



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação Parental na Alta Hospitalar do RN e da Criança – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Isabel Roque Freitas

Orientação: Professora Maria Margarida Lourenço Tomaz
Cândido Boavida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação Parental na Alta Hospitalar do RN e da Criança – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Isabel Roque Freitas

Orientação: Professora Maria Margarida Lourenço Tomaz
Cândido Boavida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021

CAPACITAÇÃO PARENTAL NA ALTA HOSPITALAR DO RN E DA CRIANÇA - O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Ana Isabel Roque Freitas

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Mestre e Especialista Maria Gabriela do Nascimento Martins Cavaco Calado

Orientador: Mestre e Especialista Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata

Data: 14 de dezembro de 2021

“Ninguém é perfeito, somos todos perfectíveis”

Manuel Clemente (2017)

AGRADECIMENTOS

Praticamente na reta final deste percurso exigente e repleto de desafios, chega o momento de deixar por escrito o meu mais profundo agradecimento a todos aqueles que se cruzaram comigo e, os que já cá estavam, e que contribuíram para a concretização de mais um marco na minha vida.

Deixo a minha gratidão à Professora Margarida Malcata pelo seu apoio na orientação neste percurso académico.

A todos os orientadores de estágio e respetivas equipas pela supervisão, disponibilidade e partilha de conhecimentos e experiências. Foi um gosto aprender e trabalhar com cada um de vocês.

À minha equipa, por compreenderem a exigência deste percurso, pela sua ajuda, apoio, motivação e por fazerem parte do meu crescimento profissional e pessoal.

À minha família, especialmente aos meus pais, pois sem eles tudo seria mais difícil. Ao meu namorado, pelo seu apoio, paciência e motivação diárias. Aos meus amigos que ao longo desta fase, praticamente ausente das suas vidas, se mantiveram e sempre me apoiaram e motivaram para continuar.

RESUMO

Título: Capacitação Parental na Alta Hospitalar do RN e da Criança – O Papel do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A capacitação parental é um dos focos centrais no cuidado à criança/jovem, tendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica um papel preponderante na educação para a saúde, no apoio, orientação e adaptação dos papéis parentais, trabalhando em parceria com a família, para que façam escolhas informadas com base no melhor interesse e bem-estar da criança.

Recorrendo à metodologia de projeto e inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, desenvolvemos um projeto de intervenção com o intuito de contribuir, através de atividades planejadas e executadas, para uma melhoria da prestação de cuidados.

As experiências e intervenções efetuadas no percurso formativo permitiram a aquisição e desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre, que são contempladas, através de uma análise reflexiva das mesmas.

Palavras-chave: Capacitação parental; Alta Hospitalar; Criança; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Title: Parental Training in Hospital Discharge of RN and Children – The Role of Specialist Nurses and Child and Pediatric Health Nursing

Parental training is one of the central focuses in child/youth care, with the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing a preponderant role in health education, in support, guidance and adaptation of parental roles, working in partnership with the to make informed choices based on the best interests and well-being of the child.

Using the project methodology and inserted in the research line 'Safety and Quality of Life', we developed an intervention project with the aim of contributing, through planned and executed activities, to an improvement in the provision of care.

The experiences and interventions carried out in the training course allowed for the acquisition and development of the Skills of Nurse Specialist in Child and Pediatric Health and Master's Nursing, which are contemplated through a reflective analysis of them.

Keywords: Parental empowerment; Hospital Discharge; Child; Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados obtidos à questão 1 do questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos” 433

Gráfico 2 - Resultados obtidos à questão 2 do questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos” 433

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Formulário de Observação da Mamada	XCV
---	-----

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos”	XCVII
APÊNDICE 2 - Planejamento do Projeto de Intervenção	XCVIII
APÊNDICE 3 - Cronograma do Projeto de Intervenção.....	CIII
APÊNDICE 4 - Estudo de Caso	CV
APÊNDICE 5 - Publicação “Alta Hospitalar do Bebê Prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro” na Revista da instituição.....	CVI
APÊNDICE 6 - Cartões informativos para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT	CVIII
APÊNDICE 7 - Norma uniformizadora “Ensino Parental: Guia de ensinios no período neonatal no SAPP”	CXIII
APÊNDICE 8 - Panfleto dos Sinais de alerta de doença do RN e sinais que habitualmente não são de alerta.....	CXX
APÊNDICE 9 - Norma: de Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem.....	CXXII
APÊNDICE 10 - Folheto informativo “Amigdalectomia e Adenoidectomia”	CXXX
APÊNDICE 11 - Artigo Científico de Revisão Sistemática da Literatura: “Vivências dos pais no cuidado ao recém-nascido prematuro para a alta hospitalar – revisão sistemática da literatura”	CXXXI
APÊNDICE 12 - Fotografias dos Cartões na sala dos pais do SMINP	CXXXIII
APÊNDICE 13 - Questionário de Avaliação da apresentação da norma “Ensino Parental- Guia de ensinios no período neonatal no SAPP”	CXXXIV
APÊNDICE 14 - Resultados da avaliação da apresentação da norma “Ensino Parental- Guia de ensinios no peirodo neonatal no SAPP”	CXXXV
APÊNDICE 15 - Fotografia do projeto de celebração do Dia Mundial da Higiene das Mãos.....	CXXXVII

LISTA DE SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

DCE - Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS - Direção Geral de Saúde

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EMLA® - *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EN - Escala Numérica

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IACS - Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

JCI - Joint Commission International

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio Hospitalar a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP - Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido Pré-termo

SAPP - Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico

SMINP - Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

TIP - Transporte Intra-hospitalar Pediátrico

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – *United Nations Children*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 Capacitação Parental e Empoderamento da Criança/Jovem e Família	19
1.2 Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediátrica: Modelo de Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidado de Anne Casey	22
1.3 A Parentalidade na Hospitalização e a Alta Hospitalar	25
2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
2.1 Caracterização Das Unidades de Saúde	30
2.1.1 Consulta Externa de Pediatria	30
2.1.2 Atendimento Permanente Pediátrico	33
2.1.3 Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica	35
2.1.4 Internamento de Pediatria	38
2.2 Diagnóstico de Situação.....	40
2.3 Definição dos Objetivos	44
2.4 Planeamento do Projeto e Cronograma	45
2.5 Execução do Projeto de Intervenção	46

2.6 Avaliação	50
3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	54
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	56
3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	57
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	59
3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	62
3.2 Competências do Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	66
3.2.1 Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	68
3.2.2 Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	71
3.2.3 Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	75
3.3 Competências de Grau de Mestre	80
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Relatório” na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem, a decorrer no Instituto Politécnico de Beja e lecionado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco), apresentamos o presente Relatório de Estágio, cuja elaboração pretende descrever e refletir de forma crítica e fundamentada, através da evidência científica e de modelos teóricos, o Projeto de Intervenção, implementado nos diferentes contextos de estágio, e demonstrar a aquisição de competências inerentes à respetiva área de especialização em Enfermagem e de Mestre, que se encontram definidas em Diário da República.

O presente relatório integra o Projeto de Intervenção titulado “Capacitação Parental na Alta Hospitalar do RN e da Criança – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, desenvolvido e implementado no decurso dos estágios e cujo problema e objetivo foram respetivamente: “Preparação dos pais para a alta hospitalar do RN e criança” e “Desenvolver competências de Mestre e EEESIP na capacitação parental no cuidado ao RN e criança na preparação para a alta hospitalar”.

A escolha da temática centra-se na importância da capacitação e da sua necessidade cada vez maior de ser realizada, face aos desafios atuais da saúde. Também, no papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e no seu contributo para a capacitação parental como meio para que os progenitores adquiram competências efetivas para o cuidar, para a promoção da saúde, orientando para comportamentos direcionados à maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem.

Assim, inserido na linha de investigação “Qualidade e Segurança”, o Projeto de Intervenção foi desenvolvido através de metodologia de trabalho de projeto no decorrer do

Estágio I e Estágio Final, com o intuito de cuidar e intervir de forma a obter competências e habilidades para a prática especializada.

“Cuidar de crianças e jovens implica influenciar o futuro, constituindo-se os momentos de interação como uma oportunidade de desenvolvimento de todos os envolvidos” (Ramos, 2020, p.12). Segundo a mesma autora, o grande desafio para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica está

“em trabalhar com crianças, jovens e famílias, recorrendo a estratégias capazes de as potenciar, otimizando os seus recursos pessoais e sociais caminhando com elas para o sucesso e, mais complexo ainda, ajudá-las a serem capazes de enfrentar o insucesso, reajustando as estratégias até então utilizadas para que, em situações posteriores, o sucesso possa ser alcançado” (p. 16).

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018) capacitar as famílias representa o alicerce do desenvolvimento infantil. O próprio Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) aborda o reconhecimento e a capacitação parental dos pais e de outros cuidadores de referência enquanto primeiros prestadores de cuidados à criança/jovem, salientando a importância do aumento do nível de conhecimentos e da motivação das famílias no desenvolvimento favorável ao exercício da parentalidade, bem como, no papel dos profissionais de saúde na sua promoção (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). É preciso implementar medidas preventivas para fortalecer a responsabilidade parental, investido em serviços que apoiem os pais no desenvolvimento de estratégias para colmatar os problemas que coloquem em causa o bem-estar das crianças, e que estes percebam a importância e o impacto de uma boa paternidade no crescimento e desenvolvimento dos seus filhos (Eurochild, 2015).

Os enfermeiros são as principais figuras na promoção dos cuidados parentais, visto que são eles que permanecem lado a lado da criança/jovem e família, durante 24 horas, tendo por isso um papel preponderante na educação para a saúde, no acompanhamento das famílias e na promoção do desenvolvimento. Para a educação para a saúde é essencial a capacitação parental, pois nesse processo e através da participação dos pais, do estabelecimento de uma relação de confiança e de estratégias de comunicação permite partilha de dúvidas e medos (Ramos, Vilaça & Mendes 2020).

Os cuidados de enfermagem prestados por EEESIP têm como foco de atenção a promoção da autonomia, do crescimento e desenvolvimento infantil e a da parceria dos cuidados, sendo um modelo que reconhece os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades, dotando-os de competências e habilidades, maximizando o seu potencial para contribuir para um adequado desenvolvimento infantil e bem-estar da criança, e juntos implementar e gerir um plano promotor da parentalidade (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho, 2018; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Perante o impacto da doença e da hospitalização na criança/jovem e família, é consensual o contributo das competências especializadas do EEESIP no apoio, orientação, promoção da parentalidade e capacitação parental no cuidado à criança/jovem, nomeadamente no processo da alta hospitalar.

Para o sucesso desta etapa é importante que os pais participem e façam parte de todo o processo, pelo que o planeamento da alta deve assentar em pilares como a individualidade e no fornecimento de apoio e orientações claras, sucintas e de fácil entendimento para os pais (Pinto *et al.*, 2018). No entanto, a falta de sistematização desse processo e a inexistência de registos das informações cria orientações fragmentadas e duplicadas que posteriormente resultam numa maior probabilidade de incompreensão e numa banalização dos ensinamentos. É, portanto, crucial a planeamento de ações organizadas e a otimização das atividades educativas para que haja uma diminuição das incongruências, de forma a permitir uma melhor orientação para o processo da alta (Veronez & Higarashi, 2016).

Como objetivos deste relatório de estágio, definimos o objetivo geral: Adquirir e desenvolver as competências de Mestre e competências de EEESIP. Para os objetivos específicos foram delineados os seguintes: apresentar o Relatório de Estágio enquanto elemento de avaliação da unidade curricular, com recurso a discussão em prova pública; Aprofundar conhecimentos sobre as temáticas abordadas, com base na evidência científica; Desenvolver o projeto de Intervenção, descrevendo os contextos de estágio, as atividades desenvolvidas e resultados obtidos; e Analisar e refletir de forma crítica o percurso efetuado, bem como, a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Relativamente ao corpo do trabalho, este encontra-se organizado em 6 capítulos principais. Primeiramente iniciamos o Relatório de Estágio com esta introdução, que faz uma prévia e breve fundamentação da problemática, com definição dos objetivos da elaboração do Relatório. De seguida, o enquadramento teórico que contempla uma revisão da literatura sobre a temática e o modelo teórico que sustentou e orientou a nossa prática ao longo dos contextos de estágio. Posteriormente encontram-se outros dois capítulos: o desenvolvimento do Projeto de Intervenção que contempla a caracterização das unidades de saúde pelas quais passamos, o diagnóstico da situação, os objetivos geral e específicos e o respetivo planeamento, cronograma, execução e avaliação do mesmo e a análise reflexiva relativamente à aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre. No fim do Relatório, apresentamos as considerações finais sobre a temática e o projeto de intervenção desenvolvido, através de uma reflexão das principais ideias, dos objetivos delineados, limitações, aprendizagens e perspetivas futuras para um caminho de melhoria; as referências bibliográficas da respetiva informação pesquisada e os apêndices e anexos, onde abarcam todos os documentos pertinentes.

