentação: Crenças e Mitos. Revista electrónica de Enfermagem, Vo7,n o2, p.207-214, 2005.



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

Avaliação

Aleitamento Materno 27 de Janeiro de 2012

Realizado Por:

Catarina Pinto

Santa Maria da Feira, 27 de Janeiro de 2012

1. POPULAÇÃO-ALVO

A formação teve como população-alvo os pais de recém-nascidos internados na unidade neonatologia do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga.

2. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (QUESTIONÁRIOS)

Esta sessão de educação para a Saúde contou com a presença de 4 quatro pais. Estes participantes contribuíram de forma positiva para a qualidade da sessão, uma vez que todos se envolveram forma cativa na ação, intervindo pertinentemente com questões e experiências pessoais.

No final a sessão foi fornecido um questionário de avaliação, ao qual todos os participantes responderam. Este questionário era composto por 6 itens, cada um destinado a avaliar aspetos específicos desta ação (Interesse da Temática; Transparência da Informação; Recursos Utilizados; Capacidade de motivação dos formandos; Estruturação e clareza da sessão; e, por último, Cumprimento dos objetivos da sessão). Cada item apresentava 4 hipóteses de resposta aos participantes, organizados na seguinte gradação: Excelente; Bom; Médio; Fraco). De seguida, apresentam-se todos os resultados obtidos, que serão alvo de uma análise e reflexão no final deste relatório de avaliação.

Interesse da Temática

O primeiro item pretendia avaliar o interesse da temática abordada na sessão de avaliação. Conforme se pode observar no Gráfico 1, 100% (n=4) dos participantes consideram este ponto como Excelente, tendo todas outras possibilidades de resposta correspondido a 0% (n=0) dos participantes.

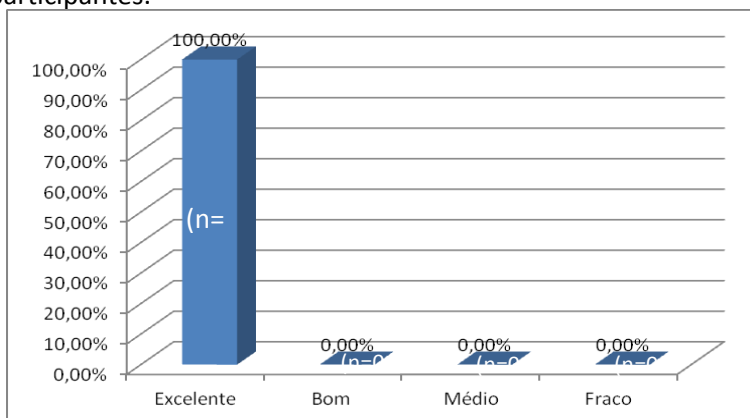


Gráfico 1: Interesse da Temática

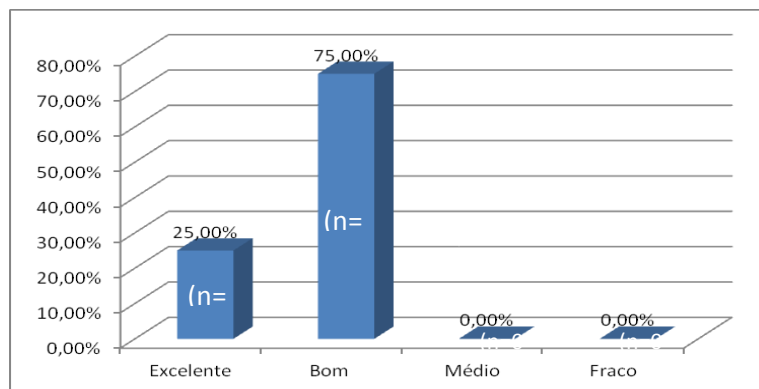
Transparência da Informação Transmitida

O segundo item pretendia avaliar a transparência da informação transmitida na sessão. Os resultados demonstram que 75% (n=3) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 25% (n=1) consideraram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 2).



Gráfico 2: Transparência da Informação**Recursos Utilizados**

O terceiro item pretendia avaliar os recursos utilizados durante a sessão (exemplo, meios audiovisuais). Os resultados demonstram que 25% (n=1) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 75% (n=2) consideram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 3).

**Gráfico 3: Recursos Utilizados na Sessão****Capacidade do Formador para suscitar e manter o interesse dos Formandos**

O quarto item pretendia avaliar a capacidade do formador para suscitar e manter o interesse dos formandos ao longo da formação. Os resultados demonstram que 100% (n=4) dos participantes consideraram este ponto Excelente. Ninguém classificou este ponto abaixo de Excelente (como Bom, Médio ou Fraco. (Gráfico 4).

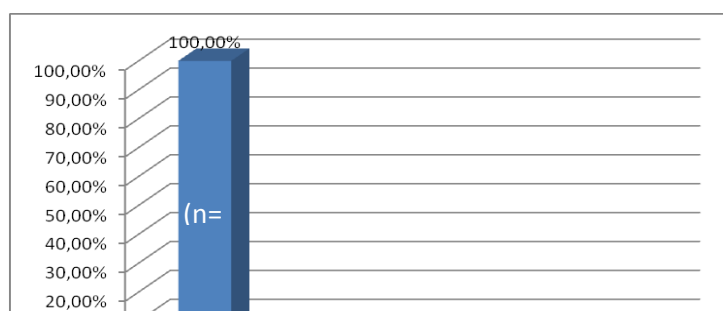
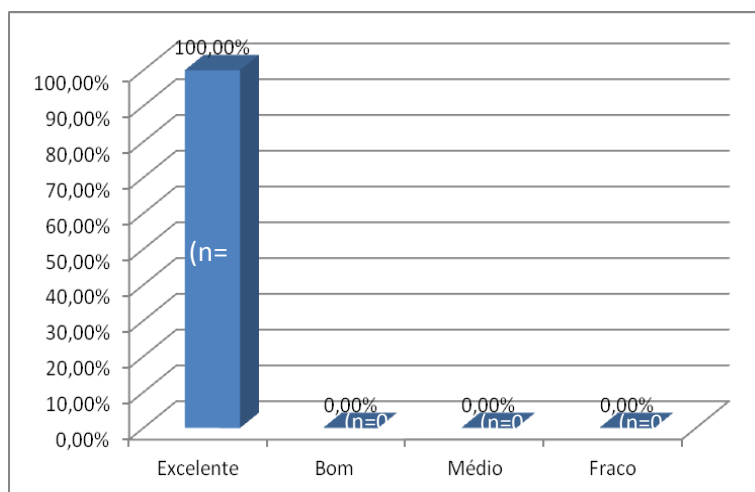


Gráfico 4: Capacidade do formador para manter o interesse e empenho dos participantes

Clareza e Estruturação da Sessão

O quinto item pretendia avaliar a clareza, organização e estruturação sequencial dos conteúdos da sessão. Os resultados demonstram que 100% (n=4) dos participantes consideraram este ponto Excelente. Ninguém classificou este ponto como Bom, Médio ou Fraco. (Gráfico 5).

**Gráfico 5: Clareza e Estruturação da Sessão**

Cumprimento dos Objetivos

O sexto item pretendia avaliar a sessão, tendo em conta o atingimento de todos os objetivos previstos. Os resultados demonstram que 100% (n=4) dos participantes consideraram este ponto Excelente. Ninguém classificou este ponto como Bom, Médio ou Fraco. (Gráfico 6).

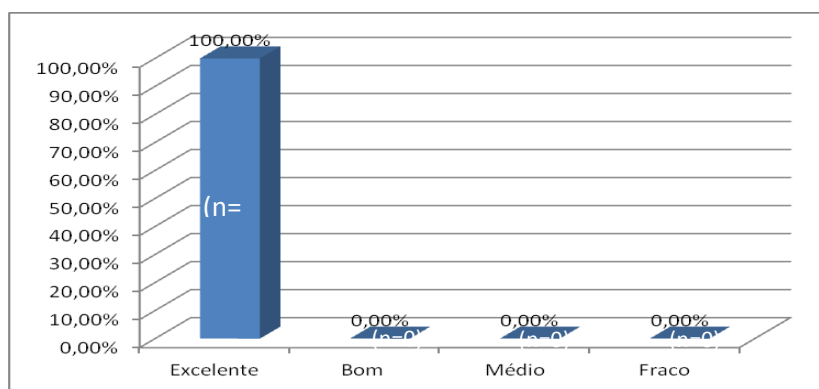


Gráfico 6: Cumprimento dos Objetivos

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DA ACTIVIDADE

Em primeiro lugar importa refletir acerca do número de participantes presentes nesta ação de formação (4 participantes). Este número reduzido de participantes apresenta-se como um fator positivo para o sucesso desta intervenção. O facto de se tratar de um grupo de pequenas dimensões permitiu a criação de um maior envolvimento entre os participantes e os formadores presentes, tornando possível o debate de ideias e esclarecimento de dúvidas de todos eles.

Tendo em conta os resultados obtidos em todos os parâmetros formalmente avaliados, esta ação apresentou bons indicadores de qualidade, aliás, excelentes. Destaca-se, sobretudo, o resultado relativo ao interesse da temática abordada, tendo conseguido, por unanimidade uma classificação de Excelente. Esta classificação por parte dos formandos pode evidenciar a pertinência deste tema junto das mães e revela que poderá ser útil a realização de outras ações deste tipo. De facto, a informação acerca do aleitamento materno, pela importância que tem no desenvolvimento infantil, parece ser um tema que desperta o interesse dos pais, suscitando, ao mesmo tempo, muitas dúvidas nos mesmos. Isto indica que estas ações podem ser muito úteis para as mães combaterem as suas dúvidas e tornarem-se mais confiantes nesta fase da maternidade.

Em todas as dimensões avaliadas, nenhum participante forneceu as seguintes respostas: Médio ou Fraco. As respostas variaram entre Excelente e Bom, sendo as pontuações de Excelente muito mais frequentes na maioria dos itens avaliados. De facto, este indicador revela que a ação apresenta uma qualidade acima da média. No entanto, existem aspetos que poderão ser melhorados e aperfeiçoados, para que futuras ações estejam mais próximas da excelência. Pequenas alterações podem ser introduzidas no sentido de melhorar as seguintes dimensões: a) Recursos utilizados; e b) Transparência da informação. Os recursos utilizados podem devem assumir maior prioridade de mudança de acordo com os resultados obtidos (25% de Excelente; 75% de Bom) contra (75% de Excelente; 25% de Bom).

Além dos resultados quantitativos que esta avaliação permitiu, destacam-se algumas observações realizadas pelos participantes, de forma oral e, num dos casos, de forma escrita. Estas observações prendem-se com o reconhecimento da importância destas ações no combate aos medo e insegurança que surgem durante o período de aleitamento materno. Materializando esta questão, transcreve-se uma observação escrita por um participante: *“Estas pequenas formações são boas para esclarecer e ultrapassar certos medos”*.

Em suma, pode considerar-se que esta ação apresenta qualidade suficiente para ser replicada em ações futuras, visto que se torna premente manter os pais em alerta para a importância do aleitamento materno no desenvolvimento infantil, fornecendo-lhes maiores ferramentas e recursos para vivenciarem esta experiência de uma forma saudável (física e psicologicamente).

Anexo III – Diagnósticos de Internamento Pediátrico

Diagnósticos de Enfermagem no internamento de Pediatria – No período entre 03/10/2010 e 27/11/2010

Diagnósticos de Enfermagem	Número
Úlcera de pressão	2
Ferida cirúrgica	11
Ferida	2
Diarreia	16
Vómitos	10
Eritema	6
Candidíase	2
Amamentar	15
Limpeza das vias aéreas	8
Infeção	12
Papel parental	28
Dispneia	7
Ingestão nutricional	66
Eliminação urinária	66
Eliminação intestinal	66
Queda	55

**Anexo V — Sessão “Aleitamento materno”
realizada no Internamento de Pediatria do CHEDV**



PLANO DE SÉSSÃO
 Formadores: Catarina Pereira (Bpp) / Luísa: Intervenção de Pedrinha do HSB
 Data: 23/11/2011 Horário: 14:00 / Duração da Sessão: 30 minutos
 População Alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pedrinha do HSB
 Tema da Sessão: Aleitamento Materno
 Objetivos Gerais da Sessão: Aumentar conhecimento na área do aleitamento materno

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	<p>Que no final da sessão os formadores em serviço, os profissionais de saúde sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adquirir competências de comunicação quando prestam cuidados a mulheres que estão a amamentar 	<p>Ouvir e aprender</p> <p>História de amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como contar uma história de amamentação - Como fazer uma avaliação de uma mamada 	<p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>1. Introdução ao tema.</p> <p>2. Comunicação dos objetivos da sessão.</p>	<p>Computador</p> <p>Videoprojector</p> <p>Panel de Projectão</p> <p>Voz</p>	5 000.	Observação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Tenho apólio para fazer uma consulta de história de amamentação e avaliação de mamadas. É identificar quando um bebé está a receber leite insuficiente. Ajudar uma mulher que está a tomar leite materno Quando uma mulher pode ou não amamentar Auxiliar uma mulher que necessita de aumentar produção de leite ou pretende relactar Compreensão do uso do seio/bico para alimentar um bebé Perceber o papel dos serviços de saúde na amamentação 	<p>Quantidade de leite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais de uma recepção insuficiente de leite - Como agir quando o bebé que está a receber leite insuficiente <p>Estruturação de leite materno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quando entrar o leite materno - Como facilitar o refluxo de Colostro <p>Interrupção da amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contra-indicações temporárias ou definitivas <p>Aumento da produção de leite materno e relactação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções do enfermeiro na relactação e no processo de aumento da produção de leite materno <p>Capítulo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vantagens do uso do coquinho - Técnica correcta de administração de leite por bico <p>Como os serviços e profissionais podem ajudar no processo de amamentação</p>	<p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>3. Exposição dos conteúdos técnicos</p> <p>4. Exercícios práticos</p>	<p>Computador</p> <p>Videoprojector</p> <p>Panel de Projectão</p> <p>Voz</p>	15 000.	Observação
Conclusão			<p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>5. Estabelecimento de dúvidas</p> <p>6. Questionário de avaliação da sessão.</p>	<p>Cartazes</p> <p>Questionários</p>	10 000.	Observação e Questionário de Avaliação

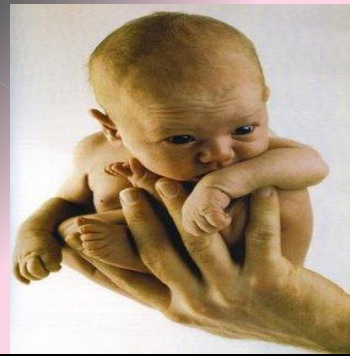


Objetivos

- Atualizar conhecimentos inerentes ao aleitamento materno;
- Sensibilizar para a importância da comunicação no incentivo à amamentação;
- Acrescentar competências de ajuda na estimulação da produção e liberação do leite materno;
- Desenvolver competências para a colheita de história da amamentação;

Ouvir e Aprender

- ◉ Uma mãe pode não falar dos seus sentimentos de forma aberta com uma pessoa que não conhece bem. O Profissional de Saúde necessita de desenvolver competências para ouvir e transmitir à mãe que está interessado.



Competências de Ouvir e aprender

- ◉ Comunicação não verbal
- ◉ Utilização de perguntas abertas
- ◉ Utilizar respostas e gestos que demonstrem interesse
- ◉ Devolver com palavras o que a mãe diz
- ◉ Empatia
- ◉ Evitar palavras que soem a julgamento



História de Amamentação

- Como Colher uma História de Amamentação?
 - Apresente-se;
 - Peça à mãe para falar dela e o seu bebé da forma que entender, mostrando-se disponível para ouvir;
 - Veja o Boletim de Saúde Infantil da criança;
 - Faça as perguntas mais importantes;
 - Não ter uma atitude que pareça crítica;
 - Usar um guia de colheita de dados

Como avaliar uma mamada

A observação de uma mamada ajuda-nos a decidir se existe ou não um problema e a planear intervenções.

Como Avaliar uma mamada:

- Postura corporal da mãe
- Como responde o bebé
- Vínculo emocional
- Anatomia
- Pega e sucção
- Tempo de sucção

Quantidade de Leite materno

Muitas vezes as mães pensam que não estão a produzir leite suficiente e normalmente não é o caso.

No entanto existem algumas situações em que o bebé não recebe o leite em quantidades suficientes. Grande parte das vezes acontece porque o bebé não mama tempo suficiente ou está na mama e não mama.



Sinais de uma recepção insuficiente de leite

- Pouco ganho de peso (menos de 500g por mês)
- Urina em pequena quantidade e concentrada (menos de 6 vezes por dia, amarelada e cheiro forte) – Apenas para bebés que só recebem leite materno.



Intervenção do Enfermeiro

- ◉ Procure a causa:
 - Ouça e aprenda (Factores psicológicos)
 - Colha a história de amamentação
 - Avalie a mamada (posição e pega do bebé, vínculo e rejeição)
 - Examine o bebé
 - Examine a mãe
 - Examine as mamas

Intervenção do Enfermeiro

- ◉ Desenvolva a confiança e dê apoio:
 - Ajude a mãe a dar a mama mais vezes e ter confiança na sua produção de leite
 - Aceite as ideias da mãe acerca da produção de leite
 - Elogie o que está a fazer bem
 - Dar ajuda prática (explicando a relação da sucção com a produção de leite)
 - Incentive a amamentar mais vezes e mais tempo à noite
 - Incentivar o uso de copinho em detrimento do biberão
 - Ajudar a diminuir causas de ansiedade

Extração de leite materno

A extração de leite materno pode ser de extrema importância para iniciar ou continuar a amamentação.

Exemplos:

- Aliviar ingurgitamento
- Libertar ducto bloqueado
- Alimentar um bebé que apresenta descoordenação na sucção
- Alimentar um bebé de baixo peso ou doente que não pode mamar

Extração de leite materno

O leite deve ser extraído mediante a frequência com que o bebé mamará ou pelo menos de 3 em 3h.

Durante a extração do leite o reflexo de ocitocina pode não ser tão forte como quando o bebé mama directamente da mama. Os profissionais de saúde apresentam aqui um papel primordial ao ajudar a mãe a estimular este reflexo.

Estimulação de reflexo de Ocitocina



- Ajudar a mãe psicologicamente:
 - Desenvolver autoconfiança
 - Tentar reduzir possíveis fontes de dor ou ansiedade
 - Ajudar a pensar no bebê
- Manter o contacto pele a pele se for possível
- Aquecer as mamas (banho ou compressas de água morna)
- Estimular os mamilos (puxar ou rodar delicadamente os mamilos entre os dedos)

Estimulação de reflexo de Ocitocina



- Massajar ou estimular as mamas:
 - Passar os dedos ou um pente nas mamas
 - Pressionar delicadamente a mama com a mão fechada na direcção do mamilo
- Massagem nas costas
 - Sentada confortavelmente e inclinada sobre uma mesa com a cabeça apoiada nos braços. Com as mamas soltas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares com movimentos rotativos dos dois lados da coluna, de cima para baixo, do pescoço até às omoplatas, durante dois ou três minutos.

Contra indicações no aleitamento materno

Temporárias:

- Mães com doenças infecciosas como:
 - Varicela
 - Herpes com lesões mamárias
 - Tuberculose não tratada

Definitivas

- Mães infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH)
- Bebés com fenilcetunuria e galactosemia

Mitos

- Um bebé com diarreia não deve ser amamentado;
- O leite é fraco;
- O bebé deve mamar pelo menos de 3/3h;
- A mãe que faz antibiótico não deve amamentar

Aumento do leite materno e Relactação

Aumento do leite materno

- Dificuldades psicológicas da mãe
- Bebê que não recebe leite suficiente
- Dificuldades na sucção e/ou deglutição do bebê

Relactação:

- Adoção
- Morte da Mãe

- Prematuridade
- Doença da mãe
- Doença da mãe ou do bebê

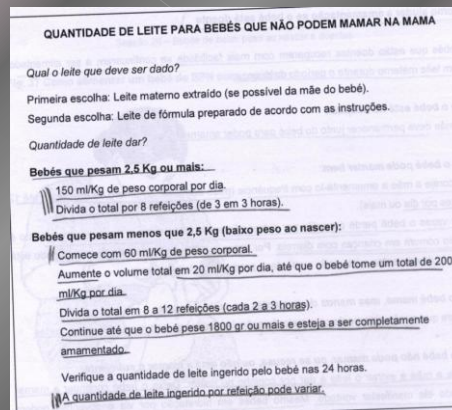
Aumento do leite materno e Relactação



- ◉ Explicar à mãe que é um processo que necessita de paciência e perseverança;
- ◉ Ajude-a a desenvolver confiança;
- ◉ Estar com ela com frequência, em pelo menos duas mamadas;
- ◉ Incentivá-la a relaxar quando amamenta;
- ◉ Incentivá-la a manter o bebê perto de si e manter o contacto pele a pele bastante tempo;

Aumento do leite materno e Relactação

- Observar se o bebê faz uma boa pega;
- Informar como deve diminuir a quantidade de leite de fórmula à medida que o seu leite aumenta a produção;



Aumento do leite materno e Relactação

- Deixar o bebê mamar mais vezes, pelo menos 10 nas 24h, ou mais se ele quiser (Livre Demanda);
- Dar a mama durante a noite;
- Utilizar preferencialmente o copinho em vez do biberão para dar o leite de fórmula;
- Monitorizar o aumento de peso do bebê e o volume urinário, para ter a certeza que está a ingerir a quantidade de leite suficiente

Aumento do leite materno e Relactação

- ◉ Deixar o bebê mamar mais vezes, pelo menos 10 nas 24h, ou mais se ele quiser (Livre Demanda);
- ◉ Dar a mama durante a noite;
- ◉ Utilizar preferencialmente o copinho em vez do biberão para dar o leite de fórmula;
- ◉ Monitorizar o aumento de peso do bebê e o volume urinário, para ter a certeza que está a ingerir a quantidade de leite suficiente

Aumento do leite materno e Relactação

- ◉ Mostre e explique à mãe como dar o leite adaptado ao bebê enquanto mama, utilizando um conta gotas ou um aparelho de relactação.



Vantagens do Copinho

- ❖ Não interfere com a adaptação e sucção na mama
- ❖ Evita a confusão de bicos
- ❖ O bebé controla a ingestão de leite
- ❖ Estimula o desenvolvimento e a coordenação dos reflexos de sucção e deglutição
- ❖ Estimula a produção de saliva e lipases linguais favorecendo assim uma digestão mais eficiente

Vantagens do Copinho

- ❖ Adequado crescimento e desenvolvimento das funções gástricas, respiratórias, mastigação e fala;
- ❖ Maior estabilidade fisiológica dos bebés prematuros e recém-nascidos que necessitam de suplemento

Vantagens do Copinho

- ❖ Apresenta menos episódios de cólicas e regurgitação
- ❖ Proporciona experiências sensoriais, como o paladar, textura e cheiro dos alimentos
- ❖ Reduz o risco de infecção
- ❖ Reduz o risco de otites

Como utilizar o Copinho



Serviços e Profissionais de Saúde

- ◉ Ajude as mães a amamentar em situações difíceis:
 - Regresso ao trabalho
 - Tem gémeos ou bebés de baixo peso
 - Quando o bebé tem alguma deficiência
 - A mãe é doente ou tem problemas de cognição

Bibliografia

- ❖ Gaíva, Maria Aparecida; Medeiros, Leodiana da Silva. Lactação insuficiente: Uma proposta de actuação do enfermeiro. Revista Ciência Cuidado e Saúde, V.5, n. 2, p. 255-262, maio/agosto de 2006.
- ❖ Levy, Leonor; Bértolo, Helena. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Lisboa. 2007
- ❖ Mariano, Grasielly Jeronimo dos santos. Relactação: Identificação e práticas bem sucedidas. Revista de Enfermagem Referência, III série, n. 3, p.163- 170, Março de 2011.
- ❖ Vaucher, Ana Luiza; Durman, Solânia. Amamentação: Crenças e Mitos. Revista electrónica de Enfermagem, Vo7, n o2, p.207-214, 2005.



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

Avaliação

Aleitamento Materno
23de Novembro de 2011

Realizado Por:

Catarina Pinto

Santa Maria da Feira, 24 de Novembro de 2011

1. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi os profissionais de saúde do Hospital São Sebastião.

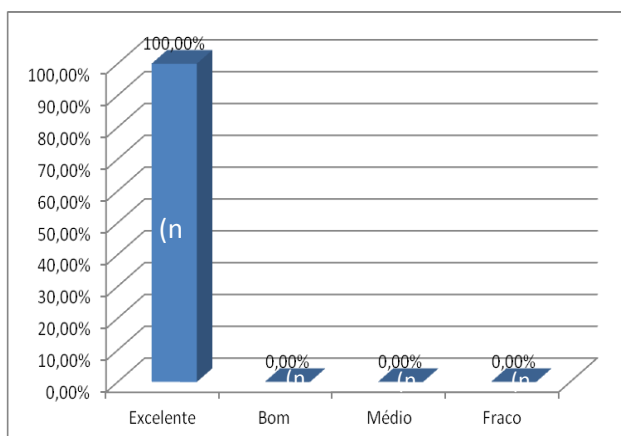
2. AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (QUESTIONÁRIOS)

Apesar de assistirem á sessão apenas 3 profissionais, no entanto não deixou de ser uma experiência enriquecedora, uma vez que os participantes se envolveram forma ativa na ação, intervindo pertinentemente com questões e experiências.

No final a sessão foi fornecido um questionário de avaliação, ao qual todos os participantes responderam. Este questionário era composto por 6 itens, cada um destinado a avaliar aspetos específicos desta ação (Interesse da Temática; Transparência da Informação; Recursos Utilizados; Capacidade de motivação dos formandos; Estruturação e clareza da sessão; e, por último, Cumprimento dos objetivos da sessão). Cada item apresentava 4 hipóteses de resposta aos participantes, organizados na seguinte gradação: Excelente; Bom; Médio; Fraco).

Interesse da Temática

O primeiro item pretendia avaliar o interesse da temática abordada na sessão de avaliação. Conforme se pode observar no Gráfico 1, 100% (n=3) dos participantes consideram este ponto como Excelente, tendo todas outras possibilidades de resposta correspondido a 0% (n=0) dos participantes.



Transparência da Informação Transmitida

O segundo item pretendia avaliar a transparência da informação transmitida na sessão. Os resultados demonstram que 33,33% (n=1) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 66,67% (n=2) consideraram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 2)

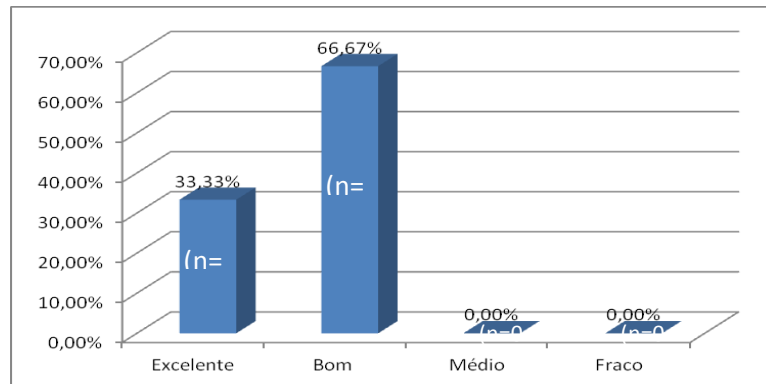


Gráfico 2: Transparência da Informação

Recursos Utilizados

O terceiro item pretendia avaliar os recursos utilizados durante a sessão (exemplo, meios audiovisuais). Os resultados demonstram que 33,33% (n=1) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 66,67% (n=2) consideraram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 3)

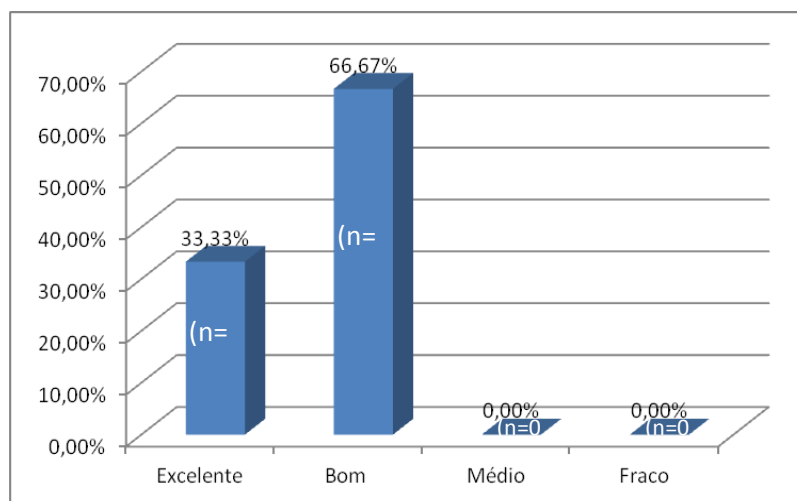


Gráfico 3: Recursos Utilizados na Sessão

Capacidade do Formador para suscitar e manter o interesse dos Formandos

O quarto item pretendia avaliar a capacidade do formador para suscitar e manter o interesse dos formandos ao longo da formação avaliar os recursos utilizados durante a sessão (exemplo, meios audiovisuais). Os resultados demonstram que 33,33% (n=1) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 66,67% (n=2) consideram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 4).

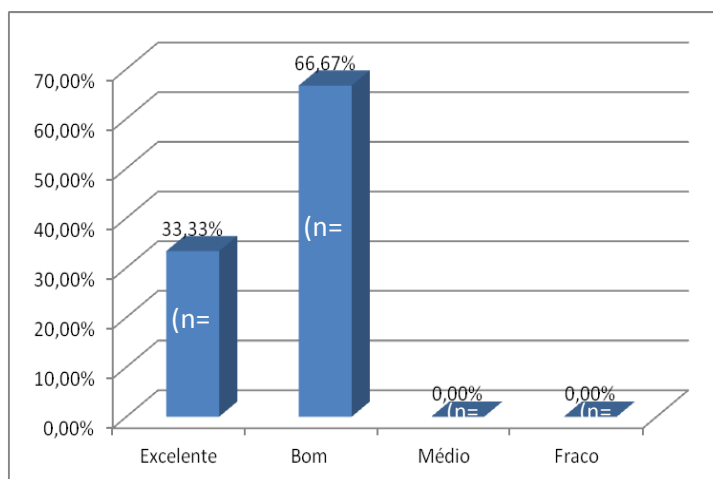


Gráfico 4: Capacidade do formador para manter o interesse e empenho dos participantes

Clareza e Estruturação da Sessão

O quinto item pretendia avaliar a clareza, organização e estruturação sequencial dos conteúdos da sessão. Os resultados demonstram que 33,33% (n=1) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 66,67% (n=2) consideram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 5).

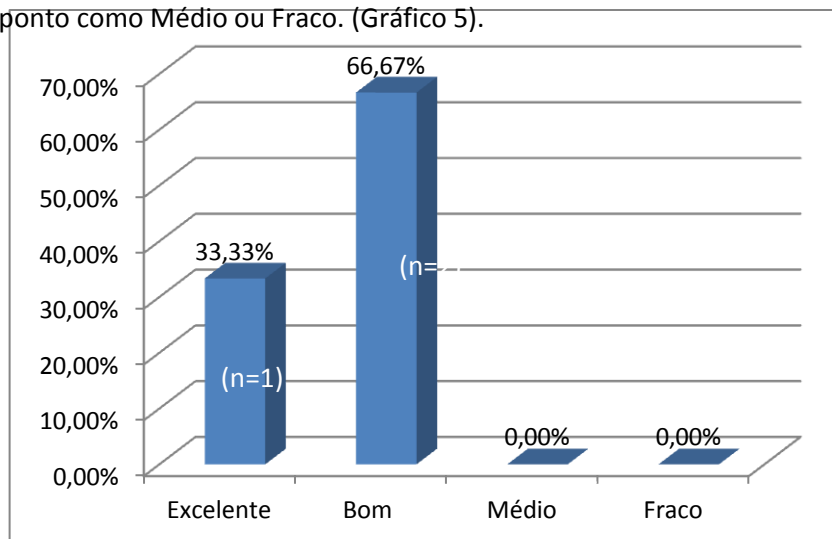


Gráfico 5: Clareza e Estruturação da Sessão

Cumprimento dos Objetivos

O sexto item pretendia avaliar a sessão, tendo em conta o atingimento de todos os objetivos previstos. Os resultados demonstram que 66,67% (n=2) dos participantes consideraram este ponto Excelente, enquanto 33,33% (n=1) consideraram Bom. Ninguém classificou este ponto como Médio ou Fraco. (Gráfico 6).

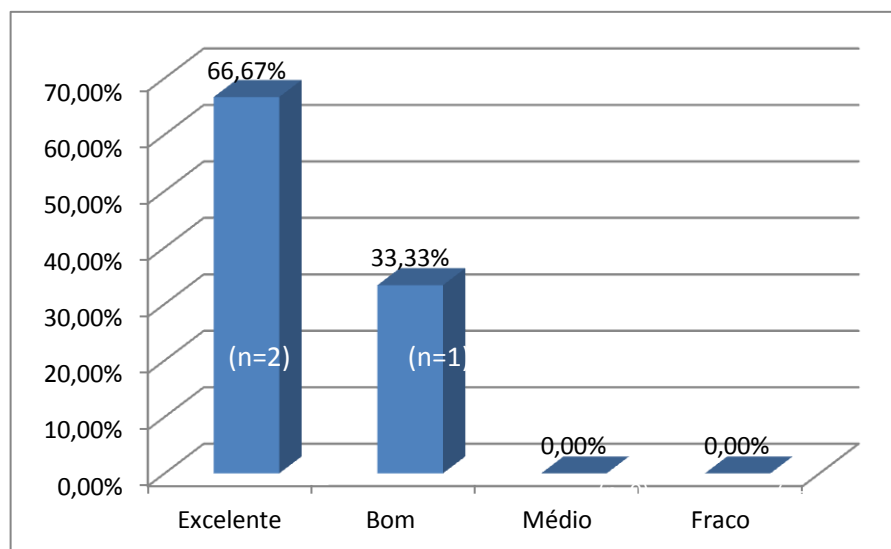


Gráfico 6: Cumprimento dos Objetivos

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DA ACTIVIDADE

Conforme referido anteriormente, esta ação contou com a presença de poucos profissionais de saúde (três). No entanto, este facto não é suficiente para se considerar que se trata de uma ação pouco pertinente junto dos profissionais de saúde, tendo os resultados da avaliação da ação demonstrado precisamente o contrário. Além disso, o número reduzido de participantes não se traduziu em perda de qualidade da ação.

Tendo em conta os resultados obtidos em todos os parâmetros formalmente avaliados, esta ação apresentou bons indicadores de qualidade. Destaca-se, sobretudo, o resultado relativo ao interesse da temática abordada, tendo conseguido, por unanimidade uma classificação de Excelente. Esta classificação por parte dos formandos pode evidenciar a pertinência deste tema junto dos profissionais de saúde e revela que poderá ser útil a realização de outras ações deste tipo. De facto, a informação acerca do aleitamento materno, pela importância que tem no desenvolvimento infantil, parece ser um tema que desperta o interesse dos profissionais de saúde.

Em todas as dimensões avaliadas, nenhum participante forneceu as seguintes respostas: Médio ou Fraco. As respostas variaram entre Excelente e Bom. De facto, este indicador revela que a ação apresenta uma qualidade acima da média. No entanto, existem aspetos que poderão ser melhorados e aperfeiçoados, para que futuras ações estejam mais próximas da excelência. Pequenas alterações podem ser introduzidas no sentido de melhorar as seguintes dimensões: a) Transparência da informação; b) Recursos utilizados; c) Capacidade do formador para manter o interesse e empenho dos formandos; d) Clareza e Organização dos conteúdos da sessão.

Em suma, pode considerar-se que esta ação apresenta qualidade suficiente para ser replicada em ações futuras, visto que se torna premente manter os profissionais de saúde em alerta para a importância do aleitamento materno no desenvolvimento infantil.