



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

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

**Unidade Curricular - Relatório**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Elsa Lasalete Moreira da Silva**

**Porto, Maio de 2012**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

**Unidade Curricular - Relatório**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Elaborado por: Elsa Lasalete Moreira da Silva**

**Orientado por: Maria Clara Braga**

**Porto, Maio de 2012**



## Resumo

Este documento foi elaborado no contexto do curso de Pós-licenciatura/Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica; de carácter descritivo, pretende evidenciar o que foi este percurso formativo, e em que medida as diversas actividades desenvolvidas ao longo do estágio, contribuíram para o desenvolvimento de competências nas quatro áreas de intervenção de enfermagem (Prática dos cuidados, formação, gestão, investigação). A problemática da parentalidade e da promoção das competências parentais, foi a temática que foi trabalhada e desenvolvida, quer do ponto de vista teórico, quer prático, de uma forma transversal ao longo do estágio. Temática actual e de reconhecida importância, o conceito de “*promoção de competências parentais*” remete-nos para o impacto positivo inerente ao envolvimento efectivo dos pais no processo de cuidado centrado nas reais necessidades de cada criança/família; e assim para cuidados mais humanizados e de maior qualidade, cujo os ganhos em autonomia e capacidade de gestão do papel parental são os objetivos últimos, das intervenções do profissional de enfermagem. Espero assim, que deste documento ressalte o que a Ordem dos Enfermeiros considera distintivo entre um Enfermeiro com especialidade e um enfermeiro de cuidados gerais, ou seja, a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o que implica o desenvolvimento de competências no sentido de prestar cuidados a um nível avançado.

**Palavras-chaves:** Criança; família; competência; parentalidade; enfermagem.



## **Abstract**

This document was prepared in the context of the Post-Graduation/Specialization in Infant and Pediatric Health. The outline of this document is to show what was the formative process, and to what extent the various activities throughout the stage, contributed to skill development in four areas of nursing intervention (practical nursing, training, management & research). The issue of parenting and the promotion of parenting skills was the theme that was crafted and developed both theoretically and practically throughout the traineeship. Actual and perceived important themes, the concept of "promoting parenting skills" refers us to the inherent positive impact of effective parental involvement in the care process focused on the real needs of each child/family; and so, for more humane care and higher quality, in which gains in autonomy and capacity to manage the parenting role are the ultimate goals of the interventions of the nursing professionals. I hope, therefore, that this document highlights what the Order of Nurses believes to be the difference between a graduated/specialist nurse and a general nurse, i.e. the scientific expertise, technical and human for the provision of skilled nursing care, which involves the development of skills in order to provide care to an advanced level.

**Keywords:** Child; Family; Competence, Parenthood; Nursing.



## Lista de siglas e abreviaturas

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

DGS: Direcção geral de saúde;

EDIN: Escala; “*Echelle Douleuret d’Inconfort du Nouveau-Né*”;

EESIP: Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

IACP: Instrumento de Avaliação de Competências Parentais;

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program;

PNSE: Plano Nacional de Saúde Escolar;

SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem;

TCE: Traumatismo crânio-encefálico;

UCC: Unidade de cuidado na Comunidade;

USF: Unidade de saúde Familiar;



## Índice

---

1. Introdução.....	13
2. Experiência Profissional prévia e competências desenvolvidas .....	17
2.1. Domínio da prática de cuidados de Enfermagem .....	17
2.2. Domínio da gestão .....	21
2.3. Domínio da formação .....	22
2.4. Domínio da investigação .....	25
3. Desenvolvimento de competências nos vários domínios da prática. ....	27
3.1. Domínio da prática dos cuidados de Enfermagem. ....	27
3.2. Domínio de competências da Gestão. ....	56
3.3. Domínio de competência da Investigação. ....	65
3.4. Domínio de competência da Formação.....	69
4. Conclusão.....	73
5. Bibliografia.....	75
Anexos.....	79
Anexo I: Contabilização das actividades desenvolvidas nos diversos estágios.....	81
Anexo II: Plano de formação e PowerPoint da formação, dirigida a pares: “Enfermeiro promotor das competências parentais”.....	85
Anexo III: Plano da formação, PowerPoint, e panfleto dirigido a pais no contexto do Curso de Educação parental: “O sono do bebé”. ....	103
Anexo IV: Plano da formação, PowerPoint, e panfleto dirigido a pais no contexto do Curso de educação parental:- “Vigilância de saúde como lidar com problemas comuns”.....	129



## 1. Introdução

A elaboração de um relatório escrito, por definição, pretende reportar os resultados de uma determinada actividade. É pelo menos tão importante como o próprio trabalho realizado na prática, pois assegura a transmissão e valorização dos resultados do esforço desenvolvido na componente prática.

No caso específico da elaboração deste relatório final de estágio, ele enquadra-se no contexto do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e mais particularmente no período de estágio que decorreu no período de 27/04/2011 á 31/01/2012.

O estágio foi estruturado de forma a permitir o contacto com a realidade da prática nos seus mais variados contextos. Representa um total de 540 Horas, e está dividido em três módulos, em que se prevê para cada módulo 180H00 de contacto presencial. O meu primeiro módulo de estágio; Saúde Infantil e Pediátrica, decorreu no contexto dos cuidados de saúde primários, no período compreendido de 03/10/2011 á 27/11/2011, na UCC de Matosinhos (Cuidados de saúde na comunidade) e na USF de Horizonte (cuidados de saúde familiar), num total de 180H00 de contacto presencial. O meu segundo contexto de estágio, decorreu no Serviço de Urgência do Hospital S. João, no período compreendido de 28/11/2011-20/12/2011; e no serviço de Neonatologia dos mesmo hospital, no período decorrido entre 3/01/2012-1/02/2012; num total de 180H00 de contacto presencial.

Por ter, durante doze anos, exercido a minha actividade profissional num dos mais antigos hospitais pediátricos do país (Hospital Maria Pia no Porto), foi-me concedida creditação ao módulo II, no contexto prático do serviço de Medicina e Cirurgia. Neste período, exerci funções em serviços ligados aos cuidados de âmbito médico-cirúrgico (dois anos no serviço de Urgência Pediátrica e dez no Internamento de Nefrologia pediátrica).

Este documento será constituído por uma introdução com enquadramento do relatório; apresentação sucinta da estrutura, organização deste documento, e contextualização do estágio. Seguir-se-á um capítulo em que irei relatar e fundamentar em que medida a

minha experiência anterior, me permitiu adquirir e desenvolver competências nos vários domínios da prática do cuidado a criança/família e ter sido considerado merecedor de uma creditação no Módulo II deste estágio. No capítulo que se segue, estarão relatadas as várias actividades desenvolvidas em função dos objectivos específicos, elaborados para os vários contextos práticos. Para cada domínio da prática (domínio da prática de cuidados de enfermagem; gestão; formação; investigação) e em função das actividades desenvolvidas, seguirá uma reflexão e análise que pretende; de uma forma transversal, evidenciar em que medida as diversas actividades concorreram para o desenvolvimento das vinte e nove competências definidas com necessárias para o desenvolvimento formativo na área de especialização.

Em resumo, proponho-me a dar visibilidade a consecução dos objectivos gerais do estágio ou seja; a aquisição e capacidade de aplicar conhecimento da área de especialização nos vários contextos práticos de uma forma crítica, contextualizada, criativa e responsável, do ponto de vista técnico-científico, ético e social. Demonstrar capacidade em produzir um discurso, neste caso escrito, que espelhe a capacidade de reflexão, análise de situação mais ou menos complexas, articulação de conhecimento, produção de conclusões e exposição das mesmas, de forma clara, evidenciando a capacidade de dar resposta aos problemas da prática com base na evidência científica e na sua análise.

Finalmente o relatório termina com uma conclusão e apresentação em anexo, de documentação referente a algumas das actividades desenvolvidas na prática e citadas ao longo do relatório. Mais particularmente em anexo I, apresenta-se uma grelha com a contabilização das várias actividades desenvolvidas nos dois módulos de estágio.

Pretendo assim:

- Dar resposta a uma exigência curricular;
- Fazer uma análise reflexiva e pessoal, das actividades desenvolvidas e da forma com concorreram para o desenvolvimento de competências na área da especialidade;
- Fazer uma análise transversal do que foi o meu percurso de formação na área da especialização da Enfermagem de saúde infantil e pediátrica;
- Contribuir nos processos de auto e hetero-avaliação.

A metodologia utilizada neste sentido, será a metodologia descritiva, apoiada e fundamentada em pesquisa bibliográfica actual e relevante na área de especialidade.



## **2. Experiência Profissional prévia e competências desenvolvidas**

A minha experiência de doze anos de prática profissional num dos mais antigos hospitais pediátricos do país foi uma mais-valia no meu processo de formação na especialidade. Mas também é verdade, que a especialidade despertou-me para uma reflexão mais cuidada sobre a abordagem da assistência a criança/família.

A realidade da criança doente, portadora de patologia aguda ou crónica do foro médico-cirúrgico, foi a minha realidade prática durante um longo período e pretendo em retrospectiva, fazer uma análise crítico-reflexivo das competências que esta experiência profissional me permitiu desenvolver nos quatro domínios: prática dos cuidados, gestão, formação e investigação; e assim evidenciar que neste contexto da prática, tenho os conhecimentos, a capacidade de reflexão, análise das situações e problemáticas mais desafiantes e complexas deste contexto prático.

### **2.1. Domínio da prática de cuidados de Enfermagem**

Esta minha experiência profissional capacitou-me a nível de conhecimentos teórico-práticos sobre as principais e mais comuns afecções agudas ou crónicas, do foro médico e cirúrgico em idade pediátrica. Desenvolvi competências, na capacidade de monitorizar, gerir e desenvolver os procedimentos necessários ao controle e vigilância dos sinais, sintomas físicos (Ex: febre, vómitos, sinais de desidratação, dor, alteração estado de consciência, hipertensão, hipotensão, convulsões...) e emocionais (sinais de stress; depressão; medo da separação, dos procedimentos, da evolução do processo terapêutico; rejeição do contacto com estranhos ...), da criança em função da sua idade e da sua família.

Este contacto privilegiado com a realidade de num dos poucos Hospitais pediátrico do país, permitiu-me experienciar, apreender e desenvolver uma abordagem centrada no que são hoje em dia, os paradigmas da enfermagem em contexto pediátrico ou seja: o cuidado centrado na família e o seu papel no processo de cuidado a criança, no modelo de parceria de Anne Casey(Casey, et al., 1988), no desenvolvimento, e no cuidado atraumático.

Ana Jorge, no seu livro “ Família e hospitalização da criança (re) pensar o cuidado da criança”(Jorge, 2009), explicamos que os conhecimentos gerais de desenvolvimento infantil são fundamentais para evitar e/ou minimizar os eventuais danos inerentes ao processo de hospitalização, mas não são suficientes. É necessário conhecer individualmente a criança e esse conhecimento, só os pais o têm. Neste sentido, os pais são e devem permanecer mesmo em situação de doença aguda ou crónica, uma constante na vida da criança. A saúde física e emocional, assim como o funcionamento cognitivo e social da criança são fortemente influenciados pela dinâmica da sua família. Os pais “*expert*”, no que toca ao cuidado familiar, são uma preciosa fonte de informação dos hábitos, gostos e comportamentos habituais da criança. A sua presença ameniza os múltiplos factores de stress ao qual está sujeita criança num processo de internamento; modificação do estado habitual de saúde, das suas rotinas, do ambiente estranho no qual esta inserida (quer a nível de estrutura física dos serviços, dos equipamentos mais ou menos complexos, quer dos profissionais que contactam com a criança), da sua capacidade de interpretação e controlo sobre os acontecimentos, o medo da lesão e dor física; fazem com que a presença familiar e reconfortante dos pais em qualquer idade pediátrica seja reconhecido e promovido pelos enfermeiros. Apesar de nem sempre, os hospitais possuírem ainda as melhores condições físicas para garantir a presença dos pais juntos dos filhos nas melhores condições, o que era o caso no hospital Maria Pia; na altura da admissão, os pais eram informados que poderiam permanecer sempre que assim o desejassem junto dos seus filhos. Eram mobilizados os recursos (direito a estadia no lar para os pais que residiam mais de vinte e cinco quilómetros do hospital; alimentação para o/a acompanhante da criança; cadeirão para poder permanecer o mais confortavelmente possível junto da criança dia e noite...) e criada abertura para que esse papel pudesse ser assegurado por outros elementos da família ou pessoa significativa para a criança, no intuito que os pais pudessem otimizar a gestão dos seus diversos papéis no seio familiar (Ex: dar a poio a fratria, gerir questões laborais, dar resposta as sua necessidade de descanso e gestão emocional das situações...). Neste sentido, era nossa preocupação fomentar o sentimento de controlo da criança e família, no processo de cuidado, tendo especial cuidado em dar resposta às suas necessidades de informação; considerar os valores, crenças e as necessidades expressas; estimular os pais a participar no processo de cuidado, incluindo-os no planeamento dos cuidados (atendendo ao conhecimento ímpar que tem dos gostos,

rotinas e forma de expressar necessidades da criança), respeitando a disponibilidade dos pais no seu envolvimento no processo.

O modelo de parceria entre profissional de saúde e família é uma oportunidade, de mobilizar e de pôr em evidência, os recursos e capacidades de enfrentamento da criança/família, e empoderamento, promovendo a autonomia dos pais. Um dos papéis importante da enfermagem consiste em “...*apoiar as famílias em seus papéis naturais de cuidadores e tomadores de decisões, baseando-se em suas forças singulares e reconhecendo sua experiência em cuidar dos filhos tanto dentro quanto fora do contexto hospitalar...*”. (Hockenberry , et al., 2008 pp. 11-12)

Esta abordagem na interacção enfermeiro/criança/familiar vai ao encontro do conceito de cuidado atraumático: “ *intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias no sistema de saúde.*” (Hockenberry , et al., 2008 p. 12) quer estejamos a falar da dor física, da dor emocional com medo da separação e do desconhecido (Ex: realização de um exame, internamento...).

O controlo da dor, com recurso a meios farmacológicos e não farmacológicos foi sempre uma preocupação na nossa prática de cuidados mas, só em 2006 é que a instituição empreendeu um projecto mais estruturado. Desta intervenção resultou uma monitorização sistemática da dor (5º sinal vital) com recurso a escalas e respectivos planos de intervenção, e uma intervenção mais efectiva e menos ambígua. Para as crianças que se previam ser sujeitas a procedimentos, stressantes e/ou traumáticos (Ex: ida ao bloco ou punções venosa) existiam igualmente protocolos terapêuticos (Ex: aplicação de penso anestésico, do hidrato de cloral nos pré-operatórios). No último ano de actividade na instituição (2008) estava em curso um projecto de investigação e implementação de medidas para reduzir os efeitos potencialmente nocivos do ambiente hospitalar, tendo integrado o grupo de trabalho que se debruçou sobre o impacto do ruído.

Para além de todos estes cuidados, tínhamos a preocupação de ter uma abordagem centrada no desenvolvimento da criança, adaptando os nossos cuidados a especificidade de cada um no que concerne a sua maturidade, desenvolvimento físico e emocional.

A situação de internamento é uma situação de crise para a criança/família e potencialmente, uma condicionante ao desenvolvimento da criança, principalmente nos internamentos muito prolongados, ou nas situações de internamentos de repetição, no caso das crianças portadoras de doença crónica. O carácter muitas vezes imprevisível dos internamentos; a dificuldade em dar resposta as actividades e necessidades do dia-a-dia de uma criança/família (Ex: Dar continuidade a actividades já desenvolvidas no contexto domiciliar/comunitário como acompanhamento dos conteúdos lectivos, brincar com outras crianças, mover-se livremente, expressar os seus sentimentos) são alguns dos constrangimentos mais comuns que enfrentam crianças/pais. O “lúdico” tinha neste sentido, um espaço importante quer na nossa relação com as crianças (na forma de abordar e dialogar com as crianças), quer na elaboração dos nossos planos de cuidados. Sempre que a criança tinha condições para sair do internamento era convidada a ir passar parte do seu dia, na sala de actividades onde tinham contacto com outras crianças sobre a orientação de educadoras. Os brinquedos eram permitidos na enfermaria e as crianças (atendendo as suas capacidades emocionais, cognitivas e motoras) eram envolvidas nos cuidados (Ex: ler um termómetro, um copo graduado, decidir altura do banho). As crianças em idade escolar eram incentivadas (quando possível) a manter contacto com os conteúdos programáticos da escola. Chegamos a ter dois meninos, com sequelas de mielomeningocele, em programa regular de hemodiálise (com apoio do ensino especial na comunidade), que tinham o apoio de uma professor três vezes por semana, durante as suas sessões de hemodiálise e que tiveram progressos notáveis a nível da leitura.

Na gestão dos cuidados é considerada a faixa etária e desenvolvimento da criança, tendo em conta os riscos clínicos que estão subjacentes (mais frágeis do ponto de vista imunitário), as rotinas e períodos de actividades (ritmo de sono, horários de alimentação ou aleitamento, períodos de choro) tentando dar resposta às necessidades específicas de cada um, bem como da sua família.

No hospital Maria Pia, os recém-nascidos e lactentes até aos oito meses de vida, independentemente de sofrerem de problemas de saúde do foro médico ou cirúrgico tinham um internamento que lhes era destinado. No caso das outras crianças, a diferenciação de um espaço de internamento atendendo a idade e a suas necessidades de privacidade (particularmente no caso dos adolescentes), de actividade e interacção social adequada, não existia; sendo as crianças orientadas em função dos diagnósticos

clínicos (médicos ou cirúrgicos). Tentávamos compensar estas limitações pela gestão das camas, da forma mais racional possível (colocar os mais velhos com os mais velhos, mais pequenos com os mais pequenos, e tendo sempre em atenção ao potencial risco das infecções cruzadas), estabelecendo uma relação terapêutica mais madura em que valorizávamos a sua necessidades de auto-afirmação, independência, liberdade de escolha e controlo.

Esta análise retrospectiva traz subjacente, conceitos e realidades da prática que devem ser tidas em conta de um modo transversal em qualquer contexto prático. Neste sentido a especialidade ajudou-me a aprofundar, melhorar os meus conhecimentos e por em prática de uma forma mais assertiva e competentes estes conhecimentos.

## 2.2. Domínio da gestão

### Competências desenvolvidas

- **Exercer supervisão profissional na sua área de especialização.**

Além da gestão dos cuidados implícita na prática da enfermagem, e que qualquer enfermeiro é chamado a desenvolver no seu dia-a-dia (avaliação das necessidades, elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidado; articulação a nível intra e interdisciplinar, gestão das necessidades/prioridades de cuidados e dos recursos necessários a implementação dos planos...); penso que foi no contexto da minha experiência profissional pregressa que devolvi de uma forma mais abrangente o que está implícito no conceito de liderança de equipas de cuidados.

Com experiência profissional em áreas como Urgência pediátrica, internamento de Nefrologia (como doentes do foro médico/cirúrgico) tive inúmeras vezes a incumbência ser “*Responsável de Turno*”. O Papel atribuído a este profissional era o de “líder”: “*conduzir, organizando o trabalho da equipe, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio para a equipe, (...) o que interferirá directamente na qualidade da assistência.*” (Gelbcke, et al., 2009 p. 137)

Embora ainda não fosse especialista, atendendo a minha experiência na área (comparativamente com os outros elementos da equipa), foi reconhecido por parte das minhas chefias, capacidade de análise crítica das situações, identificação de problemas, tomada de decisões, planeamento e implementação de cuidados. Conhecimento e treino a fim de, requisitar recursos técnicos e materiais que se prevês ou se revelassem necessários (conhecimento administrativo). Capacidade em identificar e satisfazer às necessidades da equipa (em termos de recursos materiais, apoio no desenvolvimento de actividades de maior complexidade, supervisão do cumprimento de protocolos e normas de serviço, divisão equitativa da carga previsível de trabalho, em consonância com o nível de integração e experiência dos respectivos profissionais) a fim de proporcionar um ambiente de trabalho saudável, seguro e favorável ao cuidado de enfermagem.

*“A enfermeira é uma profissional que precisa organizar o trabalho de forma que cada integrante da equipa de enfermagem contribua com eficiência e competência no atendimento das pessoas...”* (Gelbcke, et al., 2009 p. 137), este facto tem ainda maior expressão nas situações de maior complexidade e/ou mais propensas a ocorrências de situações imprevisíveis (Ex. Serviços de urgência). Neste contexto, era muitas vezes chamada a resolver as situações imprevistas e que extrapolavam o âmbito da equipa intra-disciplinar. Era muitas vezes necessário articular a actividade da equipa de enfermagem com a actividade da equipa multidisciplinar (Ex: solicitar a comparência de um médico de urgência ao serviço, avaliar a necessidade de acompanhamento de um utente), ou de dar resposta a situações em que outros serviços solicitavam o apoio do nossos, e realizar a gestão dos recursos humanos (Ex: cedência de um enfermeiro ou auxiliar para acompanhar um utente num transporte extra-hospitalar) ou material (Ex: empréstimo de medicação, monitores de saturações, camas...) a fim de avaliar e garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados.

### 2.3. Domínio da formação

#### Competências desenvolvidas

- **Colaborar na integração de novos profissionais;**

Ao longo de doze anos de exercício profissional, sempre ligado a área da enfermagem pediatria, fui por diversas vezes chamada a colaborar ou orientar colegas recém-formados e/ou chegados no serviço no sentido de os “integrar” no serviço.

No seu parecer nº140/2009, a Ordem dos Enfermeiros reconhece que o “... *processo formal de acompanhamento...*” ao qual chama supervisão clínica, “... *visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 1). No mesmo documento, a Ordem reconhece a necessidade de um “... *período de indução e transição para a prática profissional... suportando a gradual assunção da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes*” com o objectivo de assegurar a “... *transição dos licenciados a enfermeiros responsáveis por cuidados gerais*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 1).

Neste sentido a própria Ordem, reconhece a necessidade de existir um período de integração de novos elementos nos serviços. A aproximação do novo elemento ao local de trabalho e a observação da realidade, proporciona um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas.

Segundo (Bernardino, 2007 p. 5), citando Franco (2000), a supervisão é “*o processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação*”. Segundo a mesma fonte e citando Viera (1993), também, implica a “... *monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.*”

Assim, o facto de ter supervisionado outros profissionais (alunos em estágio ou colegas em processo de integração), decorre do reconhecimento por parte das minhas chefias, de que tinha conhecimento, domínio prático, e competência relacional para conduzir um processo de supervisão. Assim servir de guia, de orientador, de suporte na prática e na reflexão sobre a prática está implícito ao processo supervisiivo. Mas é claro que no processo de supervisão tinha que ter em consideração a maturidade profissional do

supervisionado, a competência demonstrada, (diferente para um aluno, recém-licenciado ou enfermeiro já com experiência profissional em outras áreas da prestação de cuidados) e a complexidade do contexto prático; adotando uma estratégia mais directiva (demonstrar, orientar, apoiar...) ou reflexiva, orientada para a promoção da autonomia no processo de decisão, mas garantindo sempre, a qualidade e segurança dos cuidados.

Para alunos de enfermagem, o contexto clínico proporcionar-lhes-á a consolidação e o desenvolvimento de novos conhecimentos, ou seja, permitir-lhes, desenvolver um saber contextualizado, e neste sentido o tutor é muitas vezes um modelo para o aluno. Tive sempre a preocupação de proporcionar aos alunos de enfermagem que orientei, um espaço para a prática reflexiva, por forma a criar uma postura de procura do conhecimento e assim, contribuir para o seu próprio desenvolvimento pessoal, profissional e a construção da sua identidade profissional. Servindo de modelo e apoio nas vertentes mais “técnicas” da prática (Ex: manipulação de um cateter central, preparação de uma máquina perfusora...), percebi rapidamente, que a melhor forma de promover o desenvolvimento de competências num aluno e promover o seu desenvolvimento profissional e humano, é dando-lhe oportunidade de construir o seu conhecimento emergente da própria acção e ajudando a reflexão sobre a prática.

Integrados na equipa de enfermagem os alunos também, *“estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a “enfermagem prática”, e facilita a inserção futura no mundo do trabalho através regras de funcionamento da organização”* (Bernardino, 2007 p. 9).

Comparativamente quando orientamos os profissionais com experiência profissional a supervisão passa mais por, promover a socialização, acompanhar e orientar o processo de integração no serviço, uma vez que em termos de identidade profissional, o supervisionado é mais maduro, e espera-se que competente em termos do exercício profissional.

Penso ter sido sempre uma tutora de estágio e um colega responsável pela integração de profissionais, comprometida com o processo de supervisão do meu colega, disponível, aberta a outros pontos de vistas e saberes, preocupada em garantir segurança e qualidade dos cuidados e do processo supervisiivo, dando a máxima abertura aos meus colegas ou alunos para solicitar apoio e orientação, privilegiando uma relação aberta, honesta, tolerante mas exigente no que se refere a qualidade dos cuidados.

Penso que o que dificultava mais o processo de integração de novos elementos era mesmo a falta de um guia de integração no serviço o que tornava o processo menos estruturado.

Do ponto de vista da formação em serviço, tive oportunidade participar como palestrante em diversos congressos e formações em serviço compartilhando com meus pares, saberes e conhecimentos específicos da minha prática, contribuindo desta forma para o meu desenvolvimento profissional e pessoal assim como o dos meus pares.

#### 2.4. Domínio da investigação

##### Competências desenvolvidas

- **Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**

Quando falamos da profissão de Enfermagem, falamos de uma profissão, que sofreu uma profunda transformação nos últimos anos. Hoje já ninguém duvida que quando falamos de enfermagem, não estamos a falar de uma vocação, mas de um campo especializado da prática que sustenta essa mesma prática e o seu processo de tomada de decisão por princípios científicos. Assim na enfermagem a " *incorporação de saberes de diversas ciências para a construção de um corpo próprio de conhecimento*" (Pedrolo, et al., 2009 p. 761) é hoje um dos pilares que sustenta a profissão e do seu desenvolvimento, através da utilização de pesquisas (busca de evidências de carácter científico) para a prática profissional.

Esta busca do conhecimento por si, não garante a qualidade do processo de decisão e do resultado esperado. Para tal é necessário obedecer a um processo (Pedrolo, et al., 2009). No caso particular da enfermagem a prática baseada na evidência científica deve ter em consideração a qualidade das evidências consideradas (focadas no paciente e relevantes), ter em consideração a habilidade clínica (capacidade de utilizar este conhecimento e de o por em prática de forma controlada), e a preferência do paciente.

Neste sentido e em retrospectiva penso que como profissional fui durante um longo período da minha prática, um elemento que baseou muito mais a sua prática e processos de tomadas de decisões, com base no saber empírico (prático) do que verdadeiramente

no conhecimento explícito (pesquisa). Não que não tivesse a preocupação de pesquisar os fundamentos teóricos que estavam por traz das práticas observadas e experienciadas, para assim, construir e atualizar a minha base de conhecimento, a fim de orientar o meu processo de tomada de decisão na prática. Mas isto está implícito a própria prática. Só numa fase mais tardia, e mais especificamente na área da hemodiálise, (pelo facto de ser uma área muito específica e dinâmica em termos de inovação tecnológica, em que os enfermeiros são muitas vezes chamados a dar o seu contributo para a aplicação/melhorias destas inovações) é que fui verdadeiramente capaz de modificar a minha prática a luz de evidência científica relevante. Por exemplo, modificar estratégias de punção para a prevenção de complicações nos acessos vasculares e preservação da sua funcionalidade; monitorização das características dos acessos para detecção precoce de complicações e prevenção da falência dos mesmos. Ou seja, começamos por identificar um problema, fazer uma análise crítica dos conhecimentos e evidências científicas subjacentes ao problema, modificar as práticas à luz das evidências científicas considerada relevante (com conhecimento da hierarquias do serviço, Enf. Chefe e director clínico) e avaliação dos resultados através da monitorização dos acessos e das suas complicações.

Tive igualmente a oportunidade de colaborar com outros colegas num vasto programa que visava a melhoria das condições assistenciais no hospital Maria Pia (estava incluída no grupo de trabalho que tratava a problemática do “ruído em contexto hospitalar”), apenas tive oportunidade de colaborar na fundamentação teórica da problemática, tendo coincidido com a minha entrada em concurso para os cuidados de saúde primários. Penso que esta experiência foi a sua medida, mais um contributo no meu desenvolvimento de competência na área da aplicação de evidência científica como base para a prática e contributo para melhoria da qualidade da mesma.

### 3. Desenvolvimento de competências nos vários domínios da prática.

Neste relatório e por ser um relatório de final de curso, espera-se que a análise do desenvolvimento de competências à luz dos objectivos específicos traçados e das actividades desenvolvidas, seja uma análise transversal aos vários contextos da prática.

Pretende-se igualmente que traduza a consecução dos objectivos gerais do estágio:

- 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 (ESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Para uma melhor reflexão do previamente realizado, considereei pertinente agrupar nos domínios da prestação, formação, gestão e investigação, algumas competências e formulei objectivos para a sua consecução. A análise critico-reflexiva foi sustentada nas actividades desenvolvidas acreditando que assim será amplamente reconhecida (s) as competências que daí emanam.

#### 3.1. Domínio da prática dos cuidados de Enfermagem.

A enfermagem é uma profissão cujo carácter prático é inegável. Ao enfermeiro não basta saber, é necessário saber por em prática, e é junto do doente que grande parte da actividade do enfermeiro se desenrola, neste sentido, a prática dos cuidados foi o domínio mais trabalhado e refletido neste contexto de aprendizagem.

**OBJ: Desenvolver competências na prevenção da doença, promoção, vigilância de saúde e cuidado ao recém-nascido, lactente, criança, adolescente/família.**

Competências desenvolvidas:

- **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;**
- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;**
- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;**

Actividades desenvolvidas na neonatologia/urgência:

- Colaborar e prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança e sua família nos vários contextos (Unidade de Neonatologia e urgência).
- Assistir a consultas de desenvolvimento na consulta de referência;
- Acompanhar o trabalho desenvolvido com a terapeuta ocupacional com meninos nascidos prematuros;
- Estabelecer diálogo informal com profissionais que fazem o seguimento dessas crianças no ambulatório
- Observar e reflectir de forma crítica a cerca das actividades desenvolvidas nos vários contextos.
- Esclarecer dúvidas e partilhar o produto da reflexão sobre a prática com os orientadores do estágio e dos restantes elementos da equipa.
- Mobilizar conhecimentos adquiridos no plano teórico e práticos no contexto da especialidade.
- Aprofundar conhecimentos na área da especializada com recurso a fundamentação e clarificação teórica da prática.
- Desenvolver uma assistência apoiada em planos de cuidados individualizados centrados na criança/família, e no seu envolvimento o processo de cuidado, desde o momento da admissão até ao momento da alta.
- Realizar de forma sistemática a admissão do recém-nascido/criança/adolescente e família nas várias unidades;
- Utilizar o SAPE e/ou linguagem CIPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada.

- Adaptar a linguagem ao nível socio-cultural e educacional (maturidade cognitiva, percepção e sensibilidade da criança/família);
- Promover o envolvimento dos pais no processo de cuidados (Parceria de cuidados);
- Valorizar a linguagem não-verbal da criança/família;

#### Actividades do estágio de saúde infantil

- Participar e realizar consultas de vigilância de Saúde infantil/juvenil, integrada na consulta de saúde familiar.
- Desenvolver uma prática de assistência a criança/familiar personalizada e dirigidas as reais necessidades dos utentes.
- Produzir um discurso, organizado e acessíveis as crianças/família.
- Fazer uso dos instrumentos de consulta, monitorização e registo em uso no serviço.
- Mobilizar e articular os recursos técnicos e humanos disponíveis sempre que seja detectado essa necessidade no processo de assistência a criança/família.
- Participar e realizar sessões de educação para a saúde e parentais, formais ou informais, nos diversos contextos práticos (UCC e consulta de saúde infantil/juvenil).

#### Reflexão:

Como já o expus anteriormente, o conhecimento teórico-prático sobre as principais e mais comuns afecções agudas ou crónicas, do foro médico-cirúrgico em idade pediátrica, a capacidade de interpretar e gerir sinais, sintomas físicos e emocionais, da criança em função da sua idade/ família, eram competências cujo domínio prévio foram uma mais-valia do ponto de vista prático. No entanto tive oportunidade, com este percurso formativo, de desenvolver outra leitura da experiência prática a luz de outros e/ou novos conhecimentos.

Apesar do grande esforço, no sentido da humanização dos cuidados através: da promoção do cuidado atraumático; do cuidado centrado no desenvolvimento, na

criança/família; no respeito pela sua dignidade e direito a escolha, a informação, a ver as suas análises das situações, crenças e valores tidos em conta no planeamento e prestação de cuidados, tornando-os parceiros no cuidado, e reconhecendo “*a família como um elemento fundamental no cuidado dos seus membros*” como nos refere (Peres Pinto, et al., 2010 p. 133). O momento da hospitalização continua a ser um momento de crise, quer para a criança, quer para a família.

Autores como Hockenberry Wilson (2008) classificam o período de doença ou “*...a hospitalização é um momento de crise na existência de uma criança.*” (Hockenberry, et al., 2008 p. 676). As crianças mais pequenas reagem mal a possíveis separações, ao stress e contenção física. Tem dificuldade em compreender determinados procedimentos principalmente em crianças no pré-operatório. A mudança dos seus hábitos, ambiente familiar e estado de saúde constituem um factor de stress. Nos mais velhinhos, o sentimento de perda de controlo é induzido pela eventual limitação física, dificuldade em controlar os seus sentimentos tais como o medo, resposta emocional a dor, perda de autonomia e competência (ex: uso temporário de uma fralda); e nos adolescentes a necessidade de independência, auto-afirmação e liberdade pode ser ameaçada por ambientes demasiado infantilizados, sem privacidade, com estruturas organizacionais intransigentes e rígidas. Assim tive preocupação em prestar uma assistência adequada ao desenvolvimento e necessidades específicas das crianças/jovens, tentando preservar o sentimento de controlo e segurança, dando um espaço privilegiado a assistência dos pais junto da criança sempre que estes se mostravam dispostos e disponível para tal, nos cuidados familiares ou nos cuidados curativos para os quais demonstravam competência e o estado de saúde da criança o permitia; em interferir o menos possível no que são hábitos, que embora possam parecer insignificantes, são importantes para o sentimento de segurança e controlo da criança/adolescente como: o uso de roupa, objectos e brinquedos pessoais, de fralda ou baetas com cheiro familiar para os mais pequenos; respeito pelos gostos e hábitos (ex. uso de chá em alternativa a soluções de reidratação se possível).

Sempre que possível, adaptei o meu plano de cuidado ao estágio comportamental dos mais pequenos (Ex: adiando uma avaliação de temperatura por uma criança se apresentar muito irritado); preservando o mais possível a necessidade de sono e repouso, minimizando o desconforto gerado pelo ambiente, ruído, luz, manipulação. Brazelton, B (2010), identifica seis estágios comportamentais distintos; sono leve, sono

profundo, sono ligeiro, semi-vigília, agitação, choro, e diz-nos que o recém-nascido utiliza o seu estado de consciência par controlar e eventualmente se preservar do que o rodeia. Nos mais pequenos, e principalmente nos neonatos, pude compreender a importância do estar atento aos sinais de stress, sono, fome da criança e o quanto, a nossa resposta desajustada as suas necessidade, se traduzir numa agressão muitas vezes desnecessária, (Ex: híper estimular uma criança que apresenta sinais de desorganização e necessite de reduzir a estimulação e de contenção para se acalmar). Sabe-se hoje em dia que tal é particularmente importante no desenvolvimento cerebral e comportamental do recém-nascido prematuro, o mais saudável possível, como o refere Amaral (2009).

A passagem pela consulta e pela Medicina Física, sensibilizou-me para o facto de que estes bebés nascidos prematuros, principalmente os grandes prematuros são crianças especiais, e continuam a inspirar preocupação, mesmo depois de terem saído da incubadora. Percebi que mesmo quando não sofreram de uma lesão orgânica grave devido a sua prematuridade, podem vir a revelar lesões mais subtis do sistema nervoso central, que se pode manifestar por descoordenação motor, problemas na fala, hiperactividade, distúrbio do sono, capacidade de concentração... São meninos que requerem uma vigilância mais apertada do ponto de vista do seu futuro desenvolvimento. Ao assistir a algum do trabalho desenvolvido pela Terapeuta Ocupacional, que dava apoio ao Serviço de Neonatologia, pude aperceber-me da forma lúdica como as crianças são levadas a realizar exercício que visam sua recuperação motora. Fiquei mais alerta, para a extrema importância dos posicionamentos e lembrei a importância da avaliação postural da criança para sua avaliação neurológica. Embora o tempo de contacto com a realidade da consulta de Medicina Física tenha sido escasso, esta experiência permitiu-me observar e sensibilizar-me para algumas das necessidades específicas de acompanhamento destas crianças a fim de maximizar o seu potencial de desenvolvimento e recuperação.

Mas não são apenas as crianças que estão em situação de fragilidade e perda de controlo, os pais sentem-se igualmente inseguros e em stress perante a situação de doença aguda de um filho e/ ou o confronto com um bebé prematuro diferente, frágil, com um comportamento diferente do bebe idealizado. O pai põe, muitas vezes em causa a percepção que eles têm da sua capacidade para cuidar deste filho (Baião, 2009). A explicação clara, dos acontecimentos, dos cuidados, dos tratamentos realizados e da sua intencionalidade, da estrutura organizacional dos serviços apoia os pais na sua leitura e

interpretação da realidade e dos acontecimentos, aumenta igualmente o seu poder de decisão e o seu sentimento de controlo. Neste sentido, foi importante para mim fazer uma boa gestão dos meus conhecimentos técnicos e científicos na área da especialidade para conseguir ser uma fonte de informação clara e fidedigna, um apoio aos pais na sua leitura, compreensão e gestão dos acontecimentos.

Penso que no contexto de saúde infantil, e atendendo a área da vigilância da saúde, o que ressaltava como grande aquisição foi, o desenvolvimento de competências na área da avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança de uma forma mais sistematizada e rigorosa. Tive oportunidade de consultar o guia da consulta de saúde infantil da ULS, e partindo desta base com o estudo pessoal que se impõe, penso ter conseguido melhorar o meu desempenho em termo de uma abordagem mais sistemática da consulta. Esta sistematização permitiu-me, ser mais eficaz na avaliação do desenvolvimento, psicomotor, físico, e emocional da criança, tendo realizado 23 consultas a criança/jovens com idade entre 0-18 anos. Uma abordagem mais sistematizada desta complexa área de intervenção, permitiu-me detectar problemas reais, mas igualmente potenciais, alertando os pais/criança de “eventos” próprios do desenvolvimento para os quais demonstraram não estar alerta, e que necessitava da sua parte capacidade de saber, saber fazer ou saber gerir e contribuir para potenciar o desenvolvimento dos filhos. Alguns exemplos; informar e instruir pais de uma criança de dois anos sobre a necessidade de treinar o controlo esfíncteriano da criança, promover desmame da chupeta; alertar os pais de um lactente, que voltou a encurtar o seu período de sono nocturno (quando já tinha ultrapassado esta situação) que tal pode significar a necessidade de aumentar o seu aporte energético durante o dia; orientar jovem adolescente para a necessidade de associar a toma do anticoncepcional oral, o uso do preservativo para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A educação e orientação antecipada são a melhor abordagem preventiva (Hockenberry , et al., 2008), pelo que dei especial ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença nos contactos que tive com a criança/família. Relativamente aos cuidados em contexto domiciliário por definição, “...referem-se ao cuidado prestado às crianças com necessidades de saúde simples ou complexas e suas famílias nos seus locais de residência, com o propósito de promoção, manutenção, restauração da saúde ou para minimizar o nível de independência, minimizando os efeitos da incapacidade e da doença, incluindo a doença terminal.”(Hockenberry , et al., 2008 p. 659)

Ao realizar visitas domiciliares pude confirmar a que ponto é importante contextualizar as experiências. Ter conhecimento não significa, saber aplicar ou agir em conformidade. De facto por vezes quando chegamos ao domicílio de uma utente (Ex: mãe no puerpério), verificamos que apesar de ela demonstrar conhecimento teórico relativamente a determinado assunto, ela não o consegue por em prática ou não o valoriza ao ponto de o por em prática. Isso traduz-se muitas vezes, em dificuldades na gestão do papel parental com consequências na saúde da criança como por exemplo, má evolução ponderal, infecção respiratória de repetição. Ou seja, situações que quando entramos no contexto mais concreto do domicílio, permite-nos perceber o porquê de algumas situações e intervir de uma forma bem mais contextualizada e eficaz na promoção, prevenção da Saúde e na mudança de comportamentos. Nesta linha de reflexão, uma das dificuldades partilhadas entre mim e a minha tutora de estágio, é a de ter uma intervenção que chegue efectivamente a quem mais necessita dela. É facto que as mães e pais que recorrem ao curso de educação parental, disponíveis no projecto Bem-me-Quer, são pais que por muitas dificuldades que sintam, são preocupados e que procuram informação e apoio, o problema (complexo) situa-se junto da população que não procura este apoio (e que muitas vezes necessitam tanto ou mais dele), por desconhecimento ou por não o reconhecer como necessário. Um dos projectos futuro da minha tutora é conduzir o projecto de educação parental para um dos bairros (Bairro da Biquinha) identificado, segundo os dados fornecidos pela Associação de Planeamento familiar do Norte, como sendo uma área necessitando de uma atenção especial no que diz respeito a intervenção comunitária na área da saúde materno/Infantil/juvenil. Essa intervenção inserida na comunidade, parece uma das melhores formas de chegar junto de quem mais necessita pois, o grande objectivo da enfermagem comunitária é “... empoderar as comunidades... (nas quais estão incluídas as crianças e jovens) ... capacitando seus membros a obterem o conhecimento e as habilidades necessárias para atender às suas próprias necessidades.”(Hockenberry , et al., 2008 p. 22).

Houve dois dos projectos da UCC, que não tive oportunidade de acompanhar no terreno; “*O Projecto de apoio a criança e jovem em risco, e o projecto da Intervenção precoce*”. No caso particular do Projecto da Intervenção Precoce, não foi possível intervir em casos concretos, pois o projecto ainda está em fase de implementação. No entanto analisei o plano de acção do projecto, e compreendi que: o ambiente familiar natural, quando tem o apoio necessário é o meio que mais potência o desenvolvimento

da criança e é neste sentido que estão a ser criados dentro das UCC estes programas de apoio a crianças com necessidades transitórias ou permanentes que apresentem transtornos no seu desenvolvimento. Ajudar a família em fases de transição importantes como o surgimento de uma doença crónica num filho, de algum tipo de limitação física ou cognitiva... Requer a mobilização dos recursos adaptativos da família mas igualmente da comunidade (saúde, educação, e acção social), de forma a garantir o apoio necessário e a integração destas crianças e suas famílias na comunidade. Neste contexto, como nos refere (Hockenberry , et al., 2008), o enfermeiro é o promotor/gestor dos cuidados; identifica, avalia e coordena os recursos da comunidade; zela pela manutenção da família e dos seus elementos (auto-manutenção).

No caso do projecto de apoio a criança e jovem em risco tive, oportunidade contactar com casos identificados como sendo de risco real ou potencial (mães adolescente, crianças com processos em curso no tribunal de menores, países identificados como negligentes no que diz respeito a vigilância de Saúde dos filhos...). Pude perceber a articulação que é feita entre os vários intervenientes neste processo mas, devido a “tensão e delicadeza das situações em causa” não me foi possível acompanhar nenhuma destas visitas domiciliar, coisa que compreendo perfeitamente.

**Obj: Desenvolver espírito crítico e reflexivo no processo de tomada de decisão, aplicação de competências relacionais e cognitivas na área da prevenção e promoção da saúde da criança / jovem na área dos cuidados de saúde primários.**

Competências desenvolvidas:

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

Actividades desenvolvida no estágio de saúde infantil:

- Apoiar e sustentar o processo de decisão e base científica, através de um estudo sistemático;
- Usar e aprimorar a comunicação (verbal e não verbal) como uma ferramenta no processo de diagnostico de situação e na relação utente /enfermeiro, trabalhando

a capacidade de escuta, de produção de discursos claros e adequados aos utentes e aos contextos;

- Validar os planos de cuidado e intervenções com o utente/família de modo a garantir o envolvimento do utente/família no processo de cuidado/formação;
- Recorrer ao uso de instrumentos de avaliação (questionários diagnósticos, escalas de avaliação...) de forma a minimizar a ambiguidade do diagnóstico de situação, e promover acções de enfermagem que correspondam a necessidades efectivas dos utentes e cujos resultados possam ser quantificados;
- Manter um discurso aberto e reflexivo com as tutoras de estágio e outros profissionais, de forma a partilhar experiência e pontos de vistas sobre a forma de intervir na área da prevenção e promoção da saúde da criança/jovem.

### Reflexão:

Embora este objectivo fosse elaborado como um objectivo específico do módulo de saúde infantil (o meu primeiro estágio), penso que me despertou para importância do desenvolvimento das competências relacionais e mais particularmente das competências a nível da comunicação no processo de cuidado.

A comunicação é uma habilidade humana, mas para o enfermeiro é mais do que isso como referido no artigo “Comunicação em enfermagem” (Mourão, et al., 2008) é um indispensável instrumento de trabalho, que potencia o cuidado humanizado. O REPE-Regulamento do exercício profissional no artigo 5º alínea 2, reconhece que o tipo de relação que se estabelece entre utente e enfermeiro, é uma relação de ajuda, centrada no benefício do utente. Falar de relação de ajuda é falar de comunicação, e no caso dos enfermeiros, de técnicas de comunicação terapêutica. A assertividade, o saber escutar, respeitar, aceitar e a empatia são fundamentais, como o refere (Amaral, 2009), citando Phaneuf (2005).

No contacto com as crianças /famílias, que fui mantendo nas consultas de saúde infantil, nas actividades desenvolvidas no âmbito do projecto de educação parental (cantinho de amamentação, curso de educação parental e saúde infantil) e através da observação e das oportunidades de reflexão junto das minhas tutoras de estágio, fui-me sensibilizando para a importância da comunicação na minha prática.

A análise das situações para a elaboração de diagnósticos de necessidades e estratégias de intervenção é fundamental. Para tal é necessário antes de mais, ter um conhecimento aprofundado na área de intervenção, neste caso na área de especialização. O cuidado que tive em sustentar a minha prática em conhecimento teóricos e científicos actuais e orientados para o contexto prático, permitiu-me ter um olhar mais crítico sobre a realidade. Neste sentido preocupei-me em estudar e clarificar as situações de maior complexidade com que fui deparando durante os estágios de forma sistemática.

A análise de situação adequada é a primeira condição para ter uma intervenção que responda as necessidades efectivas do utente na sua singularidade.

Um dos grandes instrumentos de trabalho dos enfermeiros é a comunicação. Saber utilizar esta competência utilizando estratégias tais como os comentários abertos, dando espaço ao utente para que expresse as suas necessidades e a sua análise de situação; orientar o utente para o que realmente queremos analisar; recapitular, solicitando a validação da nossa interpretação da mensagem; clarificar a mensagem; focalizar o diálogo, orientando a conversa para o tópico de importância; síntese e planificação realçam, papel do utente na relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e o utente. São estratégias que tive oportunidade de colocar em prática nos vários contextos.

Percebi igualmente, que no contexto da prática da enfermagem temos de ter um desempenho centrado nas reais necessidades da criança /família e na sua singularidade. Para tal, há que ter preocupação em perceber e compreender a intenção do emissor (dar importância a escuta, a reflexão, a recapitulação, a clarificação, a validação consensual da informação e interpretação produzida), mas também, ter atenção a linguagem verbal e não-verbal; produzir informação acessível e perceptível em função da faixa etária, dos conhecimentos, das capacidades de compreensão dos utentes e dos contextos em que a comunicação era produzida.

Segundo (Amaral, 2009), citando Phaneuf (2005), num estudo efectuado por Andrauset al, 2004, a comunicação foi identificada como sendo uma das nove áreas de necessidades de pais de crianças hospitalizadas. Neste estudo a comunicação foi definida como sendo, a necessidade de ser informado, obter conhecimentos próprios (desejando que as suas informações tenham crédito perante a equipa) e parceria (desejando participar nas decisões).

A admissão de uma criança num serviço de urgência, é para a criança/família um acontecimento traumático, abrupto, muitas vezes mal compreendido e que deixa pouco tempo para preparações e explicações (Hockenberry , et al., 2008). Nas unidades de cuidados neonatais, a natureza e gravidade da doença assim como, a complexidade do contexto, extremamente sofisticado do ponto de vista tecnológico, dificulta a compreensão das situações por parte dos pais e é gerador de stress para criança/família. Segundo(Rodrigues, 2010), referindo-se a um estudo qualitativo de Arockiasamyet al. (2008); a informação é um factor decisivo para o sentimento de maior controlo por parte dos pais de crianças internadas em unidades neonatais, dando igualmente relevo a coerência da mesma.

Independentemente dos contextos, a comunicação pressupõe compreensão da mensagem e como tal o uso de uma linguagem adequada, as competências intelectuais, e emocionais da criança/família. Se a linguagem verbal deve ser cuidada a fim de transmitir uma mensagem clara, compreensível e que responda as necessidades cognitivas, e emocionais da criança/família; a linguagem não-verbal não deve ser descurada principalmente na criança. O olhar, a expressão facial, linguagem corporal, o choro, o sorriso, a procura de isolamento (o sono nos bebé, rejeição/fuga ao contacto nas crianças mais pequenas...) são formas de expressão que os enfermeiros devem valorizar (Hockenberry , et al., 2008) e as quais fui sensível.

Desta forma, e compreendendo a importância da comunicação no processo de cuidado, tive preocupação em ter uma abordagem sensível, as características físicas, emocionais e cognitivas dos meus interlocutores, adaptada e individualizadas as necessidades, disponibilidade e capacidades de compreensão das crianças/família.

Apesar da aparente complexidade/imprevisibilidade dos contextos dos cuidados, nos serviços de urgência e unidade neonatal; as crianças/família tem o direito, necessidade e capacidade de compreender mesmo os aspectos mais complexos da prática. Para tal, tive cuidado de explicar com uma linguagem adequada, os procedimentos, sua intencionalidade, sua necessidade, e sensibilizar os pais para aspectos para os quais estariam menos despertos (cuidados antecipatórios, valorização de sinais e sintomas, interpretação dos sinais/comportamento do bebé).

A adequação da linguagem e da competência na comunicação em pediatria remete-nos para a arte do cuidar. Forlin (2011) explica-nos que em pediatria o “cuidar” pressupõe a

utilização do conhecimento técnico científico de forma adequada mas também, de competências relacionais através do toque, do olhar, de uma postura aberta e expressiva que muitas vezes passa pela “brincadeira” por forma a dar a criança, a oportunidade de exprimir os seus sentimentos, distanciar-se temporariamente da doença ou dar significado a uma realidade. O enfermeiro calar-se para melhor ouvir; transmite segurança pelo toque; fala com o brinquedo para chegar a criança; toma simples e compreensível, o que parece complicado e indecifrável.

Embora muito importante, a competências na comunicação não dispensam o conhecimento teórico aprofundado na área de especialidade e o recurso a utilização de instrumentos de avaliação, tais como questionários diagnósticos IACP (instrumento de avaliação das competências parentais), instrumentos de avaliação já parametrizados no SAPE permitiram-me ter uma abordagem mais sistematizada das situações e uma análise menos subjectiva (Ex: avaliação da dor através de escalas; validação de competências, através de grelhas de avaliação como no caso do IACP).

**Obj: Desenvolver competências na promoção da saúde da criança/jovem em contexto escolar.**

Desenvolvimento de competências:

- **Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização.**

Actividades desenvolvidas no contexto da saúde escolar:

- Consultar e conhecer o Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Contactar com os vários profissionais envolvidos nos programas de saúde escolar para além das Enfermeiras responsáveis pelo projecto, nomeadamente a nutricionista de UCC, professores...
- Consultar as bases de dados onde esta contida a informação recolhida para diagnóstico de situação, elaboração das formações em função do diagnóstico de situação, indicadores de execução e de conhecimentos demonstrados pós intervenção.

- Acompanhar e participar em sessões de educação para a saúde em contexto escolar com grupos de alunos de faixas etárias variadas.
- Conhecer as estratégias de intervenção na comunidade escolar em função das diversas faixas etárias.
- Acompanhar algumas sessões de saúde escolar no âmbito da educação sexual /reprodutiva integrada no programa nacional de saúde escolar e de promoção da higiene pessoal e colectiva.
- Assistir a sessões de educação para a saúde com grupos de alunos de faixas etárias diversas para, comparar as estratégias formativas e de comunicação utilizadas com as diversas faixas etárias.
- Acompanhar a abordagem da mesma temática (educação sexual/reprodutiva) ao longo de diversos anos electivos para perceber a monitorização da aquisição de conhecimentos realizados ao longo das sessões.
- Contactar com outros profissionais envolvidos no projecto de saúde escolar para perceber como estes diferentes profissionais articulam a sua intervenção num projecto comum.

### Reflexão:

A saúde escolar é uma importante área de intervenção dos enfermeiros no contexto comunitário. Orientada pelo programa nacional de Saúde escolar, que reconhece a escola como um espaço privilegiado para a promoção da saúde, a educação das crianças em idade escolar é direccionada no sentido de “... *promover conhecimentos sobre saúde e hábitos que a influenciam, atitudes e condutas em relação á saúde e prevenção de acidentes.*” (Hockenberry , et al., 2008 p. 523). Neste sentido o PNSE surge como “...*um referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, consubstancia-se num conjunto de estratégias ou Agenda de Saúde Escolar, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil.*” (Direcção Geral de Saúde, 2006 p. 7), indo ao encontro do que são os fundamentos da intervenção comunitária.

O PNSE considera ainda que para obter ganhos em saúde, é necessária uma estratégia de intervenção global que abrange quatro áreas de intervenção, a da saúde individual e colectiva, a da inclusão escolar, do ambiente escolar e estilos de vidas.

A área com a qual mais tive oportunidade de contactar foi a área de promoção de estilos de vida saudável, através realização de sessões de educação para a saúde em contexto escolar (Educação sexual a turmas de 10º, 11º,12º ano, sessões de educação relativamente aos cuidados de Higiene a turmas do 7º e 9º ano, á pedido da comunidade escolar)

Se numa primeira abordagem o que me suscitava mais interesse era saber e conhecer as estratégias formativas utilizadas nas várias faixas etárias. Rapidamente percebi que podia aprender muito mais, nomeadamente a forma como estas sessões estão incluídas num programa mais vasto, e conduzidas numa lógica de continuidade, quando bem conduzidas, como é o caso como a equipa de saúde escolar de Matosinhos. Compreendi que devem ser sujeitas a uma monitorização constante da actividade em termos de aquisição de conhecimentos e que os conteúdos programáticos devem ser ajustados em função do que estas avaliações nos sugerem.

Pude também perceber que com a continuidade da intervenção dos enfermeiros no espaço escolar, se criam sinergias entre o ambiente social, a comunidade escolar e os profissionais de saúde, de forma a, rentabilizar as competências educativas dos professores ao serviço de alguns projectos; e por parte dos profissionais de saúde, respondendo de forma individualizadas as solicitações das escolas. Tal permitiu-me observar, reflectir e pesquisar do ponto de vista teórico sobre a temática da educação escolar, e desenvolver competência na área da formação e educação para a saúde em contexto escolar/comunitário (Ex: elaboração de questionários diagnósticos On-line para garantir anonimato, caixas de perguntas; abordagem de temáticas em consonância com os conteúdo programáticos lectivos e com as necessidades subjectivas expressas pela comunidade escolar; avaliação das formações através de pequenos questionários interactivos no final das formações e na fase diagnostica que antecede a preparação das formação). Esta experiencia, despertou-me para a necessidade de ter uma abordagem sistemática e criativa, problemas da prática.

<b>Obj: Aprofundar conhecimentos sobre o sistema de Triagem implementado na urgência pediátrica integrada do Porto.</b>
---

<u>Competências desenvolvidas:</u>
------------------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações</b></li></ul> |
|---|

**complexas, segundo uma perspectiva profissional avançada;**

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

Actividades desenvolvidas:

- Colaborar com os profissionais de serviço na realização da triagem;
- Realizar triagem a crianças que recorrem ao serviço de urgência do Hospital S. João, com recurso ao sistema implementado neste serviço;
- Reflectir sobre o processo de triagem suas vantagens e limitações;

Reflexão:

Por já ter trabalhado num serviço de urgência (foi de facto o primeiro serviço onde trabalhei), já tinha conhecimento sinais e sintomas mais comuns em função das várias faixas etárias, das épocas do ano, do tipo de assistência clínica prevista em função das situações clínicas mais comuns. É importante que os enfermeiros na urgência, tenham a capacidade de tomar decisões com rapidez e eficiência, o que implica ser capaz de fazer um diagnóstico de situação rápido, recorrendo ao triângulo de avaliação (observar sem tocar: a aparência, circulação, respiração), fazer uma colheita de dados com objectivo de determinando as queixas principais (sem esquecer perguntar se a criança sofre de outro problema de saúde) e monitorizar os parâmetros vitais. É também necessário estabelecer diagnósticos de enfermagem, prioridades intervenções, e manter uma vigilância/monitorização da situação, pressupõe um sólido conhecimento teórico das situações que embora imprevisíveis, são espectáveis neste contexto. As situações mais raras, exigem ser clarificadas no momento; pois podem influenciar a valoração de alguns sinais e sintomas, os nossos focos de atenção e consequentemente influenciar o nosso plano de cuidado. Foi o que aconteceu no caso de um menino portador do Síndrome de VonWillebrand. Este síndrome traduz-se num risco hemorrágico aumentado e considerando que o que trouxe este menino a urgência foi um Traumatismo Cárneo encefálico (TCE); este facto motivou um aumento do seu nível de prioridade na triagem (apesar de ter apenas um hematoma local, sem alteração do estado

de consciência, náuseas/vômitos, cefaleias...) e justificou o internamento para vigilância em sala de observação até ao dia seguinte.

Embora não sendo exclusivo dos serviços de urgência, é sem dúvida no contexto da triagem que fui chamada a desenvolver e treinar a minha capacidade de apreciação das situações e capacidade de resposta a situações imprevistas e mais ao menos complexas. Em contexto de cuidados de saúde primários não tive contacto com nenhuma situação de carácter urgente ou emergente, tal como em Neonatologia. Apesar da gravidade das situações com que fui contactando, as crianças estavam estabilizadas e não participei/assisti a nenhum evento ou deterioração abrupta do estado de saúde dessas crianças que justificasse uma intervenção de emergência; contrariamente a minha experiência no serviço de urgência. Para além das mais diversas situações com que me fui deparando nos cerca de vinte casos que tive oportunidade de triar, destacaria os dois casos de crianças com crise convulsivas, aos quais prestei assistência de forma integrada na equipa multidisciplinar e o caso de uma bebé com quadro de irritabilidade de difícil apreciação, ficando-se em dúvida se esta irritabilidade era motivada pela febre ou por outro tipo de situação clínica mas grave. Após ter administrado antipirético à criança, verificado que o abdómen da bebé era mole, depressivo, e ter dado algum tempo para tentarmos acalmar a bebé sem sucesso; perante este choro inconsolável, decidimos subir a prioridade desta situação que veio a revelar-se ser um caso de sépsis.

O contexto da Urgência (por vezes os cuidados de saúde primários e quase nunca no caso dos internamentos), tem de particular o facto de nos colocar em contacto com a criança/família de uma forma normalmente imprevista, sem que tenhamos o mínimo conhecimento do motivo pelo qual recorre ao serviço de urgência, das suas competências habituais, do ponto de vista do desenvolvimento físico/psíquico e motor; das patologias crónicas de que possa ser portadora, da história pregressa que antecedeu as horas ou dias, até a vinda a urgência... Assim aquilo que se pretende é que seja capaz de fazer a triagem das mais diversas situações dos zero aos dezoito anos.

O termo deriva da palavra francesa “trier”, que significa escolher, seleccionar, separar, consiste na avaliação clínica preliminar a fim de determinar o nível de urgência e o quão rápido necessita ser assistido a criança.

Segundo (Diogo, 2008), citando Beveridge, Clarke, Janes et al (1998) considera que a atribuição exacta da categoria de urgência se baseia no conhecimento prático adquirido

da experiência e do treino, na correcta identificação dos sinais e sintomas e no uso das “guidelines” e protocolos de triagem. Pressupõe igualmente, competências no âmbito da comunicação (aspecto considerado fundamental para o processo de triagem), bom senso, paciência, compreensão, discrição e capacidade organizativa. Assim a triagem em pediatria, reveste-se de particularidades a qual a minha experiência profissional e a minha formação académica na área de especialidade contribuíram a por em prática.

O enfermeiro tem de possuir um nível de conhecimento aprofundado na área da saúde infantil e pediátrica, saber dar expressão ao estágio de desenvolvimento dos utentes, ter conhecimento sobre as doenças/lesões mais comuns nas diferentes faixas etárias, ter conhecimento sobre os mecanismos de compensação/idade, ter em atenção o potencial de deterioração das situações/idade e assim conseguir fazer a gestão das situações que sabe justificarem uma vigilância mais cuidada (aumentando o nível de prioridade).

A capacidade de apreciação das situações requer treino e sensibilidade e capacidade de gestão dos casos triados e que requerem reavaliação periódica em função do nível de prioridade que lhe foi atribuído. No caso da triagem Canadiana, existem cinco níveis distintos: nível I (vermelho) assistência médica imediata; nível II (laranja), assistência médica em 15min; nível III (amarelo), assistência médica, 30min; nível IV (verde), assistência médica, 60min; nível V, (azul), assistência médica 120min.

Estes níveis de prioridade são atribuídos mediante a apreciação do triângulo de avaliação (aparência, respiração, circulação), numa primeira fase, na determinação da queixa principal, na valoração de situações especiais (idade; patologia de base, cardíaca, metabólica), constantes fisiológicas (sinais vitais e estado neurológico).

Apesar deste sistema de triagem se apoiar num sistema informático que estabelece automaticamente o nível de prioridade mediante a informação introduzida no sistema de registo pelo enfermeiro; o enfermeiro tem autonomia para baixar ou subir a prioridade. Foi o que sugeri numa situação particular de uma bebé, que deu entrada apenas com febre e um choro irritado, o que poderia ser atribuído a febre. Sem outras alterações o sistema atribui-lhe o nível III, mas após verificar que apesar de todos os esforços da mãe para acalmar a bebé, o choro era inconsolável, e apresentar muito discretos, sinais de má perfusão, decidimos subir a prioridade para nível II. Após avaliação médica percebermos que de facto a bebé tinha uma sépsis.

Como já o disse, foi no contexto da triagem que pude dar resposta as situações mais agudas e inesperadas na assistência a criança/família com os entrados dois casos de crianças com crises convulsivas. Colaborei com os elementos da equipa, na assistência destes dois casos e pude confirmar a importância da organização, treino e coordenação dos vários intervenientes na assistência a situações de emergência para garantir uma assistência pronta, eficiente e eficaz.

**Obj: Promover a parceria de cuidados.**

Competências desenvolvidas:

- **Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP**
- **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;**

Actividades desenvolvidas:

- Identificar as capacidades da família
- Identificar as capacidades da criança/adolescente
- Negociar os cuidados a prestar à criança
- Planear os cuidados com a família
- Executar quando necessário os cuidados familiares
- Dar espaço para a expressão de sentimentos e necessidades

Reflexão:

Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família nas unidades neonatais, é um desafio actual neste contexto prático. Uma realidade onde o conhecimento e a evidência científica mudaram e estão a mudar prática.

Quando nasce o recém-nascido é colocado num ambiente que contrasta do ambiente seguro e acolhedor do útero materno, promotor de um desenvolvimento cerebral sadio durante a vida fetal.

As unidades neonatais sobrecarregadas de estímulos, como o ruído, a luz excessiva, os equipamentos, os procedimentos dolorosos e os próprios cuidadores, representam agentes potencialmente nocivos e criam novos desafios ao desenvolvimento neuropsicológico, neurofisiológico, psicoemocional e psicossocial do bebé e particularmente do prematuro. Estes estímulos podem ser factores de stress para o bebé, e podem induzir o aparecimento de eventuais sequelas ou agravando o seu desenvolvimento, (Amaral, 2009).

A mesma autora citando, Oliveira et al. (2008) descrevem as diversas sequelas relacionadas com a prematuridade, e dividem-nas em major e minor. A estimulação inadequada a capacidade neurológica do neonato e particularmente do prematuro funciona-se como um factor de stress nocivo ao desenvolvimento do sistema nervoso do bebé.

Sabe-se hoje em dia, que mesmo sem lesão neurológica major, estas crianças tendem a desenvolver problemas no seu desenvolvimento cognitivo, motor, emocional tais como: atraso da linguagem, défice de atenção e hiperactividade, alterações do comportamento, labilidade emocional e perturbação do desenvolvimento da coordenação,(Amaral, 2009).

Os cuidados centrados no desenvolvimento, surgem com o intuito de reduzir o stress existente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, preservar e promover o potencial de desenvolvimento cerebral e comportamental do recém-nascido e particularmente do prematuro.

Este conceito do cuidado centrado no desenvolvimento remete-nos para uma dinâmica de cuidado em que a interacção entre o recém-nascido/cuidador/ambiente assume um aspecto dinâmico e intencional.

Nos cuidados incluem-se diferentes estratégias para modificar o ambiente extra-uterino, visando a redução do ruído (modulação da voz, baixar volume dos alarme, cuidado com abrir/fechar portas, objectos pousados nas incubadoras), da luminosidade (luz ambiente e recursos a mantas no topo das incubadoras), a diminuição das manipulações ao bebé,

promovendo períodos de repouso mais prolongados. Recursos a estratégias que visam obter um controlo da postura e organização motora do bebé, com o recurso aos ninhos, a técnicas de contenção como o pousar das mãos. Pude verificar igualmente (pus eu própria em prática), a preocupação em agrupar as intervenções, de forma a reduzir o nível de stress decorrente da manipulação excessiva e extemporânea; ainda, o recurso a sucção não nutritiva, e implementação do método canguru; a monitorização da dor, com recurso a Escala de Dor e Desconforto de EDIN, e ao seu controlo, com recurso ao uso protocolado da Sacarose a 24% e controlo terapêutico.

Associar a estas estratégias, o programa Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) está a ser implementado no serviço. Este programa é centrado na família, e defende que: *“o bebé é capaz de nos transmitir, através do seu comportamento, a informação necessária das suas capacidades”*(Amaral, 2009 p. 29). Este programa baseia-se na avaliação neuro-comportamental do bebé: o sistema autónomo, o sistema motor, os estados de consciência, as capacidades de atenção e de interacção e as capacidades auto-reguladoras. No caso específico da neonatologia do S. João, esta avaliação é realizada, por enfermeiras/médicos com formação no NIDCAP. São estes profissionais que fazem a monitorização das capacidades neuro-comportamentais dos prematuros, e são estes, os enfermeiros de referência no que toca a sensibilização e ensino das mães/pais para que desenvolvam competências na leitura mais assertiva do comportamento do bebé e consigam uma interacção mais adequado as suas necessidades.

Apesar de haver uma equipa com formação específica no NIDCAP, os cuidados centrados no desenvolvimento e na família, promovendo o envolvimento dos pais nos cuidados e tornando-os sensíveis aos sinais e necessidades expressas pelo bebe, através do seu comportamento são uma preocupação de todos os elementos da equipa. Os pais são foco de atenção o mais precocemente possível e considerados nos planos de cuidados. Agilizam-se e elaboram-se os planos de cuidados, em função de criança mas também das necessidades da família (pais/irmãos). Esta é a realidade da prática diária desta unidade e foi igualmente a minha.

No entanto, os cuidados centrados no desenvolvimento e na família são hoje uma preocupação indissociável da realidade da enfermagem pediátrica. Embora, tenha definido este objectivo específico para o contexto dos cuidados neonatais, este é

transversal ao vário contexto da prática. Não resta dúvida de que falar de criança é falar de desenvolvimento, de tarefas evolutivas: “... grupo de habilidades e competências peculiares a cada estágio evolutivo que as crianças devem realizar ou dominar para lidar efectivamente com o seu ambiente.” (Hockenberry , et al., 2008 p. 75), de estádios de desenvolvimento (Período pré-natal; lactância-do nascimento aos 12 meses; primeira infância-1 a 6 anos; infância media-6 a 11 ou 12 anos; infância tardia-11 até 19anos) e das alterações físicas, fisiológicas, cognitivo, emocionais e sociais que lhe estão mais significativamente associadas. Assim como dos factores de risco e eventos (doenças, acidentes, comportamentos, eventos familiares e/ou sócias...) que podem comprometer estes eventos esperados, próprios de um desenvolvimento saudável.

Factores como a hereditariedade, factores ambientais, nutricionais, relacionamentos interessam, socioeconómicos; o stress, quer seja físico ou emocional, como é o caso em situação de doença, funcionam como elementos potencialmente perturbador do desenvolvimento da criança.

É a luz destes conhecimentos, que os enfermeiros de saúde infantil e Pediátrica, orientam as suas práticas. Cada criança é uma criança, mas há eventos ou aquisições, que se espera que ocorram em determinadas faixas etárias já que, o desenvolvimento é sinonimo de mudança de um estágio menos avançado para outro de maior complexidade (Hockenberry , et al., 2008). Quando tal não se verifica isso funciona como sinal de alarme para os Enfermeiros, na sua avaliação da criança.

Estes “ marcos” e eventos previsíveis do ponto de vista do desenvolvimento, são igualmente considerados nos cuidados antecipatórios com o objectivo de promover e conduzir à apropriação e/ou desenvolvimento de competências nas famílias. Em pediatria, a família é considerada como “ *uma constante na vida da criança e a unidade básica de saúde na qual a criança receberá os cuidados de promoção á saúde e prevenção de doenças, além dos primeiros atendimentos*” (Peres Pinto, et al., 2010 p. 134). Foi o que pude por em prática quer nas consultas de vigilância, nas sessões de educação parental, com a avaliação do crescimento (parâmetros antropométricos) e do desenvolvimento (postura e a motricidade global, visão e motricidade fina, audição, linguagem, comportamento e adaptação social) e promoção de cuidados antecipatórios (alimentação, dentição, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento e temperamento, sono, acidentes e segurança, temperatura normal e febre, sintomas/sinais de alerta,

sinais/sintomas comuns, reacções às vacinas e outros).No entanto o cuidado centrado no desenvolvimento e família está presente de uma forma transversal e em qualquer contexto prático.

A forma como nos relacionamos com a criança/família, como estruturámos o nosso plano de cuidados, o valor que atribuímos a alguns sinais/ sintomas, está condicionado pelo estágio desenvolvimento da criança e pela capacidade e conhecimento da família para dar repostas necessidade físicas, emocionais e desenvolvimentais da criança.

Por exemplo, se recorrer um lactente com febre ao serviço de urgência, irei atribuir uma prioridade diferente de que se for o caso de um adolescente; consigo comunicar tanto com um lactente, como com um adolescente mas não da mesma forma; um casal que sejam pais pela primeira vez, poderão ter dificuldade em interpretar o comportamento do seu bebé recém-nascido, mas o pai de uma criança de dois anos poderá ser uma fonte informação preciosa quanto aos rituais, estratégias, objectos de transição que habitualmente usa para adormecer o filho... Assim quando falamos de cuidados centrados na família, não podemos só considerar o estágio desenvolvimental da criança. Temos de considerar as reais capacidades e competências da família. “*A família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo.*” (Mano, 2002 p. 53). Para tal, temos que reconhecer que esta é dotada de capacidades e competências, fazer uso destes recursos, identificar necessidades, e fornecer oportunidade a família para atingir essas competências. É importante, a partilha de informação e conhecimento com a família por forma a capacita-las no seu processo de tomada de decisão.

Identificar e mobilizar recursos/capacidades existentes na família, foi o que tive oportunidade de fazer no projecto Bem-me-quer de uma forma muito estruturada, com a aplicação do IACP; mas era aquilo a que muitas vezes era chamada a fazer quando por exemplo percebia que uma mãe com o filho internado no meu serviço (nefrologia) não tinha a percepção do perigo que representava dar para a não, um objecto de pequenas dimensões numa criança que mete tudo a boca (Fase oral) e que com facilidade o poderia aspirar, explicando-lhe de uma forma informal, o risco que existia nesta atitude, perante uma criança sem o desenvolvimento motor e cognitivo capaz. Ou então quando se afastava, sem subir a grade do berço sobre pretexto de o bebé ainda ser pequeno e não mexer. Pelo contacto que ia tendo com as crianças /família (o que era recorrente,

pois os meninos internados na nefrologia eram na maioria portadores de patologia crónica), verificava que as mães, numa atitude de superprotecção, não potencializaram o desenvolvimento da autonomia dos filhos, relativamente a sua capacidade de autocuidado no que se refere aos cuidados de higiene, alimentarem-se pela própria mão, controlo dos esfíncteres, para dar alguns exemplo. Nestes casos se verificássemos que não existia nenhum constrangimento devido a situação clínica da criança (dor, fadiga, alteração da mobilidade, do apetite) aproveitávamos a oportunidade do internamento para capacitar mãe e criança das suas reais potencialidades e competências; explicando a mãe, as competências que a criança evidenciava em termos de desenvolvimento sensório-motor e cognitivo que nos permitem afirmar que, com o devido incentivo e apoio, a criança era capaz de desenvolver um comportamento mais autónomo.

A orientação, apoio e supervisão, no respeito dos valores, prioridades e singularidade da criança/família são indispensáveis. Sabemos que, “...As crianças têm os próprios mecanismos e necessidades internos que influenciam o desenvolvimento; mas são também animais sociais, que não podem se desenvolver de modo favorável em isolamento.” (Papalia, et al., 2009 p. 25). O ambiente familiar, é um elemento privilegiado para o crescimento e desenvolvimento da criança, e ao “...criar oportunidade e meios para que todos os elementos da família manifestem suas capacidades e competências para atender às necessidades da criança e família...” (Hockenberry , et al., 2008 p. 12); o profissional de enfermagem promove o empoderamento da criança/família, apoiado numa relação de parceria nos cuidados, o que pressupões “ uma relação terapêutica construída na base da confiança e respeito mútuo” (Mano, 2002 p. 55), na negociação e no respeito/preservação da união e papéis familiar. A flexibilidade organizacional de serviços (Ex. ajustar planos de cuidados as necessidades e disponibilidade dos pais, no respeito dos papéis familiares para colaboração no processo de cuidado; com flexibilidade nos horários; possibilidade de uso de objectos pessoais; recurso a estratégias de familiares para alimentação da criança, para adormecer ...) são importantes na implementação efectiva desta filosofia assistencial.

**OBJ: Promoção da parentalidade**Competências desenvolvidas:

- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;**
- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;**

Actividades desenvolvidas no contexto do estágio de neonatologia e urgência:

- Perceber através do diálogo informal, com os profissionais dos serviços, a percepção e valor atribuído em ambos os contextos ao papel parental;
- Observar nos contextos práticos as atitudes e estratégias de intervenção que visam promover e desenvolver o papel e competência parentais;
- Envolver os pais no processo de cuidados em qualquer contexto, promovendo vinculação e parceria nos cuidados;
- Apoiar os pais, no seu papel parental nos vários contextos práticos;
- Adoptar uma postura de tolerância e respeito pela crença e valores socio-culturais, intrínsecos a criança/família;
- Identificar necessidades, conhecimentos e habilidades no desempenho do papel parental;
- Apoiar-me na relação de ajuda para promover aquisição de competências parentais e desempenho do papel parental;
- Apoiar os pais no processo de transição da criança/família;
- Participar e conduzir processo de ensino /supervisão na área das competências parentais;

Actividades desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários.

- Realizar e participar nas sessões de educação parental integradas no projecto bem-me-quer;

- Aplicar o Instrumento de Avaliação de competências parentais no âmbito do projecto Bem-me-Quer;
- Realizar ensinamentos informais sobre assuntos que sejam diagnosticados como relevantes no âmbito da gestão do papel parental nas consultas de vigilância;
- Promover através de diálogos informais com os utentes, a partilha de experiências quanto a experiência parental e eventuais dificuldades;
- Orientar os casos em que foram identificados ou verbalizadas dificuldades nas competências parentais para o programa bem-me-quer;
- Informar todos os utentes, com bebés no primeiro mês de vida da existência do programa de educação parental para não perder oportunidade de contacto;
- Participar e dinamizar o cantinho da amamentação;
- Providenciar material e elaborar material informativo (panfletos, Guias informativos...) sobre assuntos de relevância no âmbito das competências parentais e de acordo com os “eventos” próprios do desenvolvimento das suas crianças.

### Reflexão:

Segundo a definição da (CIPE, 2005), a parentalidade é entendida como *“Acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*.

Segundo (Hockenberry , et al., 2008 p. 40): *“Os objectivos parentais básicos, são promover a sobrevivência física e a saúde dos filhos, garantir as habilidades necessárias á auto-suficiência como adulto, e garantir competências comportamentais que otimizem valores e crenças culturais”*.

Muitas vezes vivido na base da continuidade geracional, a percepção de satisfação e confiança dos pais relativamente a este seu papel passa pela aquisição de habilidades

tais como; entendimento básico do crescimento e desenvolvimento infantil, higiene, o brincar e as habilidades de comunicação interpessoal (Hockenberry , et al., 2008).

A competência é mais do que ter conhecimento, é saber aplicar o conhecimento; é ser capaz de compreender uma determinada situação e reagir adequadamente. Este é o desafio que se coloca aos enfermeiros, quando falamos de competências parentais.

O acompanhamento dado as puérperas, no contexto comunitário é uma actividade importante com a qual tive oportunidade de contactar nas duas visitas domiciliárias que fiz durante o estágio de saúde infantil. Pude verificar que este acompanhamento é fundamental no sentido de orientar e apoiar estas jovens famílias na construção de uma vinculação segura, no desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado a criança, e expressão de satisfação, harmonia, confiança no desempenho do papel parental,(Tomey, et al., 2002).

O nascimento de uma criança é um período de transição importante na vida de uma família, com necessidade de ajustamento de papéis, e cujo comprometimento pode influenciar o desenvolvimento cognitivo, a ligação, a saúde e competência social da criança. Neste sentido, os enfermeiros de saúde comunitária dão um acompanhamento de proximidade (visitação domiciliaria no puerpério) e o mais precoce possível, de forma a identificar dificuldade na consecução do papel parental, ao nível dos cuidados maternos ao recém-nascido (Higiene, alimentação, segurança, conforto físico e emocional, vigilância de saúde...), mas igualmente como o objectivo de identificar ou acompanhar, situação de risco tais como: “...*mães adolescentes, mães velhas, mãe doentes, mães com deficiências congénitas, famílias que sofrem de tensão antepartum,...* (tais como) ...*pais em risco, mães que tiveram partos por cesariana, ligações paterno-infantil e competência parental,*” tal como o estudou Mercer (1995) (Tomey, et al., 2002 p. 523).

Pude acompanhar e realizar duas destas visitas e verificar que, o facto de poder contextualizar os ensinamentos, verificar a forma como as mães põem em prática os conhecimentos e informações que lhes foram transmitidos nos cursos de preparação para o parto (no contexto do programa Bem-me-Quer), sofrem muitas vezes a influência da valorização e interpretação que a mãe deu a informação, da sua capacidade em por na prática os conhecimentos que lhe foram transmitidos; da sua capacidade de leitura dos

sinais e resposta do bebé, na interacção mãe-bebé; das fontes de apoio ou stress que rodeiam este micro-sistema que é a família.

Neste sentido os enfermeiros funcionam como uma fonte de apoio, que pode minimizar as dificuldades expressas pelos utentes e/ou detectadas pelo profissional, à trazer do aconselhamento, orientação, supervisão e acompanhamento de proximidade junto destas famílias. Este acompanhamento pode manter-se em contexto de consulta de saúde infantil agendadas no centro de saúde, ou nos casos em que se detectam maior risco, manterem-se em contexto domiciliário ou incluídos no programa Bem-me-Quer.

Claro que a promoção das competências parentais não se reduz ao acompanhamento da criança/família na fase do puerpério. Embora, seja evidente que esta promoção de competências deva ser realizada o mais precocemente possível, ainda na fase da gravidez; é evidente que o cuidado neste âmbito obedece ao conceito do cuidado centrado no desenvolvimento; orientando os ensinamentos em função dos marcos desenvolvimentais da criança/jovem, do ponto de vista, bio/psio/sociais. No âmbito da consulta de desenvolvimento, tive oportunidade de fornecer informações que fossem importantes (atendendo ao desenvolvimento da criança/jovem, ou problemas de saúde), solicitada pelos pais ou identificada como necessárias; de forma a permitir aos pais uma gestão harmoniosa, integrada no quadro de referência e valores da família, competente e promotora do potencial de desenvolvimento e saúde da criança/família.

No âmbito do projecto Bem-me-Quer, tive oportunidade de dinamizar as sessões de massagem infantil; espaço privilegiado, para a promoção da vinculação, da transmissão de sinais de afecto e conforto ao bebé, à trazer do toque; de sensibilização para a escuta activa e interpretação dos sinais do bebé e para abordar de uma forma informal, algumas temáticas (Ex: “choro emocional”, temática que abordei com um grupo de pais) que sejam sugeridas pelos pais ou, que surjam como pertinentes no decurso das sessões.

A oportunidade de dinamizar o cantinho da amamentação, permitiu-me promover competências parentais no âmbito do aleitamento materno através do apoio, instrução, e treino de jovens mães com dificuldade na amamentação; de assistir, colaborar, elaborar e conduzir duas sessões de educação parental, cujas temáticas eram “ Sono do bebé” e “ Vigilância de saúde-lidar com problemas comuns”. Integradas com programa de educação parental e indo de encontro as necessidades formativas detectadas através da aplicação do IACP. Esta actividade permitiu-me o alargamento de conhecimentos na

temática da parentalidade e nas estratégias para o conseguir, respeitando a individualidade dos utentes, suas crenças, valores e necessidades expressas. Em retrospectiva, percebi a necessidade de centrar a minha intervenção não só, no que eu quero transmitir, mas também indo ao encontro do que realmente preocupa os utentes e nas diversas estratégias para o conseguir; atendendo a perspectiva ecológica sobre a qual assenta na teoria de Mercer (1995),(Tomey, et al., 2002).

O nascimento de uma criança é sempre um momento de crise e ajustamento de papeis no ceio de uma família; mas o nascimento de uma criança doente ou prematuro é uma situação de grande stress emocional para os pais. Estes deparam-se com um bebé muito distante do bebé imaginário, com mais difícil de interpretar e até de tocar, constituindo em obstáculo perigoso a vinculação.

O envolvimento dos pais no processo de cuidado, é uma das condições importantes para promover o papel parental em qualquer dos contextos práticos. As estratégias vão desde fornecer informação; reforçar sistemas de apoio; promover a vinculação entre pais e RN; ensinar, instruir, treinar, orientar, apoiar e supervisionar habilidades na prestação de cuidados.

Os pais são chamados a estabelecer uma relação de parceiros nos cuidados, colaborando nos cuidados familiares e nos de enfermagem mediante a sua disponibilidade, estado de saúde da criança e a avaliação feita pelo enfermeiro. É uma importante estratégia para reforçar sentimento de controlo da criança/família relativamente a situação de doença.

No contexto da urgência os pais podem e acompanham os seus filhos ao longo do circuito do utente, são uma importante fonte de informação relativamente ao estado de saúde dos filhos, hábitos, gostos, comportamento habituais. São fonte de segurança para os filhos e são valorizados como tal. Os ensinamentos realizados juntos dos pais para promover suas competências parentais, tem frequentemente que ver com, os cuidados de vigilância de saúde, precauções de segurança, promoção de hábitos de vida saudável e orientação para recursos da comunidade.

São ensinamentos menos estruturados do que no serviço de Neonatologia, porque o tempo de permanência no serviço muitas vezes não o permite. No entanto quando são detectadas necessidades de intervenção em focos da prática relacionada com papel parental são alvo de intervenção através do fornecimento de informação, ensino e/ou treino.

Do que fui observando na minha passagem pelo serviço, penso que os profissionais da urgência descoram um pouco a vertente da continuidade dos cuidados. Raramente redigem uma carta de alta dirigida aos enfermeiros de família dos seus utentes. A verdade é que, muitas vezes, o contacto em contexto de urgência é demasiado sumário para garantir que o processo de ensino/aprendizagem tenha tido o resultado esperado.

Em contexto de neonatologia, o processo de ensino (educação para a saúde/treino) e supervisão (facilitadora e impulsionadora da aprendizagem e do desenvolvimento humano.) é mais estruturado.

Existe no serviço, um documento concebido para o efeito, de modo a garantir que efectivamente as acriança/família foram sujeitas ao um processo de ensino a fim de desenvolverem competências nos domínios dos cuidados com a: alimentação; cuidados de higiene; sono e repouso; vigilância de saúde; segurança.

Conscientes da importância da continuidade dos cuidados e da importância de os contextualizar, os enfermeiros também elaboraram uma carta de alta/transferência, de modo a documentar e facilitar a continuidade dos cuidados (inclusivo na promoção das competências parentais) após a alta.

O contexto dos cuidados Neonatais é um contexto muito particular no que se refere a promoção das competências parentais, principalmente na fase em que os neonatos estão numa fase mais instável e dependentes de cuidados muito sofisticados do ponto de vista tecnológico. Confrontados com bebé muitos diferentes dos bebé de termo, (no caso dos prematuros), cujo a prematuridade e/ou gravidade do estado clínico altera, ou tornam de difícil interpretação os sinais do bebé, é função do enfermeiro garantir que apesar dos obstáculos e com o devido apoio e supervisão, os pais sejam capaz de transmitir a segurança e conforto que é indispensável e vital ao desenvolvimento, segurança, conforto e muita vezes sobrevida deste bebés. As mães são treinadas e incentivadas a envolverem-se o mais precocemente possível no plano de cuidado dos seus filhos. São incentivadas a dar resposta a necessidades tais como a da alimentação dos seus filhos, através da extracção mecânica do leite; incentivo ao toque e progressivamente (sempre no respeito da vontade expressa dos pais), e com a devida orientação e supervisão, são envolvidas em actividades de maior complexidade (Ex: Mudança de fralda, vigilância da temperatura corporal, alimentação por gavagem, implementação do método kanguru). Este esforço vai no sentido de garantir que o processo de

internamento não funcione como um obstáculo, a vinculação e desenvolvimento de competências parentais.

Neste sentido a implementação do NIDCAP, através da avaliação, envolvimento e ensino, feito junto dos pais para os capacitar, no sentido de terem uma interação mais integrada e responsiva as necessidades expressas pelo bebé, vai de encontro ao que é uma das importantes condições para o sucesso do papel parental o de saber “ler e interpretar” os sinais do bebé ou seja, de compreender a sua forma de comunicar e dar resposta as necessidades por ele expressas. O desenvolvimento desta competência, dá resposta a uma das importantes vertentes do papel parental, o da vinculação; criando uma ligação afectiva e emocional duradoura e estruturante para a criança.

### 3.2. Domínio de competências da Gestão.

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Obj: Conhecer estrutura física, dinâmica e funcional dos diversos campos de estágio.</b></li></ul>
<u>Desenvolvimento de competências:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;</b></li></ul>

#### Actividades

- Tomar contacto com enfermeiro chefe do serviço/responsável pela área da formação e/ou Enfermeiro tutor;
- Contactar e conhecer os diversos elementos da equipa inter e multidisciplinar;
- Realizar visita guiada ao serviço;
- Consultar documentação existente no serviço (normas, protocolos, folhas/ programas informáticos de registo, colectânea de bibliografia pertencente ao serviço);
- Clarificar a filosofia e estratégias organizacionais do serviço, através do diálogo informais com os Enfermeiros tutores e restantes elementos da equipa e/ou, através da consulta de planos de acções das diversas unidades;
- Planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem tendo em conta as necessidades dos utentes e respeitando as normas vigentes.

### Reflexão:

Em qualquer dos contextos, foi necessário conhecer a estrutura física dos serviços, a filosofia, dinâmicas e estratégias de trabalho, através da consulta de planos de acção, norma, protocolos, procedimentos e instrumentos de registos. Tal permitiu-me enquadrar e balizar o meu desempenho prático nos vários contextos, no respeito dos procedimentos, regas e normas implementadas nos serviços.

Da mesma forma, a produção de guias orientadores (Ex: o da consulta de vigilância de saúde infantil), normas (Ex: relativamente a colheita de espécimes), protocolos (Ex: Preparação de terapêutica intravenosa na Unidade de Neonatologia sobre supervisão de um colega de serviço), *check-list* (Ex: Carro de urgência), são documentos elaborados e pensados no sentido de normalizar e uniformizar o desempenho dos profissionais e que visam garantir a eficácia, eficiência e a segurança dos cuidados atendendo a realidade para as quais são produzidas; com base nas evidências científicas sobre as quais são fundamentadas. Reflectem igualmente, o esforço dos profissionais em reflectir sobre a sua prática, sobre a forma de dar uma resposta de qualidade no que toca as diversas áreas da prática (cuidado preventivo, curativo; gestão dos recursos humanos e matérias; formação; investigação).

Tive de conhecer os recursos físicos/material dos serviços, os cuidados e estratégias para garantir sua disponibilidade, seu uso adequado e racional. Quando falamos de recursos físicos/material falamos inevitavelmente da gestão dos mesmos e de eficiência dos cuidados (relação entre resultados obtidos e recursos despendidos). Não é possível fazer uma boa gestão dos cuidados, sem ser capaz de conhecer os recursos materiais e físicos necessários para a implementação dos cuidados; conhecer as características, a forma de manutenção dos equipamentos, o seu correcto acondicionamento e uso (ex: acondicionamento de terapêutica, forma de reconstituição, forma de administração, incompatibilidades medicamentosas, validade pós manipulação...); sem ser capaz de prever e mobilizar os mesmos. Cada vez mais os profissionais são chamados a fazer um uso racional dos recursos físicos e materiais que tem ao seu dispor (Ex: articular o uso do automóvel que está ao dispor dos diversos profissionais que se deslocam junto das comunidades; aproveitar uma ampola de medicação que não foi utilizada na totalidade e cuja a estabilidade da terapêutica permita o seu uso a posteriori para outra toma); e no caso dos enfermeiros, a preocupação em sensibilizar outros profissionais, que utilizam

equipamento que, muitas vezes é requisitado e cuja acondicionamento/manutenção, está ao cuidado dos enfermeiros gestores das unidades; para a necessidade de não os utilizar de forma irracional e de não serem levianos no desperdício de matérias que exigem e aos quais depois não dão uso (Ex: abertura extemporâneo de kits de traqueias para ventilador).

Para desenvolver uma actividade consistente e com capacidade em mobilizar de forma adequada e racional os recursos existentes nos vários serviços, tive de conhecer e identificar a articulação entre a equipa intra e interdisciplinar cuja actividades dependentes ou inter-dependentes concorrem para uns objectivos comuns, o de garantir um atendimento de qualidade foi igualmente uma das minhas preocupações.

Quando falamos de qualidade em saúde falamos, como já vimos, de conceitos como o de eficácia, eficientizados cuidados. Mas falamos igualmente de equidade e acessibilidade dos cuidados em relação aos utentes; satisfação dos prestadores de cuidados e dos utentes sendo estes últimos, uma importante fonte de informação aquando da avaliação; adequação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população; continuidade de cuidados; estrutura física e organizacional da instituição; competência profissional, do ponto de vista técnico-científica mas também relacional(Ribeiro, et al., 2008).

Para poder fazer uma análise dos vários contextos, e desenvolver uma actividade em consonância com a visão, missão e filosofia das diversas realidades em que desenvolvi a minha aprendizagem foi necessários consultar, planos de actividades dos serviços (os da UCC e USF); dialogar com os enfermeiros tutores de estágio, responsáveis de serviço, diversos elementos das equipas inter e intra-disciplinar; inteirar-me dos diversos projectos em cursos nos serviços (Ex: NIDCAP, na unidade de neonatologia); observar e consultar, guias, documentos de registos de avaliação inicial, registo de actividades e alta.

Pude verificar que em qualquer dos contextos, o cuidado centra-se no desenvolvimento (com abordagem e planos de cuidados adaptados ao estágio de desenvolvimento da criança) e, na família como *“espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa”* (Figueiredo, 2009 p. 30).

Particularmente evidentes no contexto dos cuidados de saúde primários, os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar; no apoio e mobilização das suas capacidades em dar resposta aos problemas reais ou potências de corrente de situações de doença ou do processo de vida, ao longo do ciclo vital. Como nos refere (Hockenberry , et al., 2008 p. 11), na enfermagem pediátrica, “ *A enfermagem apoia as famílias em seus papéis naturais de cuidadores e tomadas de decisões, baseando-se em suas forças singulares e reconhecendo sua capacidade em cuidar dos filhos...*” e falarmos disso, é falarmos em parceria nos cuidados e em promoção de competências por parte da família no cuidado, na prevenção e “ *...promoção do potencial de saúde, através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento.*”, (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 12).

As consultas de vigilância de saúde infantil (integrados no contexto da USF), projectos como o projecto “Bem-me-Quer” (integrado no contexto da UCC), nas quais tive oportunidade de desenvolver minha actividade são disso mesmo a aplicação prática. Desenvolvem um trabalho de grande proximidade junto da comunidade, e através da monitorização da sua actividade (rigor na avaliação e registos das actividades no SAPE, SINUS, de outros instrumentos de registo elaborados pelos profissionais e trabalho de equipa multidisciplinar) procuram dar uma resposta adequada as suas necessidades dos seus utentes/família/comunidade, e integrada no todo que é o sistema nacional de saúde.

No contacto que tive com o contexto hospitalar, esse rigor nos registos das actividades independentes de enfermagem é menos presente. De algum modo, ainda “reféns do modelo biomédico” e com instrumentos de registo que tem dificuldade em traduzir a especificidade de algumas das suas actividades, estes profissionais têm mais dificuldade em dar visibilidade a sua actividade e em dar continuidade junto da comunidade, aos planos de cuidados elaborados em contexto hospitalar. Quer seja por, não transmitirem de forma sistemática informação, a quando a alta (carta de alta), junto dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, como era o caso no serviço de Urgência do Hospital S. João. Quer seja por, resistência da instituição em validar documentos de registo das actividades independentes da enfermagem, como era o caso na Unidade de Neonatologia da mesma instituição; o critério da continuidade de cuidados, importante quando falamos de qualidade, aparece como uma fragilidade do sistema. Foram verificações e considerações que tive oportunidade partilhar como nos diversos contextos, como as minhas tutoras, e diversos elementos das equipas.

No entanto, é indiscutível que mesmo a nível hospitalar, e no contexto de grande imprevisibilidade e complexidade como são os serviços de Urgência e Unidades de Neonatologia, há um grande esforço na promoção do cuidado centrado na família e o envolvimento dos pais no processo de cuidados. Os profissionais estão altamente sensibilizados para sempre que possível, adaptar os cuidados a disponibilidade de pais e criança (Ex: Adaptar plano de cuidado por exemplo ensinos, em função da disponibilidade dos pais, protelar uma intervenção junto de uma criança que evidencie sinais de angustia...), permitir o uso de objectos pessoais, permitir que o jovem adolescente se faça acompanhar por um amigo, envolver os pais no processo de cuidado qualquer que seja o contexto da prática... Como nos diz(Amaral, 2009 p. 2) citando (Jorge, Fonseca & Santos, 2004), a humanização dos cuidados em pediatria passa pela *“... atitudes e comportamentos dos profissionais, o seu conhecimento sobre as necessidades das crianças, o seu respeito pelos direitos das crianças e famílias (...) [levarem] à reflexão e à organização dos cuidados e dos serviços de forma mais adequada à criança”*. Assim a competência profissional, não se reduz a competência técnica- científica mas também a relacional, *“... “saber ser e saber estar”, relação de ajuda, respeito, empatia, congruência, saber escutar...”*(Ribeiro, et al., 2008 p. 4). Se é verdade que essa é uma base importante para garantir qualidade dos cuidados e do serviço dispensado aos utentes/família, também é verdade que a estrutura física e organizacional da instituição tem igualmente, um papel fundamental.

Embora em qualquer dos contextos onde decorreram os meus estágios verifiquei que as estruturas físicas dentro dos serviços ou dentro dos gabinetes/espços de consultastendem a ser adaptados a população pediátrica (espços coloridos, berços e camas de grades, cadeira ou cadeirão para acomodar o acompanhante da criança, áreas reservada a amamentação, espço para poder mudar fraldas...); verifiquei que com o alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos, está adequação é muitas vezes deficitária. São por ventura os adolescentes, quer pelo seu desenvolvimento estatuo- ponderal (não cabem nas marquesas demasiado pequenas; em geral há sempre camas de adultos nos internamentos), quer por estarem inseridos em ambientes demasiados infantilizados em relação ao seu estado de desenvolvimento cognitivo e emocional sofrem mais com a já percebida necessidade de adaptar as estruturas físicas mas também organizacional dos serviços.

**Obj: Identificar os desafios e as competências do enfermeiro especialista na área da gestão.**

Competência desenvolvidas:

- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;**
- **Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;**
- **Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;**
- **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;**
- **Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área da especialidade**

Actividades desenvolvidas nos vários contextos práticos:

- Conhecer as funções, actividades e responsabilidades atribuídas aos enfermeiros especialistas;
- Reflectir com o enfermeiro tutor sobre o seu papel (s) o seio da equipa;
- Adoptar espírito reflexivo sobre a prática experienciada.
- Manter diálogos abertos e informais com os diversos elementos da equipa;
- Partilhar experiência profissional e dificuldades ressentidas na prática diária com os profissionais do serviço;
- Identificar as dificuldades/ obstáculos reais ou potenciais que condicionam o trabalho dos profissionais no dia-a-dia;
- Realizar e consultar os registos das actividades no SAPE.
- Consultar e conhecer outros documentos de monitorização, avaliação e registo usados nos vários contextos práticos.
- Procurar saber com que finalidade foi construída; como devem ser aplicados; aplica-los e consultar os indicadores produzidos pela elaboração destas bases de dados.
- Produzir “espaços” informais de reflexão sobre as potencialidades e fragilidades destes instrumentos com os profissionais que os elaboraram ou os utilizam no dia-a-dia.

## Reflexão:

Inequivocamente reconhecido no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 3 e 4), verificamos que no seu Artigo 6.º, estão reconhecidas as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade; na alínea c) “ *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*” e no Artigo 7.º, competências do domínio da gestão dos cuidados; alínea a) “*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*”; alínea b) “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.*”

Embora, alguns contextos nos pareçam mais propensos ao desenvolvimento de determinadas competências, a realidade é que muitas vezes o contacto com a prática superam as nossas expectativas. O serviço de Urgência e Neonatologia, são ambos serviços de grande complexidade e imprevisibilidade. Os enfermeiros especialistas são chamados a desempenhar um papel fulcral no que se refere a gestão dos recursos físicos /matérias, recursos humanos dentro da equipa intra e multidisciplinar e sua articulação; assim como o que diz respeito a garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

Pelo seu conhecimento da área de especialidade e domínio da prática, é ao Enfermeiro Especialista, que compete fazer uma leitura mais capaz da realidade e antecipar as necessidades no que se refere a gestão dos cuidados, e da articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar. Pude observar e perceber, a preocupação das Enfermeiras chefes dos diferentes serviços, em ter integrado em cada equipa, elementos com especialidade na área, de forma a ter um elemento que assuma a liderança e a gestão dos recursos, às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, tal como o sugere a Ordem dos enfermeiros no seu regulamento de competências dos enfermeiros Especialistas.

Com um trabalho organizado em termo de equipa, que se mantém sempre que possível fixas em termos de composição e chefias de equipa (o que pode condicionar as trocas entre os enfermeiros), por forma a garantir estabilidade, coesão e intrusamente entre os respectivos elementos e sua capacidade de resposta as situações de maior complexidade; os Enfermeiros Especialistas são chamados a coordenar os vários elementos da equipa interdisciplinar, a reorganizar distribuição de trabalho em função das características e competências individuais de cada enfermeiro, de zelar pela qualidade e segurança do

seu desempenho; por reunir condições físicas, matérias e humanas que julgar necessária para que a equipa possa dar uma resposta de qualidade as necessidades dos utentes, (Ex: organizar uma unidade para uma entrada em OBS ou na Unidade de Neonatologia). É ele que gere as situações de maior complexidade, e o elemento em quem os restantes elementos da equipa se apoiam neste sentido.

É igualmente, sobre ele que recai a responsabilidade de zelar pelo cumprimento das normas e critérios de boas práticas, o cumprimento de protocolos de serviço, e garantir que são cumpridas as estratégias para minimizar erros (Ex: dois enfermeiros a preparar terapêutica intravenosa, a manipular cateter centrais).

Como formanda, nos estágios do Modulo III, tive oportunidade de colaborar neste sentido, e de eu próprio, fazer uma gestão dos meus próprios cuidados, no que diz respeito a sua planificação (identificando necessidades e elaborando planos de cuidados), organização (prevendo e mobilizando recursos matérias e humanos), execução e avaliação. Fui igualmente chamada a mobilizar outros elementos da equipa multidisciplinar (Ex: pedido de colaboração de um auxiliar, de um médico para reavaliação de um utente); formular um juízo sobre a delegação de competência, no acompanhamento de utentes a exames (Ex: RX), por auxiliares em função do estado clínico da criança, preservando a segurança do utente.

Na prática de cuidados de saúde Primários o papel do enfermeiro especialista, vai ao encontro do que é dito no documento de regulação de competências do Enfermeiro especialista no nº4 do Artigo 2, (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 2), assim o Especialista, *“possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.”*

Assim o em contexto comunitário os enfermeiros actuam ao nível da promoção, vigilância e optimização do estado de saúde dos indivíduos famílias e grupos em contexto comunitário, implica uma actividade consertada a nível interdisciplinar e intradisciplinar. Pude perceber que como enfermeiro, para além do seu desempenho em termos individuais, o especialista é muitas vezes um elemento de referência e tem um papel de consultor nos casos de maior complexidade. Pela sua diferenciação na área é muitas vezes solicitado para emitir um parecer por parte de outros colegas ou

profissionais de outras. Tem um importante papel no que se refere a gestão dos cuidados e na optimização da qualidade dos cuidados.

Enquanto aluna esta competência foi desenvolvida, no sentido em que sempre que foram detectadas necessidades de intervenção para além do que era previsível (dificuldade de adaptação ao papel parental, má evolução ponderal, obesidade, negligência na vigilância de saúde) foram mobilizados os recursos profissionais (nutricionista, psicólogo, assistente social, médico de família). Esta capacidade identificar necessidades, utilizar os instrumentos de avaliação mais adequados para clarificar as necessidades, planear, prever e mobilizar recursos, executar planos de acção ou de cuidados, sem esquecer de, avaliar os resultados produzidos pela nossa intervenção e de os documentar, faz parte da gestão dos cuidados.

A condução de um plano de cuidados ou plano de intervenção junto de uma criança/família ou população-alvo, obedece as mesmas regras que qualquer outro plano de cuidados. Neste sentido, a fase diagnóstica, é muito dependente da informação que possa ser recolhida: informação objectiva, colhida da observação directa (Ex: a quando de contacto com os utentes, Criança/família); e/ou em fonte escrita ou subjectiva, verbalizada pelo utente ou agentes representativos da comunidade (Ex: dos professores); e/ou através da recolha de informação (Ex: questionários). Assim, fica patente a importância dos registos, como fonte de informação para vigiar e monitorizar o estado de saúde dos indivíduos e populações e identificar necessidades de intervenção.

Familiarizei-me e utilizei na minha prática, os instrumentos de registo SINUS, SAPE, IACP e outras bases de dados construídas pelos profissionais (nomeadamente em contexto da saúde Escolar), com o objectivo de realizar diagnóstico de necessidades (Ex: vigiar estado vacinal de uma criança, verificar o cumprimento da vigilância de saúde programada, a fim de determinar necessidade de agendamento de consulta...) e registo de actividades. Pude verificar que a informação produzida pelos registos é indispensável em termo de monitorização e determinação das necessidades, das actividades, e na produção de indicadores relativamente aos objectivos ou metas estabelecidas nos planos de cuidados dirigidos a criança/família ou a populações-alvo de programas de saúde ou seja, para zelar pela qualidade dos cuidados e prever/garantir uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Penso já ter exposto anteriormente, de que forma a minha experiência prática em contexto de estágio, e numa análise transversal aos vários contextos práticos, concorreu para o desenvolvimento das competências supracitadas na área da gestão, ressaltando o facto, de alguns contextos proporcionarem experiências mais paradigmáticas e evidentes.

### 3.3. Domínio de competência da Investigação.

**Obj: reflectir sobre os focos da prática**

Competências desenvolvidas:

- **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- **Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;**
- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;**

Actividades desenvolvidas:

- Analisar registos de enfermagem;
- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o assunto;
- Estabelecer diálogo informal, com outros elementos dos serviços, (nomeadamente enfermeira tutora) sobre o tema;

Objectivo, claramente elaborado no sentido de dar respostas as competências na área da investigação, permitiu-me desenvolver as seguintes competências.

## Reflexão:

A Enfermagem é hoje em dia indiscutivelmente reconhecida como uma profissão e uma disciplina académica. Tem uma filosofia identificável, uma estrutura conceptual própria, e uma abordagem metodológica que lhe permite produzir e aplicar conhecimento próprio da sua disciplina tal como nos explica (McEwen, et al., 2009). Para tal não podemos esquecer o importante contributo das teorias de enfermagem, e da sistematização da assistência de enfermagem com a implementação do processo de enfermagem.

Em Enfermagem, *“o saber disciplinar é obtido tanto da prática profissional a que respeita por processos indutivos, como por processos de abstracção teórica, como exploração conceptual e análise conceptual”* (Bastos, 2009, p. 12).

Reconhecendo, o contributo indispensável da investigação para o desenvolvimento da enfermagem, e um meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros determina relativamente as competências dos Enfermeiros dos cuidados gerais, na sua alínea 5, do artigo 9º, que: *“ os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.”*(Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 8).

No caso particular dos Enfermeiros detentores do grau de especialista, no artigo 4, das “competências comuns do Enfermeiro Especialista”; a Ordem reconhece um papel acrescido destes profissionais, *“...a responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 3).

Em retrospectiva, embora tenha elaborado um objectivo específico para o desenvolvimento de competências na área da investigação para o meu último campo de estágio, a minha análise e sensibilização para a necessidade do desenvolvimento de uma prática baseada na evidencia científica e para a necessidade sujeitar a prática a uma análise crítica das práticas e dos seus fundamentos impôs-se logo no primeiro estágio (Saúde Infantil).

A prática é uma fonte inesgotável de fenómenos clínicos para a prática de enfermagem. O Olhar crítico sobre a prática permite identificar os focos da prática, sobre os quais se deve aprofundar e desenvolver conhecimento. Sujeitos a análise mais cuidada, são pontos de partida para a pesquisa e a produção de conhecimento na área (Garcia, et al., 2006). É a análise mais cuidadosa e fundamentada no saber teórico, que nos permite ter esse visão aumentada sobre os fenómenos da prática, definir e conceptualizar esses mesmos os focos.

No meu primeiro estágio, e com o devido mérito dos colegas com quem tive oportunidade de contactar no âmbito da consulta de vigilância de saúde na USF e nos vários programas da UCC (Projecto Bem-me-Quer e programa de Saúde escolar), pude perceber nas diferentes actividades que desenvolvi, a importância dos registos, da monitorização das actividades e do uso de instrumentos de avaliação parametrizados (Ex: Instrumento de avaliação das competências parentais), de modo a reduzir a subjectividade da avaliação. Muito rigorosas na elaboração dos diagnósticos de necessidades, no planeamento das intervenções (com elaboração de objectivos e metas), implementação (num espírito colaborativo entre as equipas intra e interdisciplinar e os agentes da comunidade), e avaliação; esta forma mais sistematizada de abordar a prática permite documentar as actividades, (registo CIPE/SAPE, SINUS, questionários diagnósticos dirigidos a populações-alvos e tratamentos dos dados em bases de dados...), mas acima de tudo permite dar visibilidade a nossa actividade aos ganhos em saúde, contribuindo igualmente para construção de uma “base de dados” para registo da prática. Vão assim ao encontro de um dos eixos prioritários da investigação segundo a definição da Ordem dos Enfermeiros “*Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão*” (Ordem dos Enfermeiros, 2006 p. 3).

Este terá sido uma das aprendizagens mais relevante deste contexto de estágio. Pretendo manter-me em contacto com as colegas da UCC e, cada uma do nosso lado tentar melhorar, dar o nosso contributo, nomeadamente no que diz respeito do IACP, tornado mais prático de implementação e completando até ao ano de idade.

Em contextos como o da Urgência e neonatologia pude verificar que os enfermeiros descaram o registo das suas intervenções. Se formos analisar os registos, verificamos que são essencialmente registos de acções interdependentes que aparecem nas bases de dados (ou nas folhas de registos de enfermagem no caso da urgência), quando na

realidade, os enfermeiros dedicam grande parte da sua actividade aos cuidados independentes, emergentes de diagnósticos de enfermagem e não médicos.

Ora se estes profissionais baseiam a sua prática em evidência científica; se analisam a prática a luz de uma visão da realidade que nos é própria, formulam problemas/diagnósticos de enfermagem; desenvolvem actividades a luz de um saber que lhes é próprio, porque não o registam?

A falta destes registos ou sua falta de rigor (incompletos) conforme nos explica Garcia, Nóbrega, & Albuquerque (Garcia, et al., 2006), resultam em perda de eficácia e segurança da prática, impossibilitam a avaliação da mesma, comprometem a sua visibilidade, e não contribuem para a melhoria dos cuidados pois, registos rigorosos constituem uma preciosa base de informação para análise da prática.

Consciente deste fenómeno, abordei as minhas orientadoras de estágio e alguns outros colegas dos serviços. No caso dos colegas da urgência referiram-me que ainda não estavam familiarizados com o SAPE e que estava em desenvolvimento um sistema de registo, o “J-One”, específico para o serviço. Este sistema prevê o acesso simultâneo aos registos clínicos e de enfermagem em base informática. No que diz respeito aos registos de enfermagem prevê-se que esta base de dados permita o registo dos fenómenos mais frequentes no serviço, registos de diagnósticos e intervenções em linguagem CIPE. No caso do serviço de neonatologia, a justificação dada por muitos dos profissionais com os quais falei, foi de que o SAPE, não se adapta a sua realidade prática, que é insuficiente.

Reconheço que para contextos tão complexos como os cuidados neonatais, isso é verdade, mas tal não impede esses profissionais altamente diferenciados, de construir alguns instrumentos de registo e monitorização da sua prática independente.

Imbuída deste espírito, tive ideia de realizar uma formação em serviço dirigida aos profissionais, com entre outros objectivos, o de as sensibilizar para a necessidade de elaborar estes instrumentos de avaliação de necessidades e/ou registo da actividades que permitira; uniformizar e dar continuidade efectiva aos planos de cuidados baseados em intervenções independentes de enfermagem; uma monitorização mais efectiva das práticas; dar outra visibilidade dos resultados produzidos e eventualmente encontrar outros pontos de partida para a produção de novo conhecimento.

Enquanto aluna penso ter sido capaz de ter um posicionamento crítico, sobre a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente nos vários contextos.

Pude confirmar um salto qualitativo em termos dos cuidados de enfermagem ao utente/família em idade pediátrica, baseados na relação terapêutica dirigida a criança/família no respeito das suas individualidades, crenças e valores; centrados no desenvolvimento, no cuidado atraumático, na parceria de cuidados e na prevenção/promoção da saúde. Para tal contribui, no meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional através da análise crítica do meu desempenho, dos contextos práticos e baseando a minha prática em evidência científica.

Pelo que fui expondo anteriormente, penso ter igualmente evidenciado a capacidade de reflectir, formular e analisar problemas de maior complexidade, relacionados com a prática dos cuidados de enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; de demonstrar compreensão relativamente a sua implicação e riscos na prática, e ter feito prova de iniciativa, para tentar dar o meu contributo no intuito de sensibilizar e motivar os meus colegas para a resolução do mesmo e assim (eventualmente) ter dado o meu contributo para a melhoria na qualidade dos cuidados.

### 3.4. Domínio de competência da Formação

<b>Obj: Promover o desenvolvimento profissional de grupos de pares.</b>
<u>Competências desenvolvidas:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Comunicar aspectos complexos do âmbito profissional e académico, tanto á enfermeiros quanto ao público em geral.</b></li><li>• <b>Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;</b></li><li>• <b>Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;</b></li><li>• <b>Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;</b></li><li>• <b>Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;</b></li><li>• <b>Promover a formação em serviço na área de EESIP;</b></li></ul>

### Actividades desenvolvidas no contexto da Neonatologia:

- Identificar uma questão/ problema da prática que seja relevante no contexto;
- Colher opinião do enfermeiro tutor sobre a pertinência e interesse para o serviço, do problema identificado;
- Realizar uma análise exaustiva da informação e conhecimentos mais actuais sobre o tema escolhido para a formação;
- Elaborar um plano de formação;
- Elaborar o conteúdo teórico, da formação
- Realizar uma acção de formação para uma audiência especializada;

### Reflexão:

Em retrospectiva penso que com este processo de especialização, elevei o desenvolvimento desta competência a outro nível. Emergente de um processo reflexivo sobre a prática e conseqüentemente mais orientado para as necessidades formativas emergentes da prática; pude perceber que neste sentido uma formação tem outra potencialidade em contribuir para o meu desenvolvimento profissional e humano e o dos meus pares.

A prática reflexiva é indispensável para a qualidade das práticas, nomeadamente na área de enfermagem, estando na base da auto e heterosupervisão (Rodrigues, 2010).

O mesmo autor citando Fernandez (1998), lembra-nos que, “ *a prática reflexiva é um processo criativo e de investigação que a enfermagem dispõe para melhorar a prática, ao mesmo tempo que constitui um instrumento de aprendizagem facilitando a integração da teoria e da prática*” (Rodrigues, 2010 p. 21). Permite-nos esmiuçar, práticas que quando rotineiras, são vazias de significado. A reflexão sobre a acção em enfermagem deve ser encarada como uma prática formativa, conhecimento científico/contexto/prática, são alvo da análise reflexiva individual ou do grupo. Insere-se no conceito de “*supervisão não directivo, permite a construção do conhecimento e o desenvolvimento individual e colectivo, cortando com as rotinas estabelecidas*” (Rodrigues, 2010 p. 21).

Foi com base na análise reflexiva da prática, que consegui identificar um problema da prática. Mais do que identificar uma necessidade formativa, consegui e tinha por objectivo, levar o grupo a fazer a sua própria análise de situação e mobiliza-lo no sentido de dar o seu contributo (em quanto grupo de trabalho) para a resolução deste problema.

Tendo por base a temática das competências parentais, e subsequente ao estudo que fiz na área, foi sobre esta temática, e mais particularmente sobre o processo de ensino/aprendizagem/supervisão na área das competências parentais que me debrucei. Pude perceber que este processo, é um processo complexo que para ser eficaz, é necessário ser conduzido de forma sistemática (colheita de dados sobre as necessidades de aprendizagem, analisados da informação colhida; planear os ensinamentos; realizar; avaliar).

Percebi igualmente que a identificação de uma necessidade (ex: Conhecimento sobre cuidados com a amamentação da criança não demonstrada) pode nos remeter para um universo de focos de atenção (ex: Critérios para decidir quando oferecer 1 ou 2 mamas; sinais de fome; sinais de saciedade; posição da mãe e do filho; sinais de pega adequada; estratégias para manter bebé acordado durante a mamada; importância /benefício da eructação; posicionamento da criança para eructar; critérios para decidir o intervalo das mamadas; sinais de ingestão nutricional suficiente; influência da alimentação da mãe no leite; efeito da ingestão de cafeína/álcool/tabaco para criança amamentada).

O registo incompleto dos focos de atenção tem como consequência: falta de visibilidade dos cuidados; impossibilidade/dificuldade de avaliação dos processos de ensino; eleva a prática pouco eficaz; dificulta a uniformização das acções na prática. Compromete-se o potencial desenvolvimento/melhoramento da prática.

Assim consegui sensibilizar a equipa para a necessidade de reflectir sobre as suas práticas educativas/supervisão, sobre a necessidade de definir com rigor o conteúdo os focos de atenção dos processos de ensino por forma a garantir uniformidade, coerência, e continuidade dos mesmos. Este desafio que foi bem acolhido pelo elemento da equipa, requer um esforço comum de análise da prática, revisão teórica da problemática, elaboração de estratégias, e implementação das mesmas. Neste sentido prevê-se, numa melhoria da qualidade dos cuidados e da formação individual de cada profissional,

como é o objectivo da formação de pares e quem sabe talvez um ponto de partida para algum trabalho de investigação no âmbito da parentalidade e das suas competências.

Esta formação, cuja documentação figura em anexo III deste documento, teve o mérito segundo; apreciação feita pelas enfermeiras de serviço, Enf responsável pela formação, Enf. Tutora e Enf. Chefe de serviço, de ter sido percebida como de interesse para o serviço e não apenas como mero, cumprimento curricular.

No contexto prático pude verificar que a formação é uma área valorizada pelos profissionais de enfermagem. Mas curiosamente e numa fase em que o modelo de gestão empresarial das instituições de saúde está a ser alargado a generalidade das instituições de saúde do estado parece haver ainda uma dissociação entre as estratégias das instituições para valorizar o seu capital humano “*um conjunto de conhecimentos, treino e capacidade das pessoas, que lhes permitem realizar trabalhos úteis com diferentes graus de complexidade e especialização.*” (Ruthes, et al., 2009 p. 902)

#### 4. Conclusão

O contacto com novas realidades; com equipas de profissionais com diferentes filosofias e métodos de trabalho, a actualização e aquisição de novos conhecimentos teóricos através da formação académica formal e/ou através do processo de auto-desenvolvimento em contexto de estágio, contribuíram para o aumento dos meus conhecimentos na área da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica, e aquisição das competências elencadas neste documento.

Penso ter feito prova de espírito de iniciativa, e ter sido proactiva por forma a tirar o maior proveito possível dos diversos contextos práticos, minimizando os eventuais obstáculos e condicionalismos.

O estágio decorreu num contínuo, contactando com as problemáticas e a realidade do cuidado de enfermagem a criança/família, realidade para a qual nem sempre estava tão desperta e sensibilizada como pensava.

Ressalvo a importância que teve para o meu desenvolvimento, toda a experiência anterior ao estágio e que me possibilitou a creditação ao Módulo 1 do estágio. Em todos os contextos dei especial ênfase à parentalidade, quer na transição para o papel parental como no apoio ao seu exercício.

A fundamentação teórica e a abordagem da prática, com base em evidência científica permitiram-me ter uma análise mais criteriosa da prática, abordar situações de maior complexidade com outra preparação e conseqüentemente ter um desempenho de melhor qualidade, capaz de produzir melhores resultados, e maior satisfação, ao dar resposta as necessidades efectivas e expectativas das crianças/família e comunidade em geral.

Tive a intenção na elaboração deste documento, de dar visibilidade as aquisições em termo de conhecimento e competência: teórica, prática, relacional e humana que se esperam de um Enfermeiro com formação Especializada em Cuidados de Enfermagem em Saúde infantil e pediátrica, indo de encontro aos objectivos gerais deste curso de pós-licenciatura/especialidade evidenciando através da minha exposição e reflexão da prática, capacidade de análise de situação e aplicação de conhecimento em contexto prático, demonstrando capacidade para lidar com problemas de maior complexidade e tomar decisões de forma responsável e congruente com as boas práticas.

Penso, igualmente, ter desenvolvido capacidades na análise reflexiva, nem sempre fácil, e perceber a importância de uma aprendizagem ao longo da vida.

Esta importante etapa do meu percurso académico e profissional encerra-se assim, com o sentimento de que me investi de forma empenhada neste processo formativo e que levo comigo novas ferramentas que me permitirão no futuro ter um desempenho de maior qualidade e diferenciado.

## 5. Bibliografia

**Amaral, F,M,N. 2009.** Parceria de cuidados entre Enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados. *Instituto de ciencias biomédicas Abel Salazar, Universidade Porto*. [Online] 2009. [Citação: 2012 de Janeiro de 12.] repositorio-aberto.up.pt.

**Baião, M, D, R. 2009.** Stress parental e prematuridade. *Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação*. [Online] 2009. [Citação: 06 de 1 de 2012.] repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2140/1/22261\_ulfp034846\_tm.pdf.

**Bastos, M. 2009.** Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina-Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem Vol. 13 N.º 2 2º Semestre* . [Online] 27 de Novembro de 2009. [Citação: 07 de 01 de 2012.] pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\_13\_2\_11-18(1).pdf.

**Bernardino, Dino. 2007.** Supervisão e Relações Supervisivas - A importância na construção da identidade do enfermeiro. 01 de Novembro de 2007.

**Brazelton, B. 2010-12ª edição.** *O grande livro da criança*. Lisboa : Presença, 2010-12ª edição.

**Casey, Anne e Mobbs, Sarah. 1988.** Partnership in practice. *Nursing Times*. November de 1988, Vol. 84, 44, pp. 67-68.

**Casey, Anne. 1995.** Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. [ed.] Blackwell Science Ltd. *Journal of Advanced Nursing*. 1995, Vol. 22, pp. 1058-1062.

**Diogo, S,C. 2008.** Impacto da relação cidadão-sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências. *Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa*. [Online] 2008. [Citação: 7 de 12 de 2011.] repositorio.iscte.pt.

**Direcção Geral de Saúde. 2006.** *Programa Nacional de Saúde Escolar*. 2006.

**Figueiredo, M,H. 2009.** Enfermagem de família: Um contexto do cuidar. *Instituto de ciencias Biomédicas Abel salazar, Univercidade do Porto*. [Online] 2009. [Citação: 05 de 01 de 2012.] repositorio-aberto.up.pt/.../....

**Forlin, C. 2011.** A importância da atuação do enfermeiro na humanização e no lúdico em crianças hospitalizadas. [Online] 04 de 04 de 2011. [Citação: 15 de 12 de 2011.] [www.artigonal.com](http://www.artigonal.com) > Saúde > Medicina.

**Garcia, T, Nóbrega, M e Albuquerque, C. 2006.** Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI Neonatal. [Online] 03 de 2006. [Citação: 07 de 01 de 2012.] [www.fen.urf.br/revista/revista83/v8n3a04.htm](http://www.fen.urf.br/revista/revista83/v8n3a04.htm).

**Gelbcke, Francine Lima, et al. 2009.** Liderança em ambientes de cuidados críticos: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Jan-Fev de 2009, pp. 136-139.

**Gelbcke, Francine Lima, et al. 2009.** Liderança em ambientes de cuidados críticos: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Jan-Fev de 2009, pp. 136-139.

**Hockenberry, J M, Wilson e Winkelstein . 2008.** *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda., 2008.

**Jorge, Ana Maria. 2009.** *Família e hospitalização da criança, (re) pensar o cuidado da criança*. Loures : Lusociência, 2009.

**Mano, Maria João. 2002.** Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista Referência*. Maio de 2002, pp. 53-61.

**McEwen, Melanie e Wills, Evelyn M. 2009.** *Bases teóricas para Enfermagem*. s.l. : Artmed, 2009.

**Mourão, C, et al. 2008.** Comunicação em Enfermagem: uma revisão bibliográfica. [Online] 2 de 12 de 2008. [Citação: 06 de 01 de 2012.] [www.revistarene.ufc.br/10.3/html/16.htm](http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/16.htm).

**Ordem dos Enfermeiros. 2003.** *Competências dos Enfermeiros de cuidados gerais*. s.l. : Ordem dos enfermeiros, 2003.

—. **2006.** *Investigação em Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006.

—. **2001.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.

—. 2009. Parecer relativo ao regime deontológico da responsabilidade profissional durante o "Exercício Profissional Tutelado" e "Desenvolvimento Profissional Tutelado" do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros. 2009.

—. 2010. Regulamentos das competências comuns do Enfermeiro especialista. *Ordem dos enfermeiros*. 5 de Maio de 2010.

**Papalia, Diane E, Olds, Sally Wendkos e Feldman, Ruth Duskin. 2009.** *O mundo da criança, da infância à adolescência*. São Paulo : Mc Graw Hill, 2009.

**Pedrolo, Edivane, et al. 2009.** A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para a prática profissional do Enfermeiro. *Cogitare enfrm*. Out-Dez de 2009, pp. 760-763.

**Peres Pinto, Júlia, et al. 2010.** Cuidado centrado na Família e a sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Jan-Fev de 2010, pp. 132-135.

**Ribeiro, Olivério de Paiva, et al. 2008.** Qualidade dos cuidados de saúde. *Instituto Politécnico de Viseu*. [Online] Novembro de 2008. [Citação: 15 de fevereiro de 2012.] <http://hdl.handle.net/10400.19/357>.

**Rodrigues, F, P, S. 2010.** Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências. *Universidade de Aveiro*. [Online] 2010. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.] [ria.ua.pt/bitstream/10773/1416/1/2010000487.pdf](http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1416/1/2010000487.pdf).

**Ruthes, Rosa Maria e Cunha, Olm Isabel. 2009.** Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Nov-Dez de 2009, pp. 901-905.

**Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. 2002.** *Teóricas de Enfermagem e sua Odra*. Loures : Lusociência, 2002.



# Anexos



## **Anexo I: Contabilização das actividades desenvolvidas nos diversos estágios**



Actividades a desenvolver para atingir competências (indicadores mínimos)	Meta
Utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência em enfermagem	Sempre
Promover a parentalidade	Sempre
Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/família	Sempre
Realizar acções de educação para a saúde informais a criança/família	Sempre
Promover o aleitamento materno	Sempre
Apoiar nos processos de transições de pessoas ao longo do ciclo vital	Sempre
Fazer formação ao grupo de pares num contexto de estágio	1
Realizar acções de educação para a saúde formais á criança/família	1
Utilizar a linguagem CIPE no SAPE, para documentar a assistência em enfermagem	20
Realizar consultas de saúde infanto-juvenil	20
Realização de vacinação a crianças	10
Realização de diagnóstico precoce	3
Participar em visitação domiciliar a criança/ família	2
Participar em sessões de massagem infantil	2
Participar na dinamização do cantinho da amamentação	1
Realizar acção de educação para a saúde da criança em contexto comunitário	1
Conhecer instituições ou projecto de atendimento a crianças/ mãe em risco na área de influência do campo de estágio	1
Realizar a admissão, de forma sistemática, da criança/família	5
Preparar o regresso a casa de forma sistemática da criança/família	5
Promover a articulação com outros recursos comunitários	2
Acompanhar o percurso do RN desde a sala de parto á neonatologia	1
Assistir a consulta de desenvolvimento de criança nascida prematura	4
Participar no processo de admissão do RN em Neonatologia	1
Assistir criança/família em contexto de neonatologia-Intermédio	5
Assistir a criança/ família em contexto de neonatologia- Alto risco	2
Assistir criança/família em caso cirúrgico em contexto neonatal	1
Realizar triagem á criança/família em contexto de serviço de urgência pediátrica	20
Assistir criança/família em contexto de urgência pediátrica	20
Acompanhar assistência a Recém-nascido/família em situação de emergência pediátrica com INEM	1
Assistir criança/família com doença crónica	3



**Anexo II: Plano de formação ePowerPoint da formação, dirigida a pares:  
“Enfermeiro promotor das competências parentais”**



**Planificação da acção de formação:** “Enfermeiro promotor de competências parentais”

Esta formação sugue no contexto do Modulo III de estágio, e tem como ponto de partida a identificação de um problema da prática, no que toca ao exercício da promoção das competências parentais.

**Objectivo geral:** Promover um momento de reflexão sobre a prática na área específica da promoção das competências parentais.

**Local/ hora:** Unidade de Neonatologia do Hospital João, às 15H30

**Quando:** 31/01/2012

**Duração:** 30min

**A quem:** Enfermeiros do Serviço

**Avaliação:** Através da avaliação do interesse demonstrado na assistência e participação na discussão de pares.

**Formadoras:** Enf. Elsa Silva

Nota: Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica do Porto, sobe supervisão da Enf. Tutor do estágio, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica



## Plano da acção de formação

**Titulo:** “Enfermeiro promotor das competências parentais”

**Elaborado e apresentado por:** Enf. Elsa Moreira Silva.

**Local:** Unidade de Neonatologia do Hospital S. João Porto, 31/01/2012.


**Objectivo Geral:** Promover um momento de reflexão sobre a prática, na área específica da promoção das competências parentais.

Objectivos Específicos	Conteúdos Teórico / Práticos	Métodos e Actividades Pedagógicas	Recursos Didácticos	Forma de Avaliação	Duração (Horas)
Identificar as principais mudanças de paradigmas e conceitos associados aos cuidados neonatais/pediátricos.	Abandono do estatuto da criança isolada.  Recém-nascido de risco já não é visto como passivo/incapaz  O recém-nascido de risco/pais são entendidos numa perspectiva holística	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pares	3min
Definir o papel do enfermeiro na promoção das competências parentais.	Actividades desenvolvidas na área das competências parentais,	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pares	5min



## Diapositivo 1

### Enfermeiro promotor das competências parentais



Elaborado por: Elsa Moreira Silva  
Janeiro 2012

## Diapositivo 2

### Enfermeiro promotor das competências parentais

Sumário:

- Mudança de paradigmas e conceitos associados aos cuidados neonatais/pediátricos.
- Papel do enfermeiro na promoção das competências parentais.
- Processo do ensino/treino/supervisão.
- Importância dos registos/avaliação dos focos da prática.
- Espaço de reflexão e partilha de saberes/experiências.


2

### Diapositivo 3

## Enfermeiro promotor das competências parentais

“O cuidado” em enfermagem de Saúde Infantil/pediátrica tem vindo a evoluir:

- **Abandono do estatuto da criança isolada.**
- **Recém-nascido de risco já não é visto como passivo/incapaz**
- **O recém-nascido de risco/pais são entendidos numa perspectiva holística.**



3

### Diapositivo 4

## Enfermeiro promotor das competências parentais

Os cuidados de enfermagem nas Unidades de neonatologia, na actualidade, regem-se por princípios tais como:

- **Cuidado a traumático.**
- **Parceria dos cuidados.**
- **Cuidado centrado na família.**



4

## Diapositivo 5

### Enfermeiro promotor das competências parentais

O **desenvolvimento de competências dos pais** do RN de risco é **um dos objectivos da acção do enfermeiro** da UCI/IN, para que no momento da alta clínica estejam aptos a cuidar do RN de forma autónoma e responsável.



5

## Diapositivo 6

### Enfermeiro promotor das competências parentais


Quando

O RN é de risco, e fica internado numa UCI/IN, tanto o **desenvolvimento deste, como o dos pais fica comprometido**, mas também pode ser aproveitado no sentido de permitir o ensaio de novas significações, através da **reflexão e reorganização das crenças parentais**.



6

## Diapositivo 7




### Enfermeiro promotor das competências parentais

Segundo Kenner (2001), citada por Faustino, **as intervenções com as famílias dos RN de risco** agrupam-se em quatro categorias principais:

- Fornecer informação;
- Reforçar sistemas de apoio;
- Promover a vinculação entre pais e RN;
- Treinar habilidades na prestação de cuidados ao RN;

7

## Diapositivo 8



### Enfermeiro promotor das competências parentais

Mas o desenvolvimento de competências, é mais do que o treino de habilidades, Alessandrini (2002) diz-nos que:

**A competência** é “ a capacidade de compreender uma determinada situação e reagir adequadamente”

8

## Diapositivo 9

**Enfermeiro promotor das competências parentais**

Desenvolvimento de competência

- **Ensino ao utente/família** (educação para a saúde/treino)
- **Supervisão** (facilitadora e impulsionadora da aprendizagem e do desenvolvimento humano.)

9

## Diapositivo 10


**Enfermeiro promotor das competências parentais**

De acordo com Kenner (2001), o ensino deve ter em conta os níveis de aprendizagem:

- 1. O enfermeiro executa os cuidados ao RN, explicando o que faz e porquê, enquanto que os pais assistem**
- 2. Os pais participam nos cuidados ao RN com o auxílio do enfermeiro**
- 3. Os pais executam os cuidados ao filho com supervisão do enfermeiro.**

10

## Diapositivo 11




### Enfermeiro promotor das competências parentais

O processo de ensino é favorecido pelo desenvolvimento de:

- Relação de ajuda;
- Ambiente de aceitação/compreensão;
- Coerência da informação;
- Continuidade do cuidado → Enfermeiro de referencia

11

## Diapositivo 12



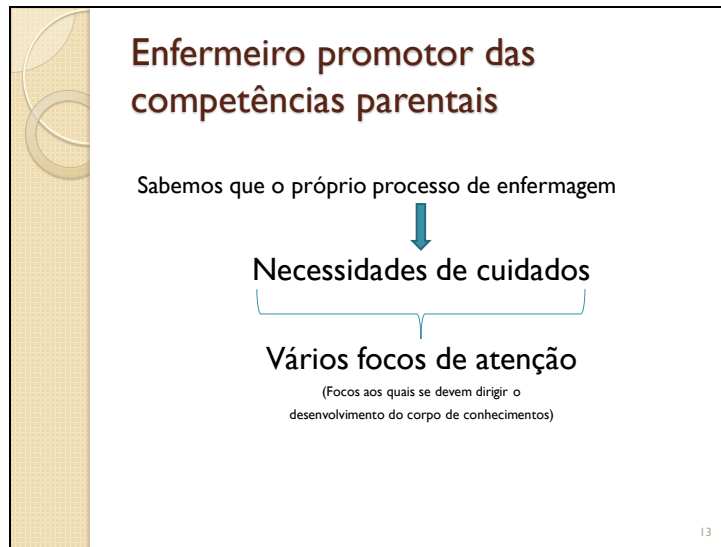
### Enfermeiro promotor das competências parentais

Phaneuf (2001) citada por Faustino;  
O **processo de ensino**, deve ser estruturado da mesma forma que o **processo de enfermagem**:

- Colheita de dados sobre as necessidades de aprendizagem,
- Análises da informação colhida;
- Planear os ensinamentos;
- Realizar;
- Avaliar.

12

## Diapositivo 13



## Diapositivo 14


**Enfermeiro promotor das competências parentais**

**“Conhecimento sobre cuidados com a amamentação da criança não demonstrada”**

- Critérios para decidir quando oferecer 1 ou 2 mamas.
- Sinais de fome.
- Sinais de saciedade.
- Posição da mãe e do filho.
- Sinais de pega adequada.
- Estratégias para manter bebê acordado durante a mamada.
- Importância /benefício da eructação.
- Posicionamento da criança para eructar.
- Critérios para decidir o intervalo das mamadas.
- Sinais de ingestão nutricional suficiente.
- Influência da alimentação da mãe no leite.
- Efeito da ingestão de cafeína/álcool/tabaco para criança amamentada.

14

## Diapositivo 15




### Enfermeiro promotor das competências parentais

Registro incompleto dos focos de atenção:

- Falta de visibilidade
- Impossibilidade/dificuldade de avaliação
- Prática pouco eficaz.
- Dificulta a uniformização das acções na prática.
- Compromete-se o potencial desenvolvimento/melhoramento da prática.

15

## Diapositivo 16




### Enfermeiro promotor das competências parentais

**A avaliação** é a operação de ler a realidade, na qual tomamos uma posição mediante uma grelha de indicadores que exprime uma determinada exigência.

16

## Diapositivo 17




### Enfermeiro promotor das competências parentais

O recurso a **grelha de indicadores/objectivos específicos** permite-nos:

- Determinar com precisão o nosso nível de exigência/critérios de validação.
- Regular o processo de ensino/aprendizagem(durante o internamento/após a alta).
- Orientar as modalidades de estudo mais adequadas.

17

## Diapositivo 18



### Enfermeiro promotor das competências parentais

A determinação de **critérios de avaliação** — a qualidade dos cuidados de enfermagem porque promove a reflexão crítica sobre a prática.

- Verificar como os objectivos foram atingidos.
- Identificar o que pode ser aperfeiçoado,
- Corrigir as acções necessárias,
- Garantir a qualidade dos cuidados.

18

## Diapositivo 19




### Enfermeiro promotor das competências parentais

- Alimentação.
- Eliminação.
- Higiene e Conforto.
- Vestuário.
- Sono e Repouso.
- Afecto e Estimulação.
- Adaptação ao Papel Parental.
- Segurança e Prevenção de Acidentes.
- Vigilância de Saúde.

(Silva, Palma & Gil, 2001, Citado por Figueiredo)

19

## Diapositivo 20



### Enfermeiro promotor das competências parentais

**O nascimento prematuro criar novos desafios** → O desenvolvimento cerebral e comportamental do recém-nascido prematuro o mais saudável possível.


- Posicionamentos,
- Redução dos factores de stress,
- Sucção não nutritiva,
- Promoção do método mãe canguru,
- O Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP).

20

## Diapositivo 21

**Enfermeiro promotor das competências parentais**  
Ainda hoje, um dos desafios parece manter-se:

Fundamentar, organizar e dar visibilidade a nossa área autónoma da prática, que por ventura é aquela a qual dedicamos mais tempo da nossa actividade.



21

## Diapositivo 22

**Bibliografia**

**Faustino Rodrigues, Sandra Patrícia. 2010.** *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências.* Universidade de Aveiro, 2010.

**Amaral, Ferreira, M Nádia. 2009.** *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados, a visão das enfermeiras.* Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

**Figueiredo Correia e Silva, Ana Cristina. 2006.** *Cuidar de recém-nascido – O Enfermeiro como promotor das competências parentais.* Universidade Aberta de Lisboa, 2006.

**Mateus Baião, Rute Daniela. 2009.** *Stress parental e a prematuridade.* Faculdade de psicologia e de ciências da educação, Universidade de Lisboa, 2009.

**Albuquerque de Cavalcanti, Candice, Nóbrega L, Maria Miriam, Garcia R, Telma. 2006.** *Termos da linguagem de Enfermagem identificados em registos de uma UTI Neonatal.* Revista Electrónica de Enfermagem, V.08, nº3, p336-348, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista7/revista8\\_3/v8n3a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista7/revista8_3/v8n3a04.htm)

22



**Anexo III: Plano da formação, PowerPoint, e panfleto dirigido a pais no contexto do Curso de Educação parental: “O sono do bebé”.**



**Planificação da acção de formação:** “ Sono do bebé” 3ª sessão do Curso de Educação Parental

Acção de formação integra-se no contexto do curso de Educação parental da UCC de Matosinhos.

**Local/ hora:** UCC de Matosinhos, dia 3/11/2011-14H30

**Objectivo geral:** Desenvolvimento de competências por parte dos pais na gestão do Sono da criança.

**Avaliação**

**Como:** Aplicação do I.A.C.P (Instrumento de avaliação das competências parentais)

**Quando:** No final das 8 secções do curso

**A quem:** Ao grupo de pais inscritos no curso e já sujeitos a aplicação do I.A.C.P

**Formadoras:** Enf. Elsa Silva

Enf. Sara Azevedo

Nota: Alunas da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica do Porto

Enf. Tutor do estágio, Especialista em Saúde Infantil e Pediatrica da UCC de Matosinhos.



**Planificação da acção de formação:** “ Sono do bebé” 3ª sessão do Curso de Educação Parental

**Objectivo geral:** Saber cuidar da criança em contexto do sono

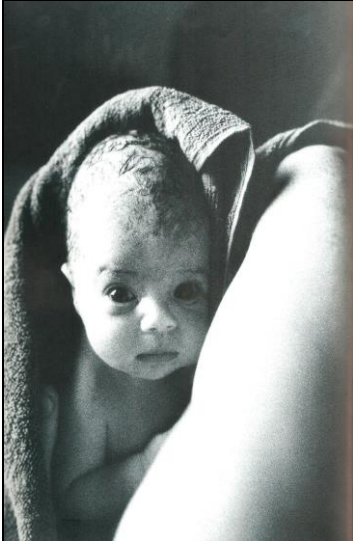
<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Conteúdos Teórico / Práticos</b>	<b>Métodos e Actividades Pedagógicas</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Forma de Avaliação</b>	<b>Duração (Horas)</b>
-compreender as funções do sono	sono	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	5m
-Identificar os factores que influenciam no padrão do sono do bebé		Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	5m
-Compreender o ciclo de sono do bebé nos primeiros meses de vida		Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	5m
-Distinguir sono leve de sono profundo	Sono leve e profundo	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	2m
					3m

<p><b>-Compreender as diferenças do ciclo de sono do bebé e do adulto</b></p>		<p><b>Expositivo/Interrogativo</b></p>	<p><b>Power Pointe</b></p>	<p><b>Avaliação formativa pela participação dos pais</b></p>	<p>5m</p>
<p><b>-Identificar os objectivos do sono leve</b></p>		<p><b>Expositivo/Interrogativo</b></p>	<p><b>Power Pointe</b></p>	<p><b>Avaliação formativa pela participação dos pais</b></p>	<p>5m</p>
<p><b>-Identificar os sinais do sono do bebé</b></p>	<p><b>Sinais de sono Janela de oportunidade</b></p>	<p><b>Expositivo/Interrogativo</b></p>	<p><b>Power Pointe</b></p>	<p><b>Avaliação formativa pela participação dos pais</b></p>	<p>5m</p>
<p><b>-Compreender o sono associado a cada uma das fases da idade da criança como estando associada a maturação e desenvolvimento do sistema digestivo e nervoso</b></p>	<p><b>Influência do desenvolvimento/crescimento no padrão do sono</b></p>	<p><b>Expositivo/Interrogativo</b></p>	<p><b>Power Pointe</b></p>	<p><b>Avaliação formativa pela participação dos pais</b></p>	<p>8m</p>

<p><b>-saber utilizar estratégias para ajudar o bebê a organizar o seu sono</b></p>	<p><b>Importância do equilíbrio entre actividade/repouso, rotinas (E.A.S.Y) e Ritual dos 4 “S”, interpretação dos sinais do bebê, cuidados para promover maturação do sono nocturno (aporte calórico diurno adequado/ “encher o tanque”), e cuidados para não condicionar o sono do bebê.</b></p>	<p><b>Expositivo/Interrogativo</b></p>	<p><b>Power Pointe</b></p>	<p><b>Avaliação formativa pela participação dos pais</b></p>	
---	---	--	----------------------------	--	--




Diapositivo 1



ESTADIO

Sono do bebé



1

Diapositivo 2

Sono do bebé

Sono é essencial para a sobrevivência

Tem uma função reparadora

Sua falta manifestar-se por **IRRITABILIDADE**

2

### Diapositivo 3

Sono do bebé

Durante o sono

↑ Hormona de crescimento




3

### Diapositivo 4

Sono do bebé

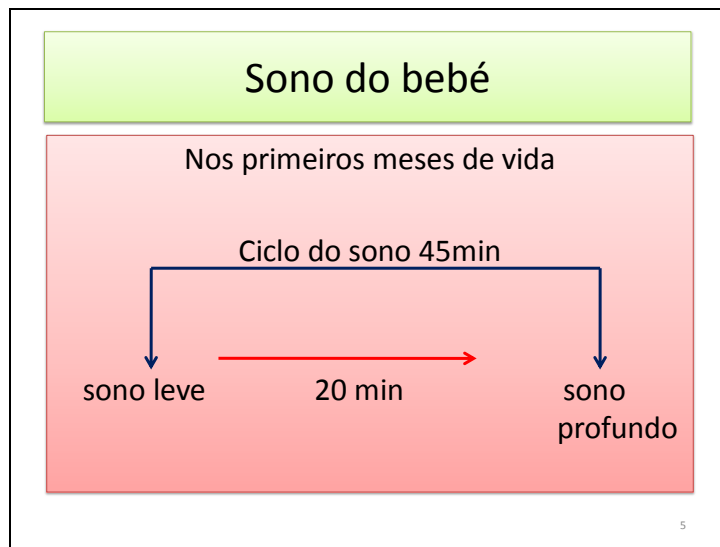
O padrão de sono do bebé depende de :

- Idade
- Temperamento
- Hábitos e rotinas




4

Diapositivo 5



Diapositivo 6


**Sono do bebé**

<b>Sono leve</b>	<b>Sono profundo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Punhos serrados</li><li>• Pálpebras mexem</li><li>• Esboça sorriso, sucção, mastigação...</li><li>• Respiração é irregular</li><li>• Fácil de despertar (período vulnerável do sono)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaxamento muscular</li><li>• Respiração regular</li><li>• Difícil de despertar</li></ul> 

6

Diapositivo 7

Sono do bebé



7

Diapositivo 8

Sono do bebé

Os bebés tem ciclos de sono mais curtos de que os adultos

**Sono leve mais longo**      **sono profundo mais curto**




8

## Diapositivo 9

### Sono do bebé

**Período de sono leve tem como objectivo**

- Dar resposta mais eficaz as necessidades básicas (comer, dor, frio, dificuldade em respirar...)



9

## Diapositivo 10

### Sono do bebé

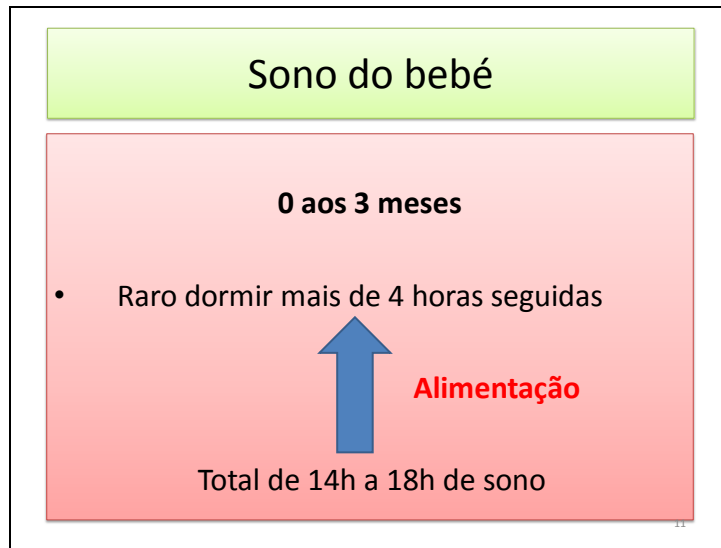
Período de sono leve ajuda a:

- construção do cérebro (↑ produção de substancias que constituem o cérebro.)
- Fluxo sanguíneo (2 vezes mais)
- Processamento de informação adquirido

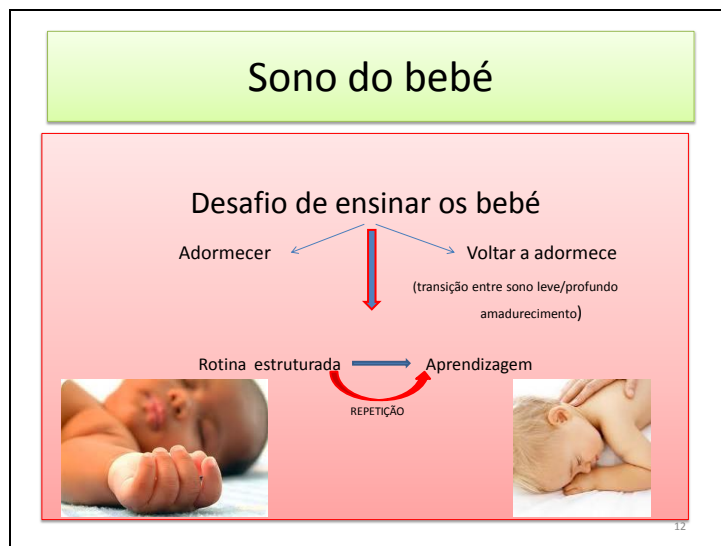
**Durante os primeiros 2 anos cresce 70% do seu tamanho adulto**

10

Diapositivo 11



Diapositivo 12



## Diapositivo 13

### Sono do bebé

#### Ensinar os bebés

Ritmo de actividade diurno previsível

- E**- Alimentação
- A**- Actividade (não associar alimentação ao sono)
- S**- Sono/cegas
- Y**- Tempo para "you"

 Não se aplica ao sono durante a noite

Preparação para sono da noite Ritual dos 4 "S"

- Preparar o ambiente
- Agasalhar → contenção antes dos 3M
- Sentar-se
- Silenciar/dar palmadinhas

13

## Diapositivo 14



### Sono do bebé

#### Estar atento aos sinais de sono (Variável → Desenvolvimento)

↓

#### Período janela (oportunidade para adormecer)

- Bebé com controlo da cabeça: afasta o rosto dos obj. /pessoas/agitação
- Algum controlo dos membros :Esfrega olhos/puxa as orelhas/arranha-se
- Amadurecimento da motricidade: Perde interesse pelos brinquedos/arquei costas/puxa-se para traz no colo/aconchega-se a um canto no berço
- Gatinha ou anda: Perde coordenação e cai no berço /tropeça

14


Diapositivo 15


**Sono do bebé**

**6-8 semanas**

**Amadurecimento do sistema nervoso/digestivo**

Padrão de sono/alimentação mais previsível (3/3H)

 → **Alargamento do sono nocturno**  
Aplicar técnica de “encher o tanque”

→ **Mais competente no auto-conforto**  
 Chucha no mão/dedo  
Balanço da cabeça  
Agita-se


15

Diapositivo 16

**Sono do bebé**

**3 a 12 semanas**

↓

**Período de agitação ao fim do dia**  
Bebé inquieto/ choro (1H00/1H30) 

↓

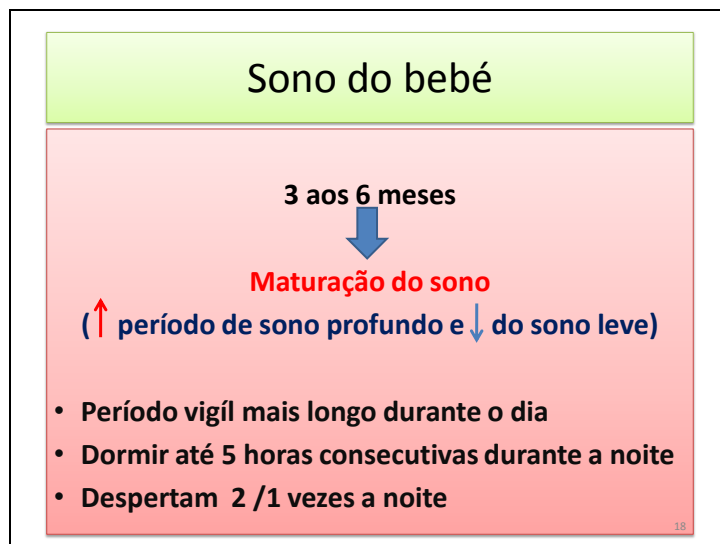
Sistema nervoso imaturo  
Tentativa de organização → Melhor repouso

16

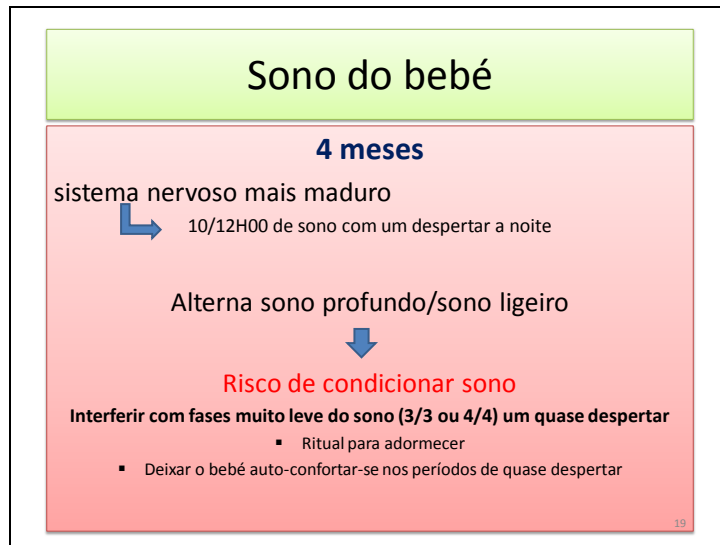
Diapositivo 17



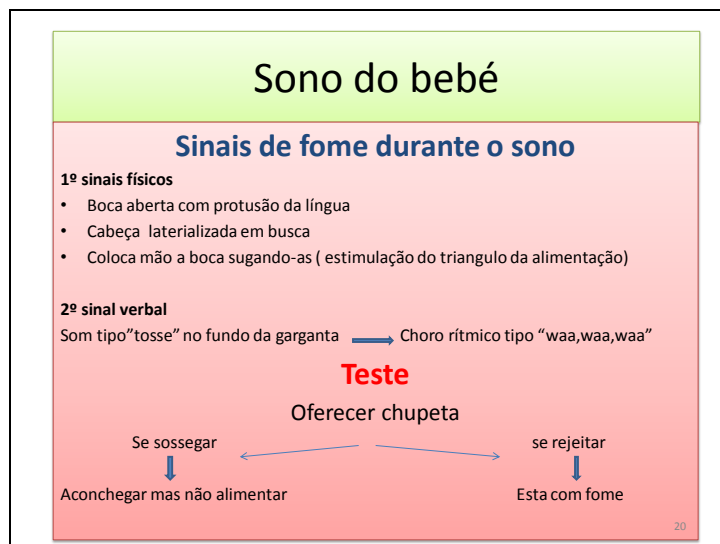
Diapositivo 18



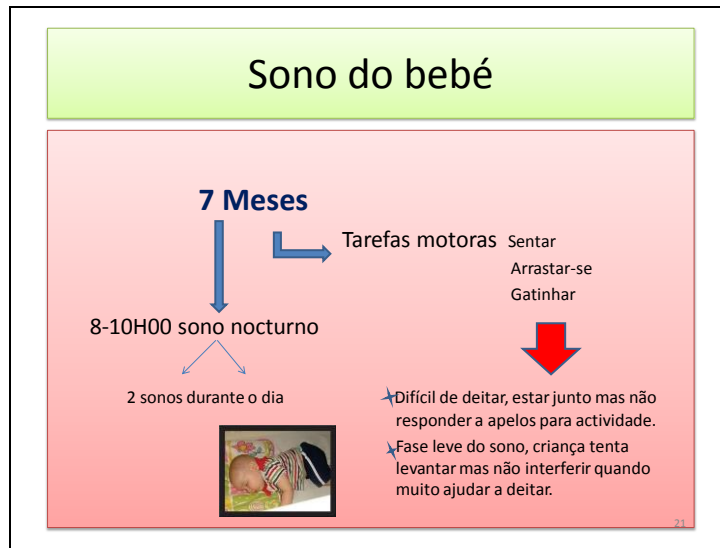
## Diapositivo 19



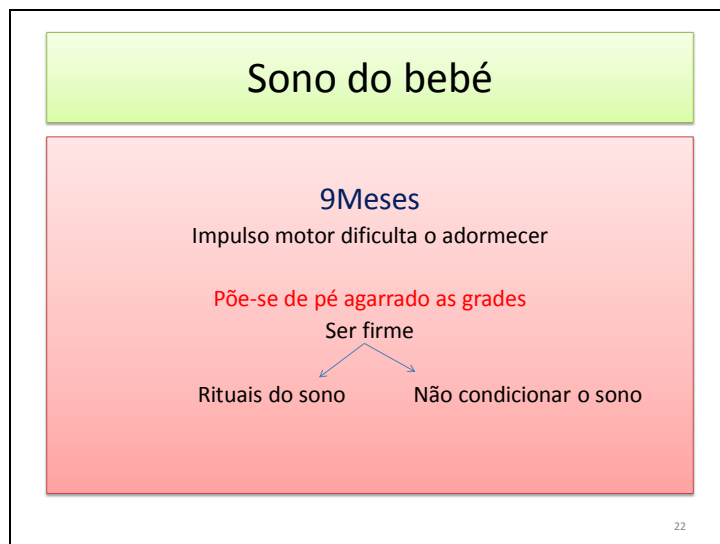
## Diapositivo 20



Diapositivo 21



Diapositivo 22



Diapositivo 23

**Sono do bebé**

**12 Meses**  
Impulso motor perturba  
o dia a dia

2 sonos diurnos ↓ Não é obrigatório	sono nocturno ↓ Ser firme
---	---------------------------------

- Já são capazes de acordar e entreter-se sozinhos pela manhã.

23

Diapositivo 24

**Sono do bebé**

**15 Meses**

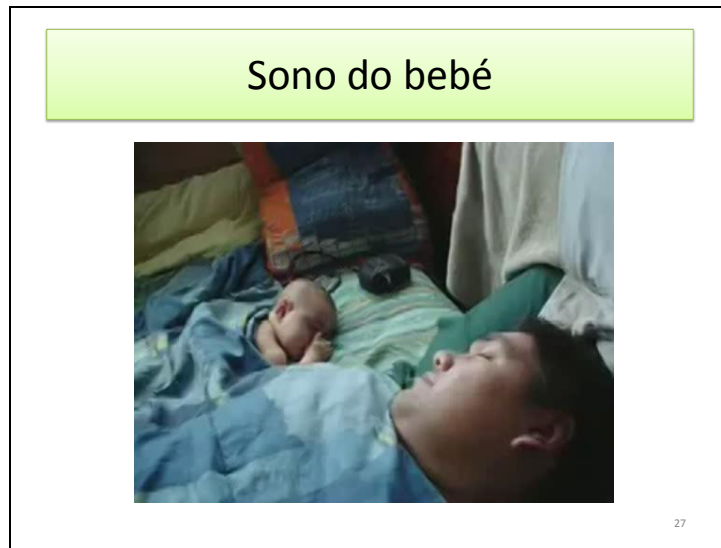
Criança já sabe andar → Sono nocturno

- Único sono durante o dia (início da tarde)

24



Diapositivo 27



Diapositivo 28



## Sono do bebé

### Bibliografia

- Brazelton, T. Berry. *O Método Brazelton, A criança e o sono*. 5ª.ed.Editorial Presença, Lisboa, Janeiro 2009.
- Brazelton, T. Berry. *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 12ª.ed.Editorial Presença,Lisboa, Novembro,2010.
- Gesell, Arnold; Ilg, L. Frances; Ames, B. Louise. *A criança dos 0 aos 5 anos*. 4ª. Ed. Publicações Dom Quixote, Lisboa,2000.
- Papalia, E. Diane; Olds, W. Sally; Feldman, D. Ruth. *O Mundo da criança, Da infância à adolescência*. 11ª. Ed. Mc Graw Hill, São Paulo, 2009.
- Hogg, Tracy; Blau, Melinda. *Encantadora de bebês Resolve Todos os seus Problemas .Sono, alimentação e comportamento do nascimento aos primeiros anos da infância*. Ed.Manole, Março, 2006.

29



## Bibliografia

- Brazelton, T. Berry. *O Método Brazelton, A criança e o sono*. 5ª.ed.Editorial Presença, Lisboa, Janeiro 2009.
- Brazelton, T. Berry. *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*.12ª.ed.Editorial Presença,Lisboa, Novembro,2010.
- Gesell, Arnold; Ilg, L. Frances; Ames, B. Louise. *A criança dos 0 aos 5 anos*. 4ª. Ed. Publicações Dom Quixote, Lisboa,2000.
- Papalia, E. Diane; Olds, W. Sally; Feldman, D. Ruth. *O Mundo da criança, Da infância à adolescência*. 11ª. Ed. Mc Graw Hill, São Paulo, 2009.
- Hogg, Tracy; Blau, Melinda. *Encantadora de bebês Resolve Todos os seus Problemas. Sono, alimentação e comportamento do nascimento aos primeiros anos da infância*. Ed.Manole, Março, 2006.



## O Sono no bebé

### Curso de Educação parental Outubro/Novembro 2011



Elaborado por:

Enf. Elsa M. Silva  
Enf. Sara Azevedo

Alunas da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica;  
Universidade católica do Porto.

Supervisão: Enf. Fiama Marques

Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; UCC  
Matosinhos

# Sono do bebé

## O padrão de sono do bebé depende da:

- Idade
- Temperamento
- Hábitos e rotinas



## Ensinar os bebés

- Ritmo de actividade diurno previsível
- Preparação para sono da noite Ritual dos 4 “S”
- Estar atenta e respeitar aos sinais do bebé: sono/alerta/activada/ tipo de choro.

## Marcos de desenvolvimento

### 6-8 Semanas

- Amadurecimento do sistema nervoso/digestivo
- Padrão de sono/alimentação mais previsível (3/3H)
- Alargamento do sono nocturno
- Aplicar técnica de “encher o tanque”
- Mais competente no auto-conforto



### 3 - 12 Semanas

- Período de agitação ao fim do dia/choro emocional/saturação do sistema nervoso
- Bebé inquieto/ choro (1H00/1H30)

### 4 Meses

- 10/12H00 de sono com um despertar a noite

#### Risco de condicionar sono

- Interferir com fases muito leve do sono (3/3 ou 4/4) um quase despertar
- Deixar o bebé auto-confortar-se nos períodos de quase despertar
- Sinais de fome durante o sono

### 7 Meses

Períodos e desorganização do sono devido ao impulso motor

### 9 Meses

Ser firme

### 12 Meses

Rituais do sono/Não condicionar o sono

### E- Alimentação

**A-** Actividade (não associar alimentação ao sono)

**S-** Sono/cegas

**Y-** Tempo para “you”

Não se aplica ao sono durante a noite

- Preparar o ambiente
- Agasalhar → Contenção antes dos 3M
- Sentar-se
- Silenciar/dar palmadinhas

### Período janela (oportunidade para adormecer)

- Bebé com controlo da cabeça: afasta o rosto dos obj. /Pessoas/agitação
- Algum controlo dos membros: Esfrega olhos/puxa as orelhas/arranha-se
- Amadurecimento da motricidade: Perde interesse pelos brinquedos/arquei costas/puxa-se para traz no colo/aconchega-se a um canto no berço
- Gatinha ou anda: Perde coordenação e cai no berço /tropeça

### 1º Sinais físicos

- Boca aberta com protusão da língua
- Cabeça lateralizada em busca
- Coloca mão a boca sugando-as (estimulação do triangulo da alimentação)

### 2º Sinal verbal

- Som tipo “tosse” no fundo da garganta → Choro rítmico tipo “waa,waa,waa”

**Teste:** Oferecer chupeta nos períodos de quase despertar nocturno para não perturbar sono e alimentar o bebé sem necessidade.

**Ritmo de actividade diurno previsível**

**Preparação para sono da noite Ritual dos 4 “S”**

**Estar atenta aos sinais de sono (Variável Desenvolvimento)**

**Sinais de fome durante o sono**

**AnexoIV: Plano da formação, PowerPoint, e panfleto dirigido a pais no contexto do Curso de educação parental:- “Vigilância de saúde como lidar com problemas comuns”.**



**Planificação da acção de formação:** “Vigilância de Saúde – Saber lidar com problemas comuns”

Esta acção de formação integra-se no contexto do Curso de Educação parental da UCC de Matosinhos.

**Objectivo geral:**Saber prestar os cuidados à criança perante situações comuns de doença

**Local/ hora:** UCC de Matosinhos, dia 10/11/2011-14H30

**Avaliação**

**Como:** Aplicação do I.A.C.P (Instrumento d avaliação das competências parentais)

**Quando:** No final das 8 secções do curso

**A quem:** Ao grupo de pais inscritos no curso e já sujeitos a aplicação do I.A.C.P

**Formadoras:** Enf. Elsa Silva

Enf. Sara Azevedo

Nota: Alunas da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica do Porto

Enf. Tutor do estágio, Especialista em Saúde Infantil e Pediatrica da UCC de Matosinhos



**Planificação da acção de formação: “Vigilância de Saúde – Saber lidar com problemas comuns”**

<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Conteúdos Teórico / Práticos</b>	<b>Métodos e Actividades Pedagógicas</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Forma de Avaliação</b>	<b>Duração (Horas)</b>
Identificar os principais problemas de saúde na criança no primeiro ano de vida	Vómitos	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	10m
Conhecer o trajecto a seguir em caso de Situações que requerem vigilância médica	Febre Diarreia Infecções respiratórias				
Conhecer quais as situações que requerem Vigilância médica na criança	Falta de ar, vômitos repetidos, recusa alimentar, febre	Expositivo/Interrogativo	Power Pointe	Avaliação formativa pela participação dos pais	
					133

<ul style="list-style-type: none"> <li>-identificar a febre na criança</li> <li>-saber avaliar a febre</li> <li>-saber administrar o antipirético</li> <li>-Saber cuidar da criança com febre</li> </ul>	<p>em crianças com &gt; 3m, prostração, pintas pelo corpo</p> <p>febre</p>	<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>Power Pointe</p>	<p>Avaliação formativa pela participação dos pais</p>	<p>5m</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar os cuidados para prevenir a desidratação</li> </ul>	<p>Desidratação</p>	<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>Power Pointe</p>	<p>Avaliação formativa pela participação dos pais</p>	<p>5m</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar a diarreia</li> <li>-Conhecer as causas da diarreia</li> <li>-Identificar os cuidados à criança com diarreia</li> </ul>	<p>Diarreia</p>	<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>Power Pointe</p>	<p>Avaliação formativa pela participação dos pais</p>	<p>5m</p>
		<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>Power</p>	<p>Avaliação</p>	<p>5m</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar os vômitos</li> <li>-Conhecer as causas dos vômitos</li> <li>-Identificar os cuidados à criança com vômitos</li> <li>-Conhecer os tipos de infecções respiratórias</li> <li>-Identificar as manifestações de infecções respiratórias</li> <li>-Saber cuidar da criança com infecção respiratória</li> <li>-Saber os cuidados para prevenir as infecções respiratórias</li> </ul>	<p>Vômitos</p> <p>Infecções respiratórias</p>	<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>Pointe</p> <p>PowerPointe</p>	<p>formativa pela participação dos pais</p> <p>Avaliação formativa pela participação dos pais</p>	<p>5m</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecer os sinais de aparecimento dos primeiros dentes</li> <li>-Prestar cuidados à criança com aparecimento dos primeiros dentes</li> </ul>	<p>Erupção dentária</p>	<p>Expositivo/Interrogativo</p>	<p>PowerPointe</p>	<p>Avaliação formativa pela participação dos pais</p>	<p>5m</p>



Diapositivo 1

 **UCC matosinhos**  
UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Curso de Educação parental  
Outubro/Novembro 2011

## VIGILÂNCIA DE SAÚDE - LIDAR COM PROBLEMAS COMUNS

 **CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LEIRIA  
Faculdade de Ciências da Saúde

Elaborado por:  
Sara Azevedo  
Elsa Silva



1

Diapositivo 2



Está doente e agora?



Levo-te ao hospital?

2

Diapositivo 3

**PROBLEMAS MAIS COMUNS NO 1º ANO DE VIDA**

 <p><b>Febre</b></p>	 <p><b>Diarreia</b></p>
 <p><b>Infeções respiratórias</b></p>	 <p><b>Vômito</b></p>


Diapositivo 4

**FEBRE**



4

Diapositivo 5



**CONSIDERAMOS FEBRE QUANDO A TEMPERATURA AXILAR EXCEDE O VALOR DE 38°C**

(WONG,2006)

5

Diapositivo 6

**A FEBRE É CAUSADA POR:**

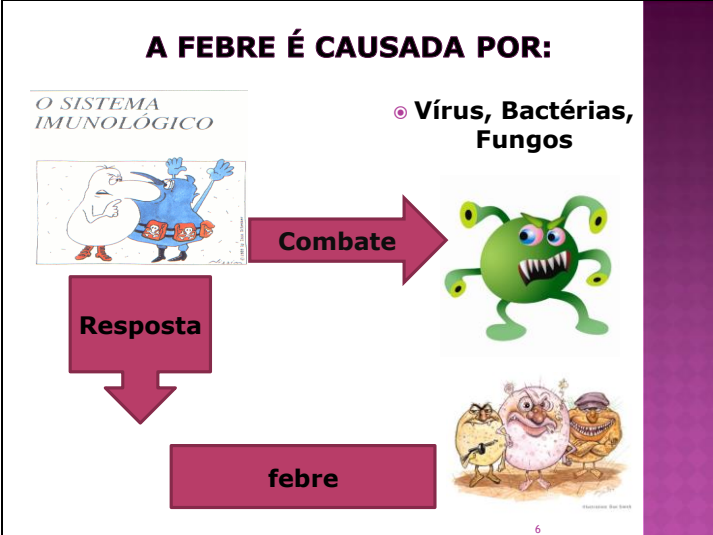
*O SISTEMA IMUNOLÓGICO*

◦ **Vírus, Bactérias, Fungos**

**Combate**

**Resposta**

**febre**



6

## Diapositivo 7

### Como avaliar a temperatura?

- Axilar 
- Rectal 
- Timpânica  

 Os termómetros mais utilizados e fidedignos são os termómetros digitais. 

7

## Diapositivo 8


### COMO SE DEVE TRATAR?

- Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético.
- Retirar a roupa logo após a criança sentir-se quente.
- Poderá utilizar-se o arrefecimento físico através do banho a uma temperatura de 37°C, não sendo superior a 10 minutos.

8


## Diapositivo 9

### Administrar o antipirético

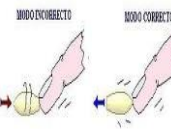


-O paracetamol 6/6h ( 10-15mg/kg)

-A dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade.



-Em crianças com vômitos ou que recusem o xarope deve administrar-se o supositório, em caso de diarreia deve-se dar-se o xarope.



-O ibuprofeno é uma alternativa ao paracetamol deve ser utilizado em crianças com mais de 3 meses e com mais de 5kg ( Infarmed, 2011)

9

## Diapositivo 10

### Desidratação



A febre condiciona perdas aumentadas de água:

- transpiração
- anorexia



Cuidados para prevenir desidratação:

- oferecer líquidos com frequência, de acordo com a sua preferência.



10

## Diapositivo 11

**Sinais de desidratação:**

- ◉ fralda mais leve
- ◉ redução do peso
- ◉ pele pálida, fria e seca
- ◉ olhos encovados
- ◉ choro sem lágrimas
- ◉ irritabilidade
- ◉ sede intensa
- ◉ boca seca
- ◉ criança pouco activa



11

## Diapositivo 12

**CASO PRÁTICO**

O João tem 9 meses pesa 10kg ontem começou a fazer febre de 39°C na axila e a vomitar. São 16 horas e o João fez paracetamol às 7 horas, vomitou a última refeição. O que devo fazer?

12


Diapositivo 13



Diapositivo 14

**DIARREIA**

Aumento da frequência das dejectões e diminuição da consistência das fezes.



◉ Riscos:

- desidratação
- desnutrição

14

The slide features a title 'DIARREIA' in bold black text. Below it is a definition: 'Aumento da frequência das dejectões e diminuição da consistência das fezes.' To the left is a cartoon illustration of a girl with brown hair and pink bows, sitting on a pink potty and looking thoughtful with her hand to her chin. Below the illustration is the word 'Riscos:' followed by two colored boxes: a red one containing 'desidratação' and a green one containing 'desnutrição'. The slide number '14' is in the bottom right corner.

Diapositivo 15

### A MAIOR CAUSA DE DIARREIA

Vírus (50 a 80%)		
Bactérias (5 a 10%)		

15

Diapositivo 16

### FACTORES DE RISCO:



Vómitos ( $\geq 2$ /dia)


Aleitamento artificial

Dejeções ( $\geq 8$ /dia)

Idade inferior a 12 meses

16

## Diapositivo 17




### Cuidados à criança com diarreia

**Nunca suspender o aleitamento materno.**


**Reiniciar a alimentação precocemente, no final das 4 horas de hidratação oral com a dieta habitual da criança.**

**Oferece líquidos, água, chá.**



17

## Diapositivo 18



### VÓMITOS



A expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contracção dos músculos abdominais.

Causa: -febre  
-tosse  
-introdução de novos alimentos  
-gastroenterite

Atenção : pode estar associado a outras doenças graves.

18

## Diapositivo 19



### Cuidados à criança com Vômitos

Fazer uma pausa alimentar após o vômito.

Verificar uma possível causa de vômito (febre, tosse, introdução de novos alimentos)

Reiniciar a hidratação oral fraccionada após 30 minutos com chá, iced tea, água açucarada

Retomar a alimentação com leite materno, nos lactentes, nas crianças a partir dos 12 meses oferecidas alimentos como bolachas Maria, água e sal.

19


## Diapositivo 20

### INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS




20

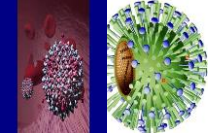

## Diapositivo 21



HOSPITAL



infecções respiratórias




### Infecções respiratórias

- grande maioria das causas que levam a Serviços de Urgência Pediátrica são infecções respiratórias.
- São causadas por vírus vírus sincicial respiratório, vírus influenzae.
- comum nos primeiros anos de vida.

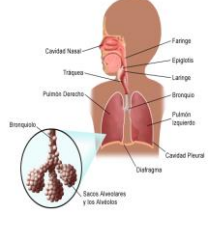
21

## Diapositivo 22



### INFEÇÕES PODEM ATINGIR:

- ◉ infecção da via aérea superior (ouvidos e garganta)
- ◉ infecção da laringe/ traqueia
- ◉ bronquiolites
- ◉ pneumonia



Labels: Cavidade Nasal, Faringe, Epiglote, Laringe, Brônquio, Pulmão Direito, Pulmão Esquerdo, Cavidade Pleural, Diafragma, Brônquios, Caxos, Nervos e os Arteriais

22

Diapositivo 23

**MANIFESTAÇÕES:**



- febre
- tosse
- dificuldade em se alimentar
- obstrução nasal
- irritabilidade
- vômitos e diarreia

23

Diapositivo 24

**MANIFESTAÇÕES DA OBSTRUÇÃO NASAL:**



Respiração ruidosa

Recusa alimentar

Dificuldade em dormir

Secreções nas narinas

**Obstrução nasal**

24

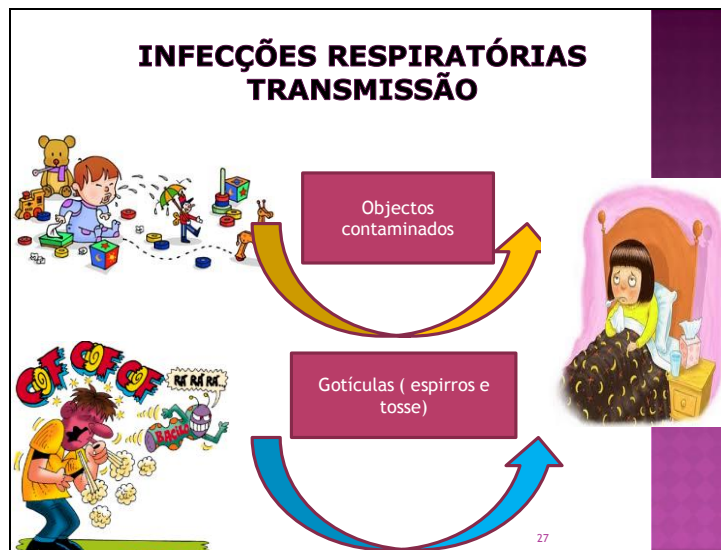
Diapositivo 25



Diapositivo 26



Diapositivo 27



Diapositivo 28



Diapositivo 29

### Prevenir as infecções respiratórias

- Evitar os lugares densamente frequentados, as multidões e os lugares pouco ventilados**
- Lavar/desinfectar com regularidade os brinquedos**
- Dieta saudável e equilibrada e hidratação adequada**
- Não partilhar copos nem talheres**

29

Diapositivo 30

### PREVENIR AS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

#### Lavar as mãos:

após assoar ou tocar o nariz antes de tocar numa criança pequena	antes de se alimentar ou preparar alimentos	depois de usar a casa de banho ou trocar fraldas
---	---	--

30

## Diapositivo 31

### OS PRIMEIROS DENTES



31

## Diapositivo 32

### QUANDO SURGEM OS PRIMEIROS DENTES?




- ◉ Cerca de **20 dentes de leite** entre os cinco/seis meses e os três anos de idade.
- ◉ Os primeiros dentes costumam aparecer por volta dos 6/10 meses.
- ◉ O rompimento dos dentes pode ser um acontecimento discreto, que não causa qualquer dor ao bebê.

32

Diapositivo 33

### QUAIS OS SINAIS?



- Mau estar do bebé
- Face quente e vermelha
- Vontade de morder objectos
- Choro de desconforto

33

Diapositivo 34

### MEDIDAS DE ALÍVIO DO DESCONFORTO



- Dar algo para morder
  - 
- Esfregar suavemente as gengivas do bebé com um dedo limpo
- Paracetamol



34

Diapositivo 35

### QUAIS OS CUIDADOS A TER COM OS PRIMEIROS DENTES

-  • Evitar doces entre refeições
-  • Introduzir os alimentos sólidos a partir do primeiro ano e substituir o biberão por copo e colher, pois mastigar ajuda a desenvolver os maxilares e os dentes
-  • Promover a autonomia da criança para escovagem dos dentes a partir dos 3 anos  
• Lavar os dentes após o pequeno-almoço e ao deitar

35

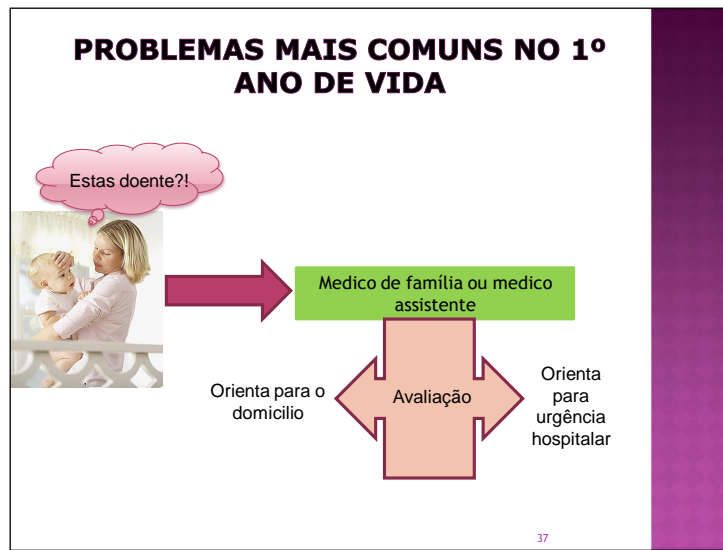
Diapositivo 36

### SITUAÇÕES EM QUE DEVO RECORRER AO MÉDICO:

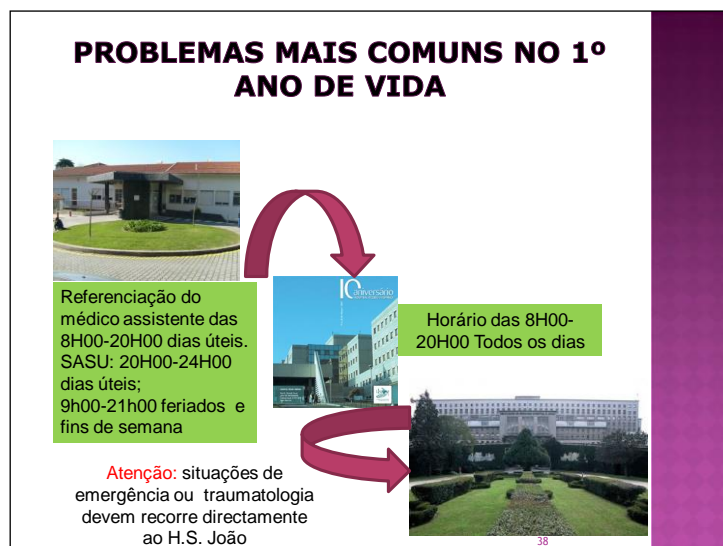
-  falta de ar
-  vômitos repetidos
-  febre em crianças < 3m
-  pintas pelo corpo
-  recusa alimentar
-  prostração

36

Diapositivo 37



Diapositivo 38



## Diapositivo 39

**PROBLEMAS MAIS COMUNS NO 1º ANO DE VIDA**

- Números de telefone úteis:
- Centro de saúde Matosinhos: 220914600
- Saúde 24: 808 24 24 24
- Hospital Pedro Hispano: 22 9391000
- Hospital S. João: 22 5512100

39

## Diapositivo 40

◦ Bibliografia:

- -DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. -*Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes urgências no ambulatório em idade pediátrica* Lisboa, 2004;
- LISSANER, Tom -*manual ilustrado de pediatria*.3ªedi. 2007;
- OOM Paulo- *O plano de saúde das crianças*, 1ª edição janeiro de, edições academia do livro 2009;
- WONG- *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª edi. Edições mosby, 2006;

40

# Curso de Educação parental

Outubro/Novembro 2011



## Infância e Saúde em problemas comuns



Elaborado por:

Enf. Elsa M. Silva  
Enf. Sara Azevedo

Alunas da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica; Universidade católica do Porto.

### Febre

A febre define-se como sendo uma elevação da temperatura corporal acima dos valores considerados normais. Acima dos 38°C.

#### Como avaliar a temperatura?



- Os termómetros mais utilizados e fidedignos são os termómetros digitais.



- Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético.
- Retirar a roupa logo após a criança sentir-se quente.
- Poderá utilizar-se o arrefecimento físico através do banho a uma temperatura de 37°, não sendo superior a 10 minutos.



- O paracetamol 6/6h ( 10-15mg/kg)
- A dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade.
- Em crianças com vômitos ou que recusem o xarope deve administrar-se o supositório, em caso de diarreia deve-se dar-se o xarope.
- O ibuprofeno é uma alternativa ao paracetamol deve ser utilizado em crianças com mais de 3 meses e com mais de 5kg ( Infarmed, 2011)



### Prevenir a desidratação:

A febre condiciona perdas aumentadas de água:

-transpiração



-anorexia



Cuidados para prevenir desidratação:



-oferecer líquidos com frequência, de acordo com a sua preferência.

Sinais de desidratação:

Boca seca, irritabilidade, olhos fundos, sede, choro sem lágrimas, diminuição do volume de urina, criança pouco activa, redução do peso da fralda.

### Vômitos

Causa: febre, tosse, introdução de novos

alimentos, gastroenterite.



Cuidados à criança com Vômitos:

-Fazer uma pausa alimentar após o vômito.

-Verificar uma possível causa de vômito.

-Reiniciar a hidratação oral fraccionada após 30 minutos com chá, iced tea, água açucarada.

-Retomar a alimentação com leite materno, nos lactentes, nas crianças a partir dos 12 meses oferecer alimentos como bolachas Maria ou Água e Sal.

## Diarreia

Aumento da frequência das dejeções e diminuição da consistência das fezes.

### Riscos:

-desidratação - desnutrição



### A maior causa de diarreia:

-Vírus (50 a 80%) -Bactérias (5 a 10%)

### Factores de risco:

-Vómitos ( $\geq 2$ /dia)

-Aleitamento artificial

-Idade inferior a 12 meses

-Dejeções ( $\geq 8$ /dia)

### Cuidados à criança com diarreia:

-Oferece líquidos, água, chá, iced-tea.

-Reiniciar a alimentação precocemente, no final das 4 horas de hidratação oral com a dieta habitual da criança.

-Nunca suspender aleitamento materno.

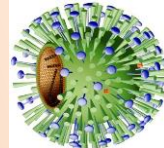


## Infeções respiratórias



-Uma da maioria das causas que levam as crianças a recorrer aos Serviços de Urgência Pediátrica são infeções respiratórias

-são na maioria causadas por Vírus Respiratório, Vírus Influenza.



### Tipos de infeções

Infeção da via aérea superior (ouvidos e garganta)

-infeção da laringe/ traqueia

-bronquiolite

-pneumonia

**Manifestações:** febre, tosse, dificuldade em alimentar-se, obstrução nasal, irritabilidade, vómitos e diarreia.



### Cuidados nas Infeções respiratórias



## Obstrução nasal



## Lavagem das fossas nasais



Estas doente!



Médico de família ou médico assistente

Orienta para a urgência

Orienta para o domicílio

## Situações em que devo recorrer ao médico:

-falta de ar

-recusa alimentar

-vómitos repetidos

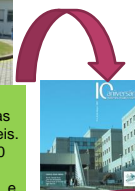
-pintas pelo corpo

-prostração

-febre em crianças com  $< 3m$



Referenciação do médico assistente das 8H00-20H00 dias úteis. SASU: 20H00-24H00 dias úteis; 9h00-21h00 feriados e fins de semana



Horário das 8H00-20H00 Todos os dias

**Atenção:** situações de emergência ou traumatologia devem recorrer directamente ao H.S. João

### Números de telefone úteis:

- Centro de saúde Matosinhos: 220914600
- Saúde 24: 808 24 24 24
- Hospital Pedro Hispano: 22 9391000
- Hospital S. João: 22 5512100

## Bibliografia:

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. -Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes urgências no ambulatório em idade pediátrica Lisboa, 2004;
- LISSANER, Tom -manual ilustrado de pediatria.3ªedi.2007;
- OOM Paulo- O plano de saúde das crianças,1ª edição janeiro de,edições academia do livro 2009;
- WONG- Fundamentos de enfermagem pediátrica.7ª edi. Edições mosby, 2006; etc