A elaboração deste Relatório de Estágio segue as diretrizes do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e obedece às normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos tempos, a visão e a conceção de criança e infância foi sofrendo alterações até aos dias de hoje. Na verdade, até ao século XVII, a criança era vista como um adulto pequeno. A sociedade não revelava interesse relativamente aos conceitos de criança e de infância, não demonstrando conhecimento da importância de individualizar e especializar as necessidades da criança, sendo por isso considerada de forma pouco diferenciada dos adultos (Ramos & Barbieri-figueiredo, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na altura, a infância era vista como uma etapa da vida de pouca relevância, sendo de certo modo banalizada, pois a elevada taxa de mortalidade infantil e a doença eram tidas como uma desgraça de razão divina, o que refletia praticamente numa ausência de cuidados no campo da prevenção e de tratamento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Com a evolução e o aumento do conhecimento sobre especificidades, características e processo de desenvolvimento da criança, a sociedade e as famílias ficaram mais atentas às necessidades específicas da criança/jovem, contribuindo atualmente para um ambiente potenciador de um crescimento e desenvolvimento mais favoráveis (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Também a enfermagem acompanhou a evolução dos tempos, mudando a sua atenção baseada no modelo biomédico, da doença e do tratamento para a prevenção, bem-estar nas relações estabelecidas com o meio envolvente, visão holística e ecológica da pessoa. Neste sentido, passa a colocar a criança/jovem como foco central inserida num ambiente onde estabelece relações dinâmicas entre si (desde humanas, físicas, políticas, económicas, culturais e/ou organizacionais), focando-se assim em determinantes que têm o poder de afetar a saúde da criança/jovem e de interferir no seu crescimento e desenvolvimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; OE, 2017).

Atualmente, “A criança é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.” (OE, 2017, p.4). Devido às suas características, a criança é um organismo em desenvolvimento, vulnerável, cujo

crescimento se expressa por comportamentos resultantes da dinâmica entre os fatores biológicos, anatómicos, psicológicos e sociais (OE, 2010).

O facto de ser considerada um ser vulnerável não pode ser visto como um impedimento de valorizar e compreender a sua vontade. Deve imperar o superior interesse da criança, o respeito pelo seu direito à liberdade de expressão e autodeterminação e, portanto, o dever de lhe proporcionar condições favoráveis para um propício desenvolvimento, reconhecendo os prestadores diretos como figuras centrais promotoras de um desenvolvimento com dignidade (OE, 2010; Nunes, 2020).

A criança é dependente dos cuidados e interação de outros para satisfazer as suas necessidades fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento, de forma a permitir a aquisição de competências e habilidades que potenciem a aprendizagem de aptidões preceptivas, motoras, cognitivas, linguísticas, socio-emocionais e autorreguladoras (OE, 2017; OMS, 2016).

De facto, a família desempenha uma forte influência no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, sendo indissociável, responsável e um pilar no seu cuidado (OE, 2017).

1.1 Capacitação Parental e Empoderamento da Criança/Jovem e Família

A família é uma constante na vida da criança/jovem, desempenhando uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento, sendo responsável por suprir as suas necessidades e proporcionar um ambiente favorável para um desenvolvimento saudável, de forma a permitir que se torne progressivamente mais independente e por fim autónoma (OE, 2017).

Articulado ao conceito de família encontram-se conceitos fundamentais na filosofia dos cuidados, como “*Empowerment*” e Capacitação. Estes conceitos fundamentais devem

estar presentes no dia-a-dia de quem presta cuidados de saúde. É ainda mais essencial a sua implementação logo desde a infância de maneira a potenciar melhores resultados ao longo da vida (Ramos, 2020).

O termo empoderamento, que advém da tradução da palavra em inglês *empowerment* é referido em 1986, na *Carta de Otawa*, como um conceito central no discurso da promoção da saúde (Ramos, 2020).

A sua ideologia assenta no potenciar o poder de um grupo de baixo poder, de forma a igualar o grupo de alto poder. Este conceito tornou-se bem estudado em diversas disciplinas, utilizado em diferentes áreas da sociedade e usado numa ampla variedade de causas, como o movimento das mulheres, os direitos dos homossexuais, o movimento do poder negro, entre outros (Haddad & Toney-Butler, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998),

“O empoderamento pode ser um processo social, cultural, psicológico ou político por meio do qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar suas necessidades, apresentar suas preocupações, planejar estratégias para o envolvimento na tomada de decisões, e alcançar a ação política, social e cultural para atender a essas necessidades. Por meio de tal processo, as pessoas veem uma correspondência mais próxima entre seus objetivos na vida e um senso de como alcançá-los, e uma relação entre seus esforços e resultados de vida” (p.6).

Na literatura presente, o empoderamento surge como um processo que vem de dentro do indivíduo, manifestando-se na tomada de decisões, pelo que não é um percurso mágico, mas sim algo em que só a própria pessoa tem capacidade de se empoderar, sendo ela o recurso e o profissional, o facilitador e potenciador desse processo (Ramos, 2020). O seu conceito reside no capacitar para agir, no permitir aos indivíduos entender a dinâmica entre as suas ações e os seus resultados, dando a eles o poder de atingir os objetivos que desejam, no fornecer ferramentas, recursos e ambientes propícios para construir, desenvolver e aumentar a capacidade e eficácia dos indivíduos para alcançar as suas metas (Haddad & Toney-Butler, 2020).

De facto, é demonstrado pela evidência científica que um indivíduo empoderado está mais habilitado para fazer melhores escolhas, sentem mais autonomia e mais elevados níveis de autoeficácia, possuem maior nível de conforto e capacidade de resolução de conflitos e

problemas, encontram-se mais aptas na prestação de cuidados de acordo com cada contexto e necessidade e têm maior motivação para aumentar os seus conhecimentos e, assim criar a mudança (Ramos, 2020).

Dentro do amplo conceito de Empoderamento surge o termo “capacitar”, usado correntemente no dia-a-dia da prática clínica como forma de operacionalizar, significa de acordo OMS (1998), “agir em parceria com os indivíduos ou grupos para empoderá-los, por meio da mobilização de recursos humanos e materiais, para promover e proteger a sua saúde” (p.7).

A capacitação, termo surgido na década de 1920, mas apenas totalmente aceite na década de 1970, é visto como um processo ou um resultado, consistindo numa forma de melhorar habilidades e competências fornecendo meios, oportunidades e recursos, de forma que a criança/jovem e família, revelem as suas habilidades, adquiram novas competências, se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes para satisfazerem as suas necessidades (Haddad & Toney-Butler, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

Este é um foco importante para a formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, como por exemplo, no caso específico da temática a “capacitação parental” (Ramos, 2020).

Em Portugal tem-se procurado desenvolver ações promotoras da capacitação. O próprio Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSJI) é reflexo disso mesmo na área de pediátrica, pois marca, além de outros aspetos, a importância dos cuidados, do incremento de conhecimentos e capacidades de atuação por parte dos pais, enquanto principais cuidadores das crianças (Ramos, 2020). Também, a valorização dos cuidados antecipatórios, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013).

1.2 Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediátrica: Modelo de Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidado de Anne Casey

Os conceitos Cuidados Centrados na Família e Parceria de Cuidados tiveram a sua origem em diversas circunstâncias, a nível científico, social e político que conduziram a reformulação dos cuidados, práticas e filosofias no campo da saúde infantil e pediátrica (Cerqueira & Barbieri-Figueira, 2020).

Com o início dos primeiros hospitais pediátricos, as crianças doentes eram retiradas das suas famílias e internadas para receberem o tratamento necessário, excluindo-as e dando-lhes apenas permissão para visitas curtas. A evolução dos tempos, a introdução dos antibióticos e o aumento do conhecimento sobre o desenvolvimento psicológico e emocional da criança e certas práticas, como modelos de cuidados baseados no controlo da infeção e cuidados físicos começaram a ser questionados. Por volta dos anos 50 do século XX, os estudos relativamente aos efeitos da separação materna das crianças hospitalizadas contribuíram para o reconhecimento da importância do bem-estar psicológico da criança e da presença dos pais na sua promoção. A partir daqui, gradualmente produziu-se mudanças e linhas orientadoras relativamente a cuidados de saúde de crianças hospitalizadas, tendo-se gradualmente gerado um movimento de salvaguarda dos direitos da criança hospitalizada e da família, que influenciaram políticas e governos (Cerqueira & Barbieri-Figueira, 2020).

Os cuidados centrados na família consistem na filosofia de que as famílias e os profissionais de saúde são parceiros na prestação de cuidados (Cerqueira & Barbieri-Figueira, 2020). Dentro da pediatria, este modelo “reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem” (OE, 2017, p.13).

De facto, a família surge como uma referência fundamental nesta filosofia, que pretende cuidados humanizados, baseados no impacto positivo que a família tem para o bem-estar da criança e na sua hospitalização, tornando o processo o menos negativo, indo de encontro a estudos, que contribuíram para demonstrar que presença dos pais, não só de maneira física, mas também na sua participação nos cuidados prestados, atenua os sentimentos despoletados pela hospitalização, como ansiedade, tristeza, medo, *stress*, sofrimento e insegurança (Pedroso,2017).

A partir desta filosofia de cuidados à criança centrada na família, é desenvolvido em 1988, por Anne Casey, um modelo de cuidados pediátricos denominado por “ Modelo de Parceria de Cuidados”, que reconhece e valoriza o contributo dos pais como parceiros nos cuidados à criança e no seu bem-estar, tanto presente como futuro (Casey, 1995; Pedroso, 2017).

Anne Casey, no seu Modelo de Parceria de Cuidados, reconhece a família como os melhores prestadores de cuidados à criança, tendo realçado a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada (Ferreira & Costa, 2016).

Assumindo-os como parceiros nos cuidados ao filho, o EEESIP promove o seu envolvimento através do respeito, comunicação, informação partilhada, empatia, abordagem holística e negociação, sendo estes os valores que sustentam este modelo de cuidados. Neste processo dinâmico de negociação, os cuidados são planeados mediante as capacidades e desejo de envolvimento dos pais, havendo suporte contínuo e ensino por parte do enfermeiro, partilha de cuidados e tomadas de decisão em conjunto, para que a família possa decidir, com um papel ativo, relativamente aos cuidados prestados e a sua participação neles (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Este modelo é promotor do desenvolvimento, pois além de permitir que os próprios enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo, também permite um crescimento físico, emocional e social da criança/jovem e família, pois assenta na capacitação, recorrendo às capacidades e conhecimentos, num processo de respeito pelas crenças, valores e sentimentos de cada um. Permite criar oportunidades propícias para o desenvolvimento de habilidades e competências que possuem e adquirir outras, de forma a satisfazer as necessidades da criança/jovem e família. Com o empoderamento das famílias cria-se um processo propício para que estes mantenham ou adquiram confiança, autoestima, competências, conhecimento e poder para assumir o controlo das suas vidas, e assumam um comportamento de mudanças positivas que culminam em comportamentos promotores de hábitos saudáveis (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados abarca cinco conceitos: criança, família, enfermeiros, saúde e ambiente. A criança, como já referido, apresenta necessidades, que

inicialmente são totalmente dependentes de outros para as satisfazer, sendo que com o crescimento esta vai desenvolvendo capacidades e aptidões que a tornam capaz de satisfazer as suas próprias necessidades. A família é definida como um conjunto de indivíduos que prestam cuidados à criança, exercendo uma forte influência e um papel fundamental no seu desenvolvimento. Este modelo reconhece os pais como principais cuidadores, não excluindo a importância e o envolvimento de outros familiares significativos. O enfermeiro é aquele que deve reconhecer a família enquanto conhecedora das necessidades da criança, devendo conhecer as suas habilidades e competências, e cujas ações junto desta consistem em supervisionar os cuidados, apoiar a nível físico e psicológico, aconselhar, orientar e promover um ambiente o mais favorável possível para um adequado desenvolvimento, envolvendo para tal, a criança/jovem e família na tomada de decisão e nos cuidados. A saúde é entendida como um “estado de ótimo bem-estar físico e mental que deve estar sempre presente, permitindo à criança desenvolver todas as suas potencialidades” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.35), sendo que qualquer alteração não diagnosticada e não corrigida pode por em causa o seu crescimento e desenvolvimento. Relativamente ao conceito ambiente, este consiste numa infinidade de estímulos externos à criança e com poder de influenciar o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Casey faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, sendo que os cuidados familiares são aqueles que os pais prestam e resultam das necessidades do dia-a-dia da criança, as quais incluem cuidados de higiene, alimentação, conforto e amor, enquanto que, os cuidados de enfermagem são aqueles cujo objetivo reside em satisfazer as necessidades de saúde da criança consoante a sua situação clínica (Monteiro & Cerqueira, 2020). Apesar desta distinção, Casey não defende limites fixos, pelo contrário, ela recomenda uma abordagem flexível, na medida em que haverá situações em que o enfermeiro realizará os cuidados familiares e outras em que os pais, após ensino, instrução e supervisão do enfermeiro, poderão prestar cuidados de enfermagem. Neste sentido, o objetivo desta parceria de cuidados exige o estabelecimento de uma relação de confiança e igualdade entre os enfermeiros e os pais (Farrell, 1992; Monteiro & Cerqueira, 2020).

1.3 A Parentalidade na Hospitalização e a Alta Hospitalar

A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados, sendo frequentemente as primeiras crises que a criança vivencia, com particular vulnerabilidade para os primeiros anos de vida, visto que esta ainda não apresenta ferramentas necessárias para lidar com situações desencandadoras de grande stress (OE, 2011).

O meio hospitalar é para a criança como algo desconhecido e impessoal, sendo associado a um lugar de “solidão, tristeza, saudade de casa, da escola, amigos e familiares” (Pedroso, 2017, p. 226). O período de hospitalização da criança representa um momento de crise caracterizada pela vivência de sentimentos negativos, por alteração das suas atividades habituais e afastamento do seu ambiente familiar (OE, 2011).

Além da dúvida que a família vivencia relativamente à evolução e consequências da doença, a separação da criança e dos pais, enquanto um deles fica com o filho internado e o outro assegura a continuidade dos restante membros da família, impacta a estrutura familiar, exigindo destes uma mobilização de recursos necessário para se reajustar a uma situação de doença que é vista e experienciada como adversa e desencandadoras de medo e sofrimento (OE, 2011; Pedroso, 2017).

A hospitalização da criança pode provocar dificuldade na adaptação da parentalidade, uma vez que coloca os pais numa situação mais vulnerável, com indefinição dos papéis que os pais podem ou não desempenhar e/ou o que é exetável que eles façam, causando muitas vezes uma crise de identidade parental com vivência de sentimentos de frustração que pode acabar por comprometer o papel parental (OE, 2015b; Pedroso, 2017).

Na verdade, os pais necessitam de algum tipo de apoio e orientação em todas as etapas de desenvolvimento da criança, particularmente em situações de vulnerabilidade, como na doença e na hospitalização (OE, 2015b).

É histórica, social e politicamente esperado que os pais desempenhem o papel de assegurar o desenvolvimento dos seus filhos. O que vai de encontro ao artigo 27º da Convenção dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, que defende:

“Cabe primordialmente aos pais e às pessoas que têm a criança a seu cargo a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança” (UNICEF, 2019, p.22). É neste sentido que a comunidade científica aborda o conceito de “parentalidade” e estuda a dinâmica e papéis parentais (Barroso & Machado, 2010).

A parentalidade consiste, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017, p. 13),

“Assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai. Comportamentos destinados a facilitarem a incorporação dum RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental, adequados ou inadequados.”

A transição para a parentalidade implica o desenvolvimento de competências parentais, que têm o poder de promover a sobrevivência física, a saúde e o bem-estar da criança ou evitar o desenvolvimento de problemas significativos no futuro desta, pelo que a avaliação e o incentivo do desenvolvimento da parentalidade durante a hospitalização é um aspeto fundamental a ter em conta no processo de adaptação à parentalidade (OE, 2015b).

A parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e de desenvolvimento da criança. A sua adaptação consiste num processo de transição, à qual é da responsabilidade dos EEESIP, inseridos numa equipa multidisciplinar, promover a adaptação dos pais a esta realidade, sendo ativistas desse processo através da colaboração com a família na adaptação ao seu processo de saúde, do apoio, ensino, instrução e treino, da transferência de conhecimentos e habilidades e da capacitação para que estes possam gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização, tornando-os assim os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (OE, 2015b).

Através da envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos, tal como preconizado no Modelo de Pareceria de Cuidados, contribui-se para a construção da identidade parental, para o aumento da sua confiança nos cuidados, para uma diminuição do carácter agressivo da hospitalização e da ansiedade sentida pelos pais, na medida em que estes acabam por se sentir úteis durante a hospitalização, e para uma diminuição do tempo de internamento pois

permite que estes adquiram competências para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar (OE, 2015; Monteiro & Cerqueira, 2020).

A preparação para a alta hospitalar deve iniciar-se logo no momento da admissão, garantindo o que é defendido na carta da criança hospitalizada, em que a criança deverá apenas ficar internada quando os cuidados à situação clínica não poderão ser realizados em domicílio, na consulta externa ou no hospital de dia (OE, 2011; Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

Desta forma, muitas vezes o regresso a casa da criança não significa que a recuperação está totalmente concretizada, mas sim que está estável e a continuidade dos cuidados serão prestados no domicílio. Para tal, é essencial um desempenho eficaz da família, conseguido através do apoio ao reajuste no papel parental, dotando-os de conhecimentos e capacidades que lhes permita gerir o regime terapêutico, os recursos e rede de suporte que promovam uma mobilização de ferramentas para uma resposta aos desafios de saúde (OE, 2011).

A preparação para a alta hospitalar representa um processo contínuo de adaptação da criança e família a um novo contexto, que deve ser perspectivada de modo intencional, planeada, sistemática, participativa e inclusiva da criança/jovem e família enquanto parceiros nos cuidados, implicando a negociação constante e adaptada às necessidades. Para tal, cada criança/jovem e família deve ter um plano individualizado de alta que deve ser iniciado o mais precocemente possível, onde deverá ser valorizada a autonomização dos pais, de forma a que estes regressem a casa, sentindo-se seguros e capazes (OE, 2011).

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após a realização do enquadramento teórico, onde pretendemos contextualizar a temática escolhida, neste capítulo procedemos à apresentação do Projeto de Intervenção de Estágio desenvolvido e aplicado nos diferentes contextos do estágio. Desta forma, iniciamos com a realização de uma caracterização das Unidades de Saúde pelas quais passamos durante o percurso do Estágio I e Estágio Final. De seguida é abordada a metodologia com a apresentação e desenvolvimento das diferentes fases que a compõem.

Em qualquer trabalho de investigação, a metodologia assume um papel essencial, visto que ao longo desta, o investigador irá selecionar os métodos e técnicas que utilizará de modo a obter respostas às questões de investigação que foram formuladas, guiando, assim, o processo de investigação científica (Fortin,2009).

O Projeto de Intervenção realizado foi desenvolvido a partir da metodologia de projeto. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a metodologia de projeto consiste numa investigação com foco num problema real diagnosticado e na aplicação de estratégias que permitam a sua resolução. A metodologia do projeto permite uma ligação entre a teoria e a prática, na medida em que, possibilita a aquisição de capacidades e competências através da elaboração e operacionalização do projeto numa situação real.

O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, baseada e apoiada pela investigação e que usa um conjunto de técnicas e procedimentos para identificar e estudar uma problemática, cujo principal objetivo consiste em prever, orientar e preparar a trajetória a fazer ao longo da elaboração do projeto, tendo em vista a resolução de problemas na prática (Ruivo *et al.*, 2010).

O presente projeto de intervenção teve início a partir da escolha de uma temática que fosse transversal aos quatro contextos de estágios. Assim, a temática escolhida teve por base a pertinência da capacitação parental como uma das intervenções de enfermagem fundamentais do EEESIP para promover o desenvolvimento da criança no seu todo, sendo um foco central no cuidado à criança e na promoção da sua saúde. Esta é uma temática passível de ser trabalhada em qualquer contexto, sempre com o objetivo de promover a segurança, melhorar os cuidados prestados e promover o crescimento e o desenvolvimento do RN e

criança, pelo que, consideramos que o projeto tem como base a linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

Os pais, no exercício da sua parentalidade fazem-no por tentativa e erro, pelo que a capacitação parental é essencial para estes sejam o pilar no cuidado aos seus filhos. Na verdade, capacitar os pais/família/cuidadores constitui o alicerce para potenciar um adequado desenvolvimento infantil. As habilidades de aprendizagem e as competências pessoais e sociais básicas são adquiridas bem cedo e as competências subsequentes vão depender dessa base (OMS, 2018).

Neste sentido, o enfermeiro, particularmente o EEESIP é fundamental para este processo, na medida que, o seu exercício profissional

“é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidência os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe são subjacentes, e que decorrem nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos.” (OE, 2017, p.4).

É da sua competência específica abarcar conhecimentos e habilidades que permitem avaliar a família e responder às suas necessidades, particularmente na adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho).

No encontro desta filosofia de cuidados centrados na família, se reconhece a família como constante na vida da criança, sendo estes, segundo crenças e valores, os seus melhores prestadores de cuidados, pelo que é fundamental que se capacite e se disponha os recursos necessários para dotar a família de competências para uma gestão competente no cuidado aos seus filhos, tendo em vista a sua autonomia e capacitação para possuírem conhecimentos e ferramentas para uma tomada de decisão informada nos diferentes contextos do percurso da vida da criança/jovem.

Para a elaboração do presente projeto seguiram-se as fases que constituem a metodologia do projeto: elaboração do diagnóstico da situação, definição de objetivos, planificação das atividades, estratégias e meios, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

2.1 Caracterização Das Unidades de Saúde

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica contemplou duas unidades curriculares de estágio: o Estágio I, decorrido entre o período de 2 novembro a 11 de dezembro de 2020 e o Estágio Final realizado entre 18 de janeiro a 2 de julho de 2021. No decorrer da prática clínica desenvolvemos atividades que promoveram a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP e de Mestre em Enfermagem.

Relativamente aos campos de estágio, o Estágio I foi realizado na Consulta Externa de Pediatria e o Estágio Final contemplou três contextos clínicos diferentes, dos quais foram desenvolvidos cronologicamente nos seguintes serviços: Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico e Internamento de Pediatria, cada um deles com 6 semanas de duração. A nível temporal, o primeiro contexto clínico seria para decorrer no Internamento de Pediatria, tendo iniciado a 18 de janeiro, mas entretanto interrompido a 1 de Fevereiro e retomado posteriormente a 31 de maio até 2 de julho. O contexto clínico em Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica decorreu de 1 de março a 9 de Abril, tendo-se seguido a Urgência Pediátrica realizada desde 12 de abril a 28 de maio.

2.1.1 Consulta Externa de Pediatria

A Consulta Externa de Pediatria representa um serviço essencial que garante a vigilância em ambulatório do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e o acompanhamento de problemas ou doenças crónicas, permitindo que esta se mantenha dentro do seu ambiente familiar. O seu principal objetivo consiste em promover a saúde, antecipando e diagnosticando precocemente situações que podem por em causa a vida ou afetar de alguma forma a qualidade de vida da criança/jovem.

Localizada no piso 0 da instituição hospitalar, este é um serviço que assegura atendimento das 8 horas às 20 horas, sendo composto, a nível de estrutura física, por uma sala

de espera, 5 gabinetes, uma sala de enfermagem e 1 sala de tratamentos. A nível de recursos humanos, a Consulta Externa de Pediatria é constituída por uma equipa formada por 8 médicos pediatras, 3 enfermeiras das quais 2 especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e 1 enfermeira de cuidados de gerais e 3 auxiliares de ação médica.

Além das consultas realizadas de acordo com as idades-chave preconizadas pela DGS e sempre que necessário, a consulta externa de pediatria recebe apoio de outras especialidades pediátricas com imunologia, cardiologia, otorrinolaringologia, neuropsiquiatria, cirurgia, nefrologia, nutrição, terapia da fala e neuropsicologia.

Tal como todo o restante espaço físico, a sala de enfermagem e sala de tratamentos é decorado a pensar na criança, apresentado além de paredes coloridas, também brinquedos facilmente desinfetáveis, adequados às diferentes faixas etárias e aos quais as enfermeiras recorrem como método não farmacológico para alívio da dor.

O método de trabalho que caracteriza a equipa de enfermagem consiste no método individual, na medida em que cada enfermeira presta cuidados centrando a sua atenção nas necessidades da criança/adolescente e família, valorizando a individualização dos seus cuidados.

A Consulta Externa de Pediatria insere-se numa instituição que é acreditada pela *Joint Commission International* (JCI), organismo reconhecido internacionalmente de acreditação de unidades de saúde baseada nos padrões de qualidade dos Estados Unidos da América e, cuja missão consiste em melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, através da avaliação de requisitos que englobam 6 metas internacionais de segurança do paciente (Meta1- Identificar corretamente o paciente; Meta 2- Melhorar a eficácia da comunicação; Meta 3- Melhorar a segurança da medicação; Meta 4- Garantir cirurgias com local, procedimento e ao paciente correto; Meta 5- Reduzir risco de infeções associadas ao cuidados de saúde [IACS] e Meta 6- Reduzir danos aos pacientes resultantes de quedas).

A consulta de enfermagem funciona de acordo com as necessidades de cada criança/jovem que recorre à Consulta Externa de Pediatria, sendo um leque de procedimentos realizados como tratamentos a feridas cirúrgicas e traumáticas, administração de vacinas extra plano, administração de vacinas de imunologia, colheitas de sangue, teste do pezinho,

promoção da amamentação, avaliação do peso do RN, consulta pré-operatória de enfermagem, entre outros.

Apesar de a criança/jovem e família recorrerem à consulta de enfermagem com um propósito definido, foi possível constatar que as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aproveitam todos os momentos de contacto para uma vigilância do crescimento e do desenvolvimento, priorizando os cuidados antecipatórios, capacitando a família ao facultar-lhes os conhecimentos necessários para os seu melhor desempenho, no exercício da parentalidade, na promoção e proteção dos direitos da criança, antecipando e diagnosticando precocemente situações que fogem da normalidade.

Os cuidados não traumáticos caracterizam a prestação de cuidados realizada na consulta externa, na medida em que são usadas diversas técnicas para minimizar a dor, como por exemplo o uso de lidocaína em pensos (EMLA®), Protóxido de Azoto + Oxigénio (Livopan®), técnicas de distração, entre outros. O serviço tem um protocolo de controlo da dor, pelo qual a equipa de Enfermagem da Consulta Externa de Pediatria se rege para promover o conforto e o controlo da dor aquando a realização de procedimentos dolorosos.

A própria consulta de enfermagem pré-operatória tem como objetivo primordial a preparação da criança/jovem e família para a cirurgia, nomeadamente para o pré-operatório e pós-operatório. É realizada a uma avaliação inicial, sendo realizada uma colheita de dados da criança/jovem (antecedentes pessoais, antecedentes cirúrgicos, alergias, sinais vitais, peso, altura, entre outros), explicados os procedimentos pré-operatórios e pós-operatório e reforçados os direitos da criança hospitalizada, salvaguardando que esta tem o direito de estar sempre acompanhada pela pessoa significativa. Dependendo da faixa etária, os pais são capacitados para que nos dias que antecedam a cirurgia, que brinquem com a criança com o material hospitalar que é cedido na consulta (máscara de anestesia, seringa, entre outros) e que a preparem para o dia da cirurgia, explicando o que vai acontecer, adequando a comunicação à criança/jovem.

2.1.2 Atendimento Permanente Pediátrico

O contexto de estágio na Urgência Pediátrica realizou-se num Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico (SAPP), que integra o Departamento de Pediatria da instituição. Esta assegura a prestação de cuidados em contexto e urgência e emergência durante 24 horas a crianças e jovens até os 17 anos e 364 dias de vida.

A nível de estrutura física, o SAPP é dividido por uma sala de espera, dois gabinetes médicos, um posto de triagem, uma sala de observação e uma sala de enfermagem. Estas duas últimas salas encontram-se separadas por portas de vidro, permitindo uma observação das crianças a partir da sala de enfermagem. Existe um total de 6 postos, estando divididos 4 na sala de observação e mais 2 na sala de enfermagem. Cada um dos 4 postos na sala de observações apresenta monitor de monitorização cardiorrespiratória, sendo um dos postos formado por um berço e os restantes por camas. A cama que fica mais perto da porta de saída, encontra-se reservada para o posto de emergência, pois é onde se encontra o carro de emergência. A sala de enfermagem apresenta mais dois postos para tratamentos e realização de aerossóis, que pelas restrições da pandemia foram desaconselhados, sendo apenas realizados após teste rápido de antigénio negativo. O posto de enfermagem fica junto destes dois postos e é o local onde se encontram todo o material para procedimentos, bancada para preparação de medicação e secretária para realização de registos.

No que diz respeito à equipa que forma o SAPP, esta é constituída por um total de 10 médicos pediatras e uma equipa de 7 enfermeiros, sendo um deles Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para além dos 6 enfermeiros que integram a equipa de enfermagem do SAPP, esta também conta com mais 3 enfermeiros em regime de prestação de serviços, sendo também eles Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os turnos são divididos maioritariamente em 12 horas de trabalho, sendo que durante o dia são destacados 2 enfermeiros e durante o turno da noite é destacado apenas 1 enfermeiro, que poderá pedir auxílio em caso de necessidade ao EEESIP que fica responsável pelo departamento de pediatria do respetivo turno.

O método de trabalho funcional ou de tarefa caracteriza o método de trabalho da equipa de enfermagem, visto que, estes são distribuídos um pelo posto de triagem e outro pela sala de observações e sala de tratamentos.

Tal como a Consulta Externa de Pediatria, também o SAPP se insere numa instituição acreditada pela JCI, sendo visível a constante procura pela melhoria dos cuidados prestados, na prevenção de quedas e de IACS, na melhoria da segurança dos cuidados, na normatização de procedimentos e da formação contínua dos profissionais que lá trabalham.

Relativamente ao sistema de triagem e aos registos, estes são efetuados no sistema de Gestão Hospitalar *Glintt*.

O sistema de triagem usado tem por base o Triângulo de Avaliação Pediátrico, através da avaliação da aparência, respiração e coloração. Este deve ser um processo rápido, usando indicadores visuais e auditivos, sendo que, de acordo com a avaliação realizada, guiada pela respetiva norma de procedimentos com orientações que indicam a prioridade, esta pode ser definida em “ Não urgente”, “Urgente” e “ Emergente”. Por enquanto, as pulseiras de identificação da criança/jovem não apresenta cor associada, no entanto, é algo que está para ser aplicado num futuro próximo.

No momento da triagem, existe um protocolo estabelecido que possibilita que o enfermeiro possa intervir de forma imediata, nomeadamente no âmbito da administração de terapêutica antipirética, em caso de febre.

Pela questão da pandemia vivenciada nos tempos que correm, foram criados circuitos de forma a dar resposta ao risco de propagação, dividindo, assim crianças/jovens com e sem sintomas de COVID 19. Desta forma, a sala de observação e a sala de espera pediátrica encontram-se restritas às criança/jovens com sintomatologia coincidente com COVID19 e a sala de tratamento e sala de espera comum destinados às crianças/jovens sem rastreio positivo para COVID 19. Além desta organização, também se implementou a realização de um rastreio no momento da triagem, com a realização de testes rápidos de antigénio para SARS-COV2, criando para tal um espaço na sala de observações para a sua realização.

No SAPP todas as crianças/jovens têm o direito de estar permanentemente acompanhadas pela pessoa de referência. No entanto, devido à pandemia, deixou de ser possível a criança/jovem ser acompanhada por duas pessoas, geralmente por ambos os pais, não havendo essa oposição em situação pré-pandémica, passando apenas a ser permitido a entrada de um dos pais ou pessoa de referência.

2.1.3 Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

O penúltimo contexto de estágio decorreu num Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) de uma instituição hospitalar na região sul do país. O serviço localiza-se no quinto piso do edifício principal da instituição.

Esta unidade articula-se com a Maternidade, Bloco de Partos, Urgência Pediátrica, Consulta Externa de Pediatria e Internamento de Pediatria. A grande maioria dos recém-nascidos é proveniente do Bloco de Partos, existindo uma ligação direta entre os dois serviços, o que permite uma prestação de cuidados pelos profissionais de saúde de forma imediata. Além disso, também admite crianças com necessidades de cuidados intensivos transferidas do serviço de Urgência Pediátrica ou de outras unidades da região. Por outro lado, os RN com necessidade de intervenção cirúrgica são transferidos para hospitais de referência na zona de Lisboa. Nestas situações é acionado o Transporte Inter-Hospitalar Pediátrica (TIP), que consiste num serviço cuja função reside no transporte de RN e doentes pediátricos em estado crítico entre hospitais, pois, além destas ambulâncias estarem equipadas com todo o equipamento essencial para a sua estabilização, também dispõem de equipas altamente qualificadas formadas por um pediatra, um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar.

Do ponto de vista da estrutura física, o SMINP é dividido em 4 salas principais. A sala mais pequena onde se encontram 3 postos de cuidados intensivos com incubadoras e ventiladores mais sofisticados, ficando reservados para situações agudas ou críticas. Separadas por uma porta de vidro, encontramos outra sala, maior e formada por 9 postos, também preparados para situações críticas, no entanto é normalmente ocupada por situações em fase

de maior estabilização do RN, ficando destinados aos cuidados Intensivos intermédios. Junto a estas duas salas encontra-se também, separada uma parede com vidros foscos, o berçário formado por um total de 5 berços. Por último, existe ainda outra sala mais afastada destas três, com 2 camas reservada para cuidados intensivos pediátricos.

Todos os postos estão equipados com monitores que fazem a leitura dos parâmetros vitais, conectados à central localizada na sala de enfermagem, permitindo a vigilância contínua de todos os RN internados. A sala de enfermagem é uma sala pequena munida com 5 computadores no total e um espaço dedicado à preparação de medicação. Esta sala de enfermagem permite a visualização direta, através de uma janela um vidro, para a sala dos cuidados intensivos e através de uma porta de vidro para a sala de cuidados intermédios, que permite o acesso a ambas as salas.

A pandemia exigiu uma nova reestruturação na SMINP, pelo que uma das incubadoras da unidade, assim como uma das camas da Unidade de Intensivos Pediátricos são destinadas à área de isolamento, estando reservadas e preparadas para receber crianças/jovem com suspeita ou confirmação de COVID19.

A unidade também é dotada de mais salas, de entre elas, a sala de preparação de leites, com 1 frigorífico e um congelador para armazenamento de leite materno e/ou leite adaptado. As mães são capacitadas para após a extração, armazenar de forma adequada o leite para posterior uso. Estes são preparados respeitando a técnica asséptica para controlo de infeção e colocados em biberões ou seringas, dependendo da autonomia alimentar do bebé.

O serviço é dotado de um sistema de segurança, pois a porta que permite o acesso à unidade está sempre fechada, sendo apenas aberta de forma automática através de digitação de um código de segurança, ao qual só os profissionais de saúde pertencentes ao serviço têm acesso. Por outro lado, para entrada de qualquer outra pessoa é necessário que esta toque à campainha e só é permitida a entrada após identificação da mesma.

Esta unidade, tal como as restantes por onde passamos, os cuidados têm por base, os direitos das crianças, a filosofia dos cuidados centrados na família e o modelo de parceria de cuidados, pelo que os pais, sendo um elemento essencial no cuidado aos seus filhos, não são descurados. Assim, além das salas referidas anteriormente, os pais têm ao seu dispor uma sala

e um quarto com casa de banho, recentemente remodelados, ficando com um espaço acolhedor e confortável. No entanto face ao contexto pandémico do momento, os pais podem acompanhar o RN durante o dia, permanecendo na unidade no horário estipulado das 09 horas às 22 horas. Restantes visitas de momento também não estavam incluídas.

O SMINP é caracterizado por uma equipa multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. No que respeita à equipa de enfermagem, esta é formada por equipas constituídas por enfermeiros EESIP e de Cuidados Gerais, ficando sempre um enfermeiro EESIP como responsável de turno. O método de trabalho individual é o método usado, no sentido em que pelo seu conceito implica a atribuição de uma ou mais crianças por enfermeiro, sendo este responsável por todos os cuidados que lhe presta. Relativamente à formação contínua, esta é uma equipa em que cada elemento faz parte de um grupo de trabalho, onde desenvolvem projetos, uniformização de normas e sessões de formações para a equipa de enfermagem. Os registos de enfermagem são efetuados no sistema informático BICU®, estruturado com base na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) versão B2, que permite identificar focos/diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem.

Desde 2010, o SMINP tem por base da prestação de cuidados ao RN e família, a filosofia de cuidados NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program/ Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN*), sendo a nível nacional, a segunda, e para já a última, instituição hospitalar a trabalhar com este programa. O NIDCAP foi desenvolvido numa tentativa de minimizar o impacto negativo do ambiente de uma unidade de cuidados intensivos no recém-nascido pré-termo (RNPT), centrando e individualizando, em parceria com a família, os cuidados com base na observação do comportamento do bebé, promovendo um favorável desenvolvimento do RNPT e do RN em risco.

2.1.4 Internamento de Pediatria

O serviço de Internamento de Pediatria foi o último local de estágio, realizado numa instituição hospitalar que assegura cuidados de saúde à região do barlavento do Algarve. Situado no 3º piso do edifício central, este serviço articula-se com outros serviços do departamento materno-infantil, podendo ser admitidas crianças desde os 28 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, e eventualmente, em situações muito específicas (em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência) acolher jovens até aos 21 anos.

A admissão da criança/jovem pode ser realizada por três formas diferentes: por transferência do serviço de Urgência Pediátrica, por transferência de outro serviço de internamento, como do Serviço de Neonatologia do qual tem ligação direta ou do Serviço de Medicina Intensiva Neonatal ou Pediátrica de outra unidade hospitalar ou eletivamente, quando são internadas para serem submetidas a cirurgia ou para realização de exames complementares de diagnóstico com necessidade de vigilância.

Este serviço tem como finalidade promover a saúde, prevenir a doença, tratar e reabilitar, proporcionando à criança/jovem e família o cuidado, o tratamento e a reabilitação do seu estado de saúde, tendo em vista o seu favorável desenvolvimento, a diminuição e desmistificação dos medos do internamento. Aliás, o seu regulamento interno é regido conforme a Carta dos Direitos da Criança, estando até, todos estes direitos explanados num *poster* à entrada do serviço e no panfleto “Guia de Acolhimento” entregue à criança/jovem e família na admissão, onde dá a conhecer à criança/jovem e família os seus direitos, mas também os seus deveres.

A equipa multidisciplinar que acompanha as crianças/ jovens internados e suas famílias é composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Educadoras, Psicólogos, Assistentes Sociais, Dietistas, Fisioterapeutas e Administrativos. A equipa de Enfermagem é formada por um total de 25 enfermeiros, dos quais 7 são enfermeiros EESIP e os restantes Enfermeiros de Cuidados Gerais, estando a 3 deles em processo formativo de adquirir a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais são divididos entre a neonatologia e o internamento de pediatria, pois estes dois serviços partilham o espaço em paralelo e a mesma equipa,

encontrando-se separados por uma porta que dá acesso ao corredor onde se encontra a neonatologia e o corredor do internamento de pediatria.

As suas instalações são constituídas por um vasto e amplo corredor onde se pode encontrar: sala de tratamentos; sala de trabalho de enfermagem que é usada para preparação de medicação e passagem de turno; sala de armazenamento de material; 1 sala de sujos; Gabinete da Enfermeira Chefe; uma casa de banho e 6 enfermarias, onde se encontram divididos um total de 14 postos, sendo um deles reservado para isolamentos.

Como tal, todas as crianças internadas têm direito ao acompanhamento permanente dos pais, tendo direito a visitas pelos familiares entre as 15h e as 17h. No entanto, em resposta à situação pandémica, as visitas por outros familiares deixou temporariamente de ser permitida, e os pais a obrigatoriedade de realização de teste de PCR para Sars-Cov2 a cada 7 dias.

Os registos de enfermagem encontram-se informatizados no sistema SClínico Hospitalar e os registos da administração medicamentosa realizada e validada no sistema *Ghaf*.

Em outubro de 2009, o conselho de administração da instituição hospitalar, nomeou a constituição do Núcleo Hospitalar de Apoio Hospitalar a Crianças e Jovens em risco (NHACJR). Este núcleo formado por uma equipa multidisciplinar: uma coordenadora, que no caso é uma pediatra; uma assistente social; uma psicóloga clínica; uma enfermeira EESIP e a secretária do serviço. Têm também apoio de uma juíza, que presta os seus serviços de forma voluntária.

Semanalmente, o núcleo reúne-se numa sala própria que permite o grupo planear, estruturar ações e gerir casos, o cumprimento de questões relacionadas com privacidade e confidencialidade, a atividade regular da equipa e o atendimento personalizado nas condições de privacidade exigidas.

Os objetivos que guiam o NHACJR vão de encontro com as atribuições, definidas pela DGS (2007, p.8):

“Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais do sector administrativo e técnico, dos diferentes serviços, para a problemática das crianças e jovens em risco; Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto; Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria; Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e

jovens na área de intervenção do CS; Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos; Gerir, a título excepcional, as situações que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados pelo CS e que transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição – nomeadamente aquelas que, reconhecidamente, envolvem matéria de perigo; Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação com as diversas equipas do CS, nomeadamente, no domínio da Medicina Familiar, Saúde Reprodutiva, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar, Saúde Mental e Serviço Social; Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários, em particular, no primeiro nível de intervenção, que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco; Mobilizar a rede de recursos internos do CS e dinamizar a rede social, de molde a assegurar o acompanhamento dos casos; Assegurar a articulação funcional com os Núcleos Hospitalares de Crianças e Jovens em Risco (através, nomeadamente, da ação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), com as CPCJ, o Ministério Público e os Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor; Aplicar as orientações técnicas resultantes do documento “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde”.

2.2 Diagnóstico de Situação

A primeira fase da metodologia do projeto consiste no diagnóstico da situação que permite a identificação de um problema, ao qual deve corresponder às necessidades da população e do qual se pretende, através de estratégias, intervir e mudar. Para tal, é necessário efetuar uma análise integrada das necessidades da população no sentido de desenvolver ações, recorrendo a recursos disponíveis que promovam a capacidade, motivação e autonomia da população (Ruivo et al.,2010).

Além do interesse a nível profissional e académico, a escolha a temática da capacitação parental para a alta hospitalar advém também de interesses e motivações pessoais, visto que a partir da observação ao longo do exercício profissional percebemos que durante a preparação parental para a alta existem pontos com necessidade de uma abordagem mais focalizada e faseada, de forma a potenciar a capacitação parental e, consequentemente, um possível aumento da segurança e da confiança na continuação dos cuidados em casa, nomeadamente em crianças de especial complexidade.

O momento da alta é um ponto crucial para garantir uma continuidade dos cuidados, sendo que a preparação da família para a alta hospitalar exige adequadas orientações direcionadas às necessidades da criança/jovem.

Para o sucesso desta etapa é importante que os pais participem e façam parte de todo o processo, pelo que o planeamento da alta deve assentar em pilares como a individualidade e no fornecimento de apoio e orientações claras, sucintas e de fácil entendimento para os pais. A utilização de materiais educativos surgem como ferramentas que podem contribuir para a educação para a saúde, visto que, ajuda os pais com instruções que permitem reduzir a sensação de insegurança e incapacidade (Pinto et al., 2018).

Assim, a partir da pertinência da temática descrita anteriormente é definido como problema geral: Preparação dos pais para a alta hospitalar do RN e criança.

Após a definição geral do problema, segundo Ruivo et al. (2010) deve-se seguir a aplicação de instrumentos de diagnóstico que nos permitam a identificação e validação dos problemas. Desta forma, para diagnóstico da situação recorreremos aos seguintes instrumentos diagnósticos: observação direta, entrevista com os responsáveis dos serviços e aplicação de um questionário aos enfermeiros.

Entendemos que para cada contexto de estágio deveria ser realizado um diagnóstico de situação específico, de forma a identificar as principais necessidades referentes e cada local de estágio. Desse modo, recorreremos às entrevistas informais com os enfermeiros responsáveis pelo serviço e com o enfermeiro orientador de estágio, para realizar o diagnóstico de situação específico de cada serviço.

Em cada contexto de estágio, trabalhar e implementar intervenções ao nível da capacitação parental fez todo o sentido.

Da reunião informal no contexto de estágio do SMINP foi referido pela enfermeira orientadora a possibilidade de elaborar cartões informativos sobre temáticas no âmbito deste contexto clínico, para os pais.

No contexto do SAPP, antes da reunião, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para perceber se fazia sentido abordar a capacitação parental no período neonatal no contexto de Urgência Pediátrica, tendo sido posteriormente exposto essa problemática ao enfermeiro responsável do serviço/ orientador de estágio.

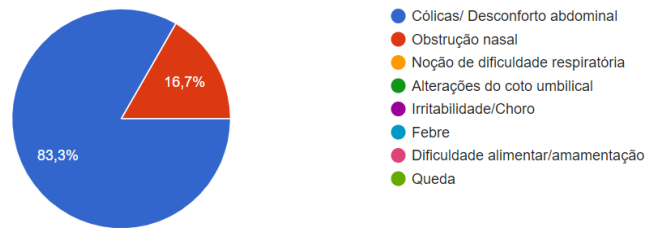
Além da reunião com o enfermeiro orientador de estágio/ enfermeiro responsável do serviço, foi realizado um questionário à equipa de enfermagem para perceber quais as temáticas que consideravam mais importantes abordar na capacitação parental no período neonatal no âmbito do serviço de SAPP, pois neste período surge frequentemente questões que levam os pais a recorrerem ao serviço de urgência, muitas vezes sem justificação clínica (Fraga, 2018). Uma utilização inapropriada dos serviços hospitalares, além de levar a uma sobrecarga evitável dos serviços, constitui um risco acrescido que pode ser prejudicial para o RN devido ao ambiente infeccioso potencialmente grave ao qual o bebé pode ficar exposto (Fraga, 2018).

É visível, nos últimos anos, nos países desenvolvidos, uma crescente afluência dos RN aos serviços de Urgência Pediátrica, tendo sido demonstrado por vários estudos uma tendência dos pais em recorrerem a estes serviços como resposta a diversas dúvidas sem carácter de gravidade, no cuidado aos seus filhos (Fraga, 2018).

A aplicação do questionário neste contexto de estágio foi realizada a partir do programa GoogleForms®, de forma anónima, garantindo assim a confidencialidade das respostas, na medida de potenciar a adesão da realização do mesmo (Apêndice 1). A escolha da aplicação do questionário recaiu pelo facto de ser um instrumento de medida rápido e pouco dispendioso de obter dados, com variáveis mensuráveis e com maior facilidade em controlar os dados (Fortin, 2009).

O questionário apelidado de “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos” foi formulado com um total de 3 perguntas: duas perguntas de resposta rápida e uma pergunta de resposta aberta. Relativamente à pergunta 1 **“De acordo com a sua experiência profissional, qual a preocupação dos pais relativas ao período neonatal, mais frequente que os motiva a recorrerem ao serviço de urgência?”**, os enfermeiros do SAPP apontaram 83.3% para as cólicas e o desconforto abdominal como o problema mais comum que motivam os pais a recorrerem ao SAPP, seguido da obstrução nasal com 16,7%.

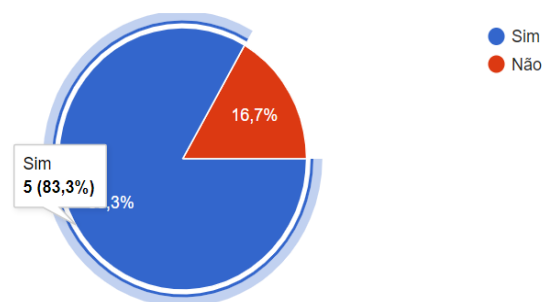
Gráfico 1 - Resultados obtidos à questão 1 do questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos”.



Fonte: Elaboração própria.

À segunda questão “**De acordo com a sua experiência profissional, considera relevante a realização de uma norma que uniformize os ensinamentos a realizar nas várias temáticas anteriormente abordadas?**”, a maioria dos enfermeiros considera pertinente, sendo que das 6 respostas obtidas, 5 consideram importante a realização de uma norma uniformizadora.

Gráfico 2 - Resultados obtidos à questão 2 do questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos”.



Fonte: Elaboração própria.

Em resposta à última questão de resposta aberta, a questionar quais as temáticas importantes a serem abordadas na norma, apenas 4 pessoas responderam o seguinte: “*desconforto abdominal, irritabilidade e possíveis causas, lavagem nasal e alterações do coto umbilical*”; “*Como lidar com as cólicas e aconselhamento em aleitamento materno*”,

“cólicas e dificuldade em amamentar” e a última resposta “cólicas, obstrução nasal e quedas”.

Da reunião informal no contexto de estágio do Internamento de Pediatria, foi referido pela enfermeira chefe a necessidade de realizar uma norma e um folheto relativos aos ensinamentos sobre o pós-operatório da adenoidectomia e amigdalectomia, visto que além de não terem uma norma uniformizadora dos cuidados de enfermagem no pós-operatório da respetiva cirurgia, o folheto que tinham para dar à criança/jovem e família era muito desatualizado.

2.3 Definição dos Objetivos

Dentro da metodologia do projeto, os objetivos surgem como representações antecipatórias que conduzem aos resultados que se pretende alcançar. Estes podem ser divididos em geral e específicos e devem ser claros, concisos e mesuráveis a nível da qualidade, quantidade e duração (Ruivo et al. 2010).

O objetivo geral consiste como um “enunciado de intenção que descreve os resultados esperados”, devendo ser construído “tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo respeito a competências amplas e complexas.” (Ruivo et al., 2010, p.18). Por outro lado, os objetivos específicos surgem como “o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares.” (Ruivo et al., 2010, p.18).

Desta forma, foi definido como objetivo geral para o projeto em questão: Desenvolver competências de Mestre e EEESIP na capacitação parental no cuidado ao RN e criança na preparação para a alta hospitalar. Para dar resposta ao objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores para capacitação parental;

- Elaborar um Estudo de Caso no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio I;
- Sensibilizar enfermeiros e os pais sobre a alta hospitalar do RNPT;
- Elaborar uma *check-list* de desenvolvimento de competências parentais para a preparação da alta do RNPT;
- Elaborar cartões de carácter informativo para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT;
- Elaborar uma norma uniformizadora de ensinamentos no período neonatal em contexto de urgência pediátrica;
- Elaborar um folheto informativo para os pais relativo a sinais de alerta no período neonatal;
- Elaborar um folheto informativo relativo aos cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidectomia e amigdalectomia no contexto de Internamento de Pediatria;
- Elaborar uma norma hospitalar sobre Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem no contexto de Internamento de Pediatria;
- Elaborar um artigo científico de revisão sistemática da literatura relativa à temática definida, no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio II.

2.4 Planeamento do Projeto e Cronograma

A terceira fase do projeto consiste no seu planeamento, ou seja, a elaboração de um plano com delimitação das atividades a desenvolver pelos diferentes elementos, a sua calendarização, os recursos necessários, tanto humanos como materiais e, por fim, os indicadores de avaliação para cada objetivo específico definido (Ruivo et al. 2010).

O planeamento culmina na formulação de cronograma que consiste na calendarização das atividades, estipulando o período de tempo para a sua concretização. Este é caracterizado por ser dinâmico, interativo e passível de reajuste a qualquer momento (Ruivo et al. 2010).

Assim, para dar resposta aos objetivos formulados, elaboramos uma tabela (Apêndice 2) onde se encontra apresentada o planeamento do projeto de intervenção, com os respetivos objetivos específicos definidos anteriormente, as atividades a desenvolver para a sua concretização, os recursos necessários e os indicadores de avaliação. Relativamente à calendarização do planeamento do projeto de intervenção esta pode ser visualizada no Apêndice 3.

2.5 Execução do Projeto de Intervenção

Finalizando a fase do planeamento do projeto chega o momento de pôr em prática o que foi delineado anteriormente. Nesta fase, é o momento de operacionalizar o projeto de intervenção, através da realização das diferentes atividades planeadas, sendo aguardados resultados que permitem reflexão, aprendizagens, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Ruivo et al, 2010).

Ao longo do percurso formativo, as atividades propostas definidas no planeamento do projeto de intervenção foram ganhando vida, tendo sido colocadas em prática de acordo com cada contexto de estágio. Assim, de seguida encontram-se descritas as atividades realizadas em cada um dos contextos clínicos, de forma a dar resposta aos objetivos definidos.

Sendo o primeiro objetivo **“Adquirir conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores para a capacitação parental”**, procurámos desenvolver atividades que fossem ao seu encontro. Recorremos à realização de pesquisa bibliográfica relativa à temática escolhida, que nos acompanhou durante todo o nosso percurso formativo. Por outro lado, a pesquisa é uma forma de sustentar a nossa temática com conhecimentos baseados em

evidência científica, a fim de conceber também um enquadramento teórico para o relatório de estágio, permitindo a aquisição de novas aprendizagens e aprofundamento de outras.

Para adquirir conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores para a capacitação parental foi importante a integração na equipa multidisciplinar e a observação de estratégias usadas pelos EEESIP para capacitar os pais no cuidado aos seus filhos e assim, aplicar na prática essas estratégias, usando a comunicação adequada, valorizando os cuidados antecipatórios para promover o vínculo, a parentalidade positiva e o melhor desempenho das famílias para a maximização do seu potencial.

Relativamente ao objetivo **“Elaborar um Estudo de Caso no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio I”**, foi realizado no âmbito da Consulta Externa de Pediatria um estudo de caso referente a uma criança e sua família com a qual tive contacto durante este contexto clínico (Apêndice 4).

A metodologia de estudo de caso consiste em procurar, explorar e aprofundar de maneira pormenorizada os conhecimentos relativos a uma pessoa, grupo ou comunidade, permitindo com a sua realização observar, perceber, analisar e descrever uma caso real e, assim, adquirir conhecimento e competências que poderão no futuro ser vantajosas para tomadas de decisão perante outras situações (Galdeano et al, 2003).

Assim, para a sua elaboração escolhemos para estudo de caso um RN em situação de especial complexidade (premature de 35 semanas mais 5 dias com restrição do crescimento fetal [RCF] e com microcefalia), tentando desta forma angariar mais ferramentas para atuar no sentido adquirir as três competências do EEESIP.

A escolha deste estudo de caso reside no facto de a prematuridade ser um tema de especial importância, pois é uma situação de especial complexidade que colocam os pais e família à prova, na medida em que experienciam uma multiplicidade de emoções e vivenciam a parentalidade de forma diferente, comparativamente aos pais que têm bebés que não necessitam de cuidados intensivos ou intermédios. Apesar de neste caso específico o RN não ter necessitado de transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), não faz com que estes pais não sintam medo e insegurança no momento do nascimento e após, pois não deixa de ser uma criança que nasceu antes do tempo à qual lhes tinha sido

comunicado a data prevista para o parto e ao mesmo tempo com diagnósticos como RCF e suspeita de microcefalia, o que para o entendimento dos pais, consistem em palavras assustadoras e que podem por em causa a saúde do seu bebé, aumentando ainda mais a sua ansiedade e o medo.

O objetivo **“Sensibilizar enfermeiros e pais sobre a alta hospitalar na prematuridade”**, após reunião com a enfermeira orientadora da Consulta Externa de Pediatria, optamos por elaborar um texto sobre a temática para publicar na revista da respetiva instituição.

Desta forma, conseguiríamos disponibilizar, tanto em formato de papel como *online*, não só a profissionais de saúde como a pais, informação sobre a prematuridade, o misto de emoções que consigo acarreta e o papel do Enfermeiro em toda esta dinâmica, tentando desta forma, trazer conhecimento e valorização para a Enfermagem, em especial para a Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Para tal, realizamos um pedido formal, por via correio eletrónico à enfermeira coordenadora da instituição, a autorização para a sua realização. Depois de aprovado, realizamos a pesquisa bibliográfica e procedemos à realização do mesmo. O documento titulado **“Alta Hospitalar do Bebé Prematuro – Funções e Competências do Enfermeiro”** foi aprovado primeiramente pela enfermeira coordenadora, sendo enviado de seguida para a equipa de Marketing e Formação para posterior publicação na revista semestral de janeiro de 2021 a julho de 2021” (Apêndice5).

Quanto ao objetivo **“Elaborar uma *check-list* de desenvolvimento de competências parentais para a preparação da alta do RNPT”**, elaborado para o contexto clínico do Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, não foi concretizado pelo facto de, após reunião com enfermeira orientadora e enfermeira chefe, ter sido informada que haveria colegas a realizar esse trabalho.

Desta forma, foi sugerido nesse contexto clínico a realização de cartões dirigidos aos pais que abordassem temas que capacitassem os pais para o cuidado do RNPT durante o internamento nos cuidados intensivos (Apêndice 6). Os temas abordados foram: **“Aprender a conhecer o seu bebé”**, cujo objetivo consistia em capacitar os pais no que

respeita aos sinais de conforto e desconforto do bebé prematuro, ensinando-os a adaptar as medidas necessárias para proporcionar conforto; “Toque e Conforto”, que aborda a importância do toque dos pais e formas de confortar o bebé; “Luz” e “Ruido”; “Dar colo e contacto pele-a-pele: Método Canguru” e, por último, “O que faz o monitor do seu bebé?”.

Ambos os objetivos **“Elaborar uma norma uniformizadora de ensinamentos no período neonatal em contexto de urgência pediátrica”** e **“Elaborar panfleto informativo para os pais relativo a sinais de alerta no período neonatal”** foram executados no âmbito do contexto de Urgência Pediátrica. A partir do questionário realizado foi decidido em reunião e por sugestão do enfermeiro orientador a realização de uma norma uniformizadora de ensinamentos a realizar aos pais relativas às seguintes temáticas: Lavagem Nasal, Massagem abdominal, Cuidados de Segurança, bem como a realização de um panfleto onde descreve os sinais de alarme de doença e os sinais que habitualmente não são de alerta (Apêndice 7 e Apêndice 8). A elaboração do panfleto teve como linha condutora a implementação de uma linguagem clara e precisa, tendo sido posteriormente feita uma apresentação, tanto da norma como do panfleto, por via ZOOM.

Os objetivos **“Elaborar um folheto informativo relativo aos cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidectomia e amigdalectomia no contexto de Internamento de Pediatria”** e **“Elaborar uma norma hospitalar sobre Intervenção de Enfermagem no pós-operatório da cirurgia eletiva amigdalectomia e adenoidectomia na criança/Jovem no contexto de Internamento de Pediatria”** surgiram no âmbito do contexto clínico de Internamento de Pediatria, proposto em reunião informal pela enfermeira chefe. Para a sua realização foi efetuada pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados que sustentasse a realização da norma e do folheto, tendo este último sido realizado com recurso ao programa informático *canva* (Apêndice 9 e apêndice 10, respetivamente).

A realização do artigo científico vai de encontro ao objetivo **“Elaborar um artigo científico relativo à temática definida, no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio II”** (Apêndice 11). Este consistiu numa revisão sistemática da literatura, realizada recorrendo ao modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto *Joanna Briggs* (TJBI) e na metodologia PICO: *Participants, Intervention, Comparisons* e *Outcomes*.

O artigo científico teve como questão de investigação “Quais as vivências dos pais no cuidado ao RN prematuro para a alta hospitalar?”, como objetivo geral: Identificar na literatura as vivências dos pais no cuidado ao RN prematuro no processo para a alta hospitalar e como objetivos específicos: Identificar sentimentos experienciados pelos pais com o nascimento do RN prematuro; identificar as principais preocupações e dificuldades dos pais de um RN prematuro na alta hospitalar e identificar barreiras e fatores facilitadores durante a experiência do processo de alta hospitalar.

Os descritores utilizados foram validados de acordo com os Descritores em Ciências de Saúde/*Medical Subject Heading* (DeCS/MeSH) e a pesquisa de publicações que suportaram a revisão sistemática foi efetuada por via EBSCO, tendo sido analisados e selecionados, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, um total de cinco artigos. Da sua realização conclui-se que, de facto, o momento da alta do RNPT é sentido pelos pais de forma contraditória, na medida em que sentem alegria e excitação, mas ao mesmo tempo com medos e preocupações.

2.6 Avaliação

A avaliação de um projeto é uma tarefa complexa, podendo ser realizada em diferentes momentos, sendo uma oportunidade onde se questiona o trabalho que foi sendo desenvolvido por exigir uma de análise e reflexão do mesmo (Ruivo *et al.* 2010).

O processo de avaliação pode ser realizado em simultâneo com a execução do projeto, através de avaliações intermédias, e no final do mesmo, através da avaliação do produto final. Assim, a partir da avaliação intermédia, conseguimos realizar um momento de reflexão sobre o percurso efetuado e do trabalho desenvolvido até então, enquanto que, na avaliação final, faz-se uma avaliação global do resultado final do projeto de intervenção (Ruivo *et al.* 2010).

Para o processo de avaliação é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação. Para tal, existem algumas formas para operacionalizar a avaliação como os questionários, as entrevistas com o orientador, as discussões em grupo, entre outros (Ruivo *et al.* 2010).

Para avaliar um projeto tem que se verificar a consecução dos objetivos delineados inicialmente (Ruivo *et al.*, 2010). Desta forma, será feita uma análise dos indicadores de avaliação definidos no planeamento, de maneira a permitir aferir a operacionalização do projeto.

Para a aquisição de conhecimentos e competências na prestação de cuidados promotores da capacitação parental foi essencial a realização de uma pesquisa bibliográfica, pois constituiu uma oportunidade para perceber como intervir, como capacitar, que estratégias usar para se conseguir maximizar as potencialidades da criança/jovem e família e, conseqüentemente, promover um favorável desenvolvimento, preparando os pais para as etapas do crescimento e do desenvolvimento da criança/jovem.

Em todos os contextos de estágio experienciados, foi possível adquirir e desenvolver conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança e a capacitação parental, nomeadamente, através da observação direta da atuação do EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família.

Relativamente ao objetivo **“Elaborar um Estudo de Caso no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio”**, o indicador de avaliação definido, assentou na avaliação positiva do mesmo por parte do docente orientador, que foi atingido com sucesso.

A elaboração deste estudo de caso, além de ter constituído como um elemento de avaliação, permiti-nos adquirir competências para a elaboração do Processo de Enfermagem (PE), através da apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, fornecendo-nos um conjunto de ferramentas para avaliar a estrutura e dinâmica familiar, através da construção do Ecomapa e do Genograma, avaliar o crescimento e desenvolvimento de um RN, implementando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e angariar estratégias de capacitação parental, através do enfoque dos cuidados antecipatórios preconizados no PNSIJ, proporcionando aquisição de

conhecimentos e competências para Mestre de Enfermagem e Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria.

O indicador de avaliação para o objetivo **“Sensibilizar enfermeiros e pais sobre a alta hospitalar do RNPT”**, consistiu na publicação na revista da respetiva instituição sobre a temática intitulada de **“Alta Hospitalar do bebé prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro**. A publicação foi realizada e aprovada tanto pelo enfermeiro orientador/enfermeiro responsável do serviço, como pela enfermeira coordenadora. Entretanto foi encaminhada para a Equipa de Marketing e Formação e publicada na revista nº 15 da instituição, sendo acessível a todos tanto em formato de papel, como em formato digital.

Os objetivos formulados para o contexto de estágio do SMINP tiveram como indicadores: validação e utilização da *Check-list* pelos enfermeiros da UCIN e aprovação dos cartões de caráter informativo para os pais relativos aos cuidados do RNPT. Como já referido anteriormente, a elaboração da *Check-list* não foi realizada pelo que este indicador de avaliação não foi aplicado. Por outro lado, os cartões foram aprovados tanto pela enfermeira orientadora como pela enfermeira responsável do serviço, tendo sido colocados na sala dos pais para estes poderem aceder de forma acessível (Apêndice 12).

Foram obtidas algumas opiniões de forma informal por parte da equipa de enfermagem: *“ Muito giro e muito importante”, “ Melhor seria ficar na unidade, para poder ser desinfetado de uns para os outros, para sabermos que leram e principalmente para não desaparecer”, “Que ideia maravilhosa! Será bastante útil para os pais”, “ Ideia interessante e útil para os pais”*.

No SAPP, os objetivos **“Elaborar uma norma uniformizadora de ensinios no período neonatal em contexto de urgência pediátrica”** e **“Elaborar um panfleto informativo para os pais relativo a sinais de alerta no período neonatal”** foram atingidos com sucesso, na medida em que tanto a norma como o folheto foram elaborados, validados pelo enfermeiro responsável de serviço, aguardando, no entanto, a validação pela direção clínica do serviço para a sua implementação. Tanto a norma como o panfleto foram apresentados à equipa de enfermagem em formato ZOOM e, no final da mesma, pedido para responder ao questionário de avaliação relativo à apresentação e conteúdo da norma (Apêndice 13).

Após análise dos resultados verificou-se que a equipa classificou a norma como pertinente para a prática, constando-se que dos 6 enfermeiros presentes, todos avaliaram positivamente, pelo que o indicador atingiu os 100% (Apêndice 14).

No que respeita aos objetivos específicos definidos para o contexto de Internamento de Pediatria **“Elaborar uma norma hospitalar uniformizadora sobre intervenção de enfermagem no pós-operatório da cirurgia eletiva amigdalectomia e adenoidectomia na criança/Jovem no contexto de Internamento de Pediatria”** e **“Elaborar um folheto informativo relativo aos cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidectomia e amigdalectomia no contexto de Internamento de Pediatria”** também foram atingidos positivamente, pois tanto a norma como o folheto foram elaborados e validados pela enfermeira responsável de serviço, aguardando a validação pela direção clínica do serviço para a sua implementação na prática. Foi realizada uma reunião no final do estágio e questionado de forma informal à enfermeira responsável do serviço e à enfermeira orientadora de estágio a sua opinião relativamente à norma e ao folheto. Estas elogiaram de forma positiva, referindo pontos positivos, como a linguagem clara do conteúdo do folheto, bem como o facto de estar visivelmente atrativo, e também a funcionalidade e aplicabilidade na prática clínica da equipa de enfermagem.

O último objetivo **“Elaborar um artigo científico de revisão sistemática da literatura relativa à temática definida, no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio II”**, este foi atingido com sucesso, visto que foi avaliado de forma positiva pela docente orientadora. A sua realização permitiu-nos perceber com base na evidência científica quais os sentimentos que os pais experienciam com o nascimento de um RNPT, as suas principais dificuldades e que fatores podem dificultar ou favorecer o processo de alta hospitalar. Desta forma, poderemos na nossa prática futura estar mais despertos para estes sentimentos e estas barreiras, de forma a intervirmos para potenciar a capacitação parental no sentido da promoção do adequado desenvolvimento da criança.

Ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção foram identificadas algumas dificuldades como a atual situação pandémica que vivemos e o fator temporal, pois o tempo de estágio é consideravelmente curto para se conseguir fazer uma avaliação mais profunda das atividades realizadas.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Hoje em dia é notória em Portugal, como nos restantes países desenvolvidos, a forte mudança no perfil demográfico e epidemiológico que se reflete em grandes desafios, tanto ao nível dos sistemas de saúde, como da própria sociedade (Ministério da Saúde, 2018). De facto, a saúde é um “ dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar.” (Ministério da Saúde, 2018, p.5).

A importância e a exigência técnica e científica que os cuidados de saúde representam nos dias de hoje, nos quais os cuidados de enfermagem fazem parte, é clara, pelo que a diferenciação e a especialização desempenham cada vez mais uma realidade e um caminho a seguir pelos profissionais de saúde (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Na verdade, a enfermagem procura constantemente por uma excelência na prestação cuidados, sendo para tal essencial um desenvolvimento tanto pessoal como profissional, no qual o investimento na procura de novos conhecimentos, da diferenciação e da prestação de cuidados de especialização, através da formação contínua, representam um papel de grande relevo neste sentido.

Um dos desafios que os profissionais de saúde enfrentam reside no facto de as suas qualificações serem formadas com base nas competências profissionais, devendo por isso, o profissional amplificar os seus conhecimentos a vários níveis, como técnico, ético, comunicação e interações pessoais, potenciando a sua capacidade de atuação na prática do seu exercício profissional (Okagawa, Bohomol & Cunha, 2013).

No processo de desenvolvimento das competências torna-se necessário clarificar o seu conceito. A existência de competências tem o potencial de modificar a realidade na área da saúde. Ela é qualificadora, permitindo uma valorização do desempenho profissional, na medida em que potencia o uso de capacidades, quer individuais quer coletivas, adicionando valor a nível económico, social e individual (Okagawa *et al.*, 2013; Begui *et al.*, 2020).

Competência refere-se a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a aplicação em diferentes situações de trabalho, ou seja, aplicar na prática os

conhecimentos e habilidades que se detém a respeito de uma determinada área (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Begui *et al.*, 2020).

De forma a ir de encontro a este caminho de diferenciação e especialização, um dos principais objetivos do nosso percurso nos diferentes campos de estágio realizados, reside assim, no desenvolvimento de conhecimentos especializados e a aquisição de Competências de Enfermeiro Mestre, Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

“O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p.4745).

Assim, o caminho percorrido nos quatro contextos de estágio foi realizado no sentido de desenvolvimento de capacidade de reflexão crítica relativa à prática clínica, desenvolvendo competências definidas a partir da implementação do projeto e da prestação de cuidados fundamentados com base em evidência científica.

Neste sentido, de seguida é apresentada uma análise reflexiva relativa às competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do período em que decorreu a prática clínica no âmbito das unidades curriculares Estágio I e Estágio Final. Primeiramente são abordadas as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, posteriormente as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, por último, relativas às Competências de Mestre.

A seguinte análise reflexiva tem por base as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre definidas em Diário da República, respetivamente no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, Regulamento nº 142/2018 de 12 de julho e Regulamento nº 176/2016 de 13 de setembro de 2016.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...).” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744).

O enfermeiro especialista é aquele que detém um conjunto profundo de conhecimentos, capacidades e habilidades, revelando altos níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, agindo em todos os contextos de vida da pessoa, na prevenção doença e promoção da saúde (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Do aprofundamento dos três domínios de competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais emergem as competências do Enfermeiro Especialista, às quais são designadas de competências comuns específicas. Essas são descritas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro como

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade, demonstrando através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (p. 4745).

Para além da verificação das competências descritas nos regulamentos de cada especialidade em enfermagem, a atribuição do título de Enfermeiro Especialista impõe a que estas partilhem quatro domínios de competências comuns que são extensíveis a todos os contextos da prestação de cuidados de saúde, dos quais consistem: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Desta forma, de seguida iremos descrever como foram adquiridas e desenvolvidas as competências de cada um dos 4 domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

É exigido e indispensável que o exercício profissional de enfermagem seja regido por uma ética profissional, por uma regulamentação e legislação que oriente e suporte a nossa prática diária dos cuidados de enfermagem. O seu exercício profissional tem por base a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade, destacando-se pela sua conduta guiada pelo respeito da dimensão holística, evidenciando-se o princípio humanista (Nunes, 2008).

Dentro do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal surge duas competências (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p.4745):

- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

“Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos.” (OE, 2005, p.17). Neste seguimento, e desenvolvendo uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, a nossa principal preocupação foi o bem-estar da criança/jovem e família.

Os dilemas éticos brotam quando as considerações morais convergem com diferentes alternativas subjacentes. A criança/jovem e família, os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem culminar em diferentes decisões, que são na mesma moralmente aceites, pelo que os enfermeiros podem enfrentar questões éticas, que exigem a sua preparação e formação contínua para as tomadas de decisão ética (Hockenberry & Wilson, 2014).

Como forma de regulamentar a prática de Enfermagem, foi criado em 1996 o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), surgindo posteriormente o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se encontra inserido também a deontologia profissional – Código Deontológico dos Enfermeiros (DCE). Este surge como um pilar

fundamental para exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, enunciando deveres e responsabilidades profissionais, tendo como base a qualidade dos cuidados prestados, os direitos da pessoa e a responsabilidade inerente a estes (OE, 2015a).

Agindo com o respeito das crenças, princípios, valores e cultura da criança/jovem e família, através do estabelecimento de uma relação interpessoal com a mesma, a tomada de decisão foi sustentada com base nos pressupostos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro, dentro dos quais: artigo 99º, 100º, 102º, 103º, 105º, 106º, 107º, 109º, 110º e 111º, relativos respetivamente aos princípios gerais, deveres deontológicos em geral, valores humanos, direitos à vida e à qualidade de vida, ao dever de informação, dever de sigilo, do respeito pela intimidade, da excelência do exercício, da humanização dos cuidados e o dos deveres para com a profissão (OE, 2015a).

Ao longo do nosso percurso formativo assumimos, antes de mais, uma conduta assente no respeito e proteção dos direitos da criança/jovem e família, pela dignidade, confidencialidade e privacidade, prestando cuidados de qualidade e segurança, personalizados e individualizados, garantindo cuidados humanizados, pois “Não basta a qualidade científica ou técnica, pois somos *gente que cuida de gente*, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora.” (OE, 2005, p.17).

Em todos os contextos asseguramos o respeito pelos direitos das crianças, indo de encontro, como já referido ao artigo 102º, que o Código Deontológico do Enfermeiro dedica aos valores humanos e onde prescreve, entre outros, “Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer abuso” (OE, 2015a, p. 78). No entanto, podemos salientar a participação no NHACJR, onde nos foi permitido de forma prática promover a vigilância e o acompanhamento de situações de risco, que coloquem a criança em perigo e potenciam o desrespeito pelos direitos da mesma. Além do Código Deontológico do Enfermeiro, suportamos também as nossas intervenções de enfermagem em outros documentos que se reportam à especificidade da criança/jovem como a Convenção sobre os direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada.

Adicione-se também o artigo 110º do DCE relativo à humanização dos cuidados que suporta o dever de “ Dar, quando se presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade

única, inserida numa família e numa comunidade” e “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015a, p. 83).

Ao pensar na criança/jovem faz-nos todo o sentido que esta seja vista como um todo, inserida numa família e comunidade, pelo que cuidar da criança/jovem, inclui cuidar da família, principalmente no que diz respeito pelo seu direito de participar no processo de tomada de decisão, tendo o enfermeiro a missão de potenciar esse envolvimento de forma a ajudar a que estes atinjam o desenvolvimento das suas potencialidades.

No decurso de toda a nossa prática, todas as nossas intervenções se submeteram primeiramente na premissa que o EEESIP, como advogado da criança/jovem e família, assiste-os nas escolhas informadas e no agir para o melhor interesse da criança. Só envolvendo a participação da família por meio da sua capacitação, é que conseguimos trabalhar em parceria e caminhar para o sucesso, para mudanças de comportamentos e a criação do melhor ambiente possível para que a criança/jovem tenha as bases fundamentais para o seu melhor desenvolvimento.

Dentro deste domínio, consideramos ter ido de encontro aos descritivos de ambas as competências que o suportam, ou seja, “Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” e “O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente observa-se uma priorização na procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e pela excelência no exercício profissional. “A necessidade de

implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade.” (OE, 2012, p. 5).

De facto, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e a criação de sistemas de qualidade representam ações prioritárias, evocadas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que tem como missão principal “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Despacho nº5613/2015 de 26 de maio de 2015 do Ministério da Saúde, p. 13552). Neste caminho de qualidade, também a enfermagem trabalha neste sentido incentivando e implementando programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, elaborando guias de boas práticas, entre outros.

Neste domínio enquadram-se três competências: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Nos contextos dos estágios da Consulta Externa de Pediatria e da SAPP foi possível observar e participar em estratégias institucionais e práticas de qualidade para melhoria contínua e segurança do paciente. Ambos campos de estágio se inserem numa instituição acreditada pela JCI, pelo que, a procura e a exigência por prestação de cuidados de qualidade e seguros são cada vez maiores.

A consulta dos protocolos normativos relativos às 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que destacam áreas problemáticas na prestação de cuidados de saúde e descrevem soluções baseadas em evidências, permitiu adquirir conhecimentos e angariar estratégias e práticas que promovam a qualidade dos cuidados prestados e a segurança a vários níveis da criança/jovem.

Foi possível observar o papel dinamizador do EEESIP no desenvolvimento e operacionalização deste projeto institucional, pois são realizadas regularmente auditorias internas por um EEESIP do departamento de pediatria da instituição sobre as metas definidas pela JCI, bem como atividades motivadoras e promotoras para a aquisição de uma prática segura e de qualidade. De entre elas, no âmbito da redução das IACS, são realizadas frequentemente observações relativas à higienização das mãos dos profissionais de saúde, através de grelhas de observação baseadas na norma nº 007/2019 de 16 de Outubro de 2019, emanada pela DGS. Posteriormente, o agente dinamizador faz a avaliação da prática de higienização das mãos e comunica à equipa os erros de forma que estas sejam colmatadas.

Também ainda neste âmbito, participamos no projeto dinamizador para comemorar o Dia Mundial da Higiene das Mãos, celebrado a 5 de maio. O projeto decorreu no SAPP, no qual tínhamos como objetivo assinalar a data e alertar profissionais, crianças/jovens e pais para a relevância da higienização das mãos, pelo que foi colocada uma tela em branco na sala de espera com o propósito de que cada criança, juntamente com o profissional de saúde e pais colorisse a tela com as palmas das mãos (Apêndice 15).

A própria pandemia exigiu readaptações a nível da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Foi observado, nomeadamente no SAPP, um esforço acrescido da equipa, principalmente de enfermagem em prestar cuidados de qualidade e de segurança, pois existiam constantemente alterações em termos de gestão do espaço físico para definir corretamente os circuitos dos pacientes que minimizassem o risco. Foi essencial para o nosso percurso observar e participar na gestão da equipa, das estratégias e soluções promotoras de melhoria e organização do serviço.

As constantes recomendações realizadas pela DGS, o acompanhamento e participação nos reajustes que os serviços se viram obrigados a realizar pelas restrições da pandemia, que exigiu uma constante atualização de conhecimentos, o estudo sobre os protocolos normativos em vigor nos diferentes serviços, a participação em atividades dinamizadoras de prevenção de infeções e o contacto com instituições acreditadas em processo de auditorias internas permitiu a aquisição de competências deste domínio.

Ao longo dos diferentes campos de estágios, também foram prestados cuidados com o pressuposto de manter um ambiente terapêutico seguro para a criança/jovem e família, como por exemplo através da prática da dupla verificação na preparação da medicação.

3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

O Enfermeiro Especialista deve demonstrar competências “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). De facto, na constante procura pela excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

O Enfermeiro Especialista tem como competência a “gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade”, nomeadamente através das unidades de competências “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo segurança e a qualidade.” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748). Na tomada de decisão, através do processo de enfermagem, identificamos as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem e família, formulamos diagnósticos e, conseqüentemente, intervenções de enfermagem baseadas no rigor técnico e científico para uma resposta antecipatória, detetando precocemente problemas potenciais, ou para uma resposta de forma a eliminar ou reduzir os problemas reais identificados. Referenciamos e encaminhamos a criança/jovem em situação de risco ou que necessitem de cuidados de outros profissionais para obter reabilitação e recuperação de saúde. Foi possível observar a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem na área de especialidade, bem como a responsabilidade do EEESIP pelas decisões que toma, pelas intervenções que pratica e que delega.

Uma das dimensões que envolve as competências do Enfermeiro Especialista consiste na liderança e gestão de recursos, adaptando o estilo de liderança e adequando os recursos às necessidades de cuidados identificados, através de uma otimização do trabalho em equipa.

Assim, no percurso formativo tivemos a oportunidade de observar as dinâmicas em termos de chefias, visto que um dos enfermeiros orientadores além de EEESIP, era enfermeiro responsável de serviço e pós-graduado em gestão, o que permitiu adquirir competências na forma de gerir os cuidados e os recursos disponíveis, utilizando-os de forma eficiente para promover qualidade. Sendo o EEESIP, o profissional delegado como responsável de turno, foi possível observar que é a figura central que coordena a equipa, que implementa métodos de organização, potencia um ambiente positivo, adotando um estilo de liderança que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, que é capaz de ajudar os restantes elementos da equipa, a partir dos seus conhecimentos e habilidades, colaborando nas tomadas de decisão da equipa multiprofissional. Em todos os estágios, o EEESIP representa a figura de referência para a restante equipa, na medida em que, é ao EEESIP que os enfermeiros de cuidados gerais recorrem em qualquer situação de dúvida ou necessidade de ajuda para a realização de cuidados de enfermagem especializados.

3.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Cada vez mais é notória a importância do desenvolvimento pessoal e profissional para as instituições. “É determinante a existência de uma formação contínua com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.” (OE, 2017, p.5).

A competência “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” descreve que o Enfermeiro Especialista demonstra “ a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em

contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

“O estabelecimento de uma relação terapêutica é o fundamento essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12). De facto, o EEESIP precisa de criar uma relação significativa com a criança/jovem e família e de confiança, de forma a assegurar uma participação contínua dos pais nos cuidados e uma partilha de informação e conhecimentos.

Os enfermeiros em pediatria necessitam de ter uma relação significativa com as crianças e suas famílias e ao mesmo permanecerem suficientemente separadas para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades.

O autoconhecimento que o enfermeiro detém sobre si, enquanto ser humano e profissional de saúde têm impacto na relação terapêutica estabelecida, tanto com a criança/jovem e família, como com a própria equipa multidisciplinar.

É importante o conhecimento dos nossos próprios limites e da nossa capacidade de gerir o lado emocional, pois estes influenciam não só a relação terapêutica com a criança/jovem e família, como também com a equipa profissional, pois a forma como comunicamos e gerimos as nossas emoções permite a prevenção e a resolução de conflitos, e isso só é possível com o conhecimento que temos de nós mesmos. Quanto maior for esse autoconhecimento, mais fácil é a capacidade de responder de forma positiva às situações que decorrem no dia-a-dia da prática profissional.

Cada um de nós é único, por isso, tal como a criança/jovem e família carrega consigo valores, princípios, experiências e vivências únicas, também o enfermeiro tem para oferecer um conjunto características e saberes que influenciam a sua relação. No entanto, a relação terapêutica tem que permanecer ao mesmo tempo com os limites bem definidos, de forma a separar as suas próprias emoções, sentimentos e necessidades. Esta relação, com fronteiras bem estabelecidas, são positivas e profissionais e promovem, segundo Hockenberry & Wilson (2014), uma comunicação aberta e o controlo da família sobre os cuidados de saúde à criança/jovem. Quando estes limites são foscos encontra-se estabelecida uma relação não terapêutica, em que muitas vezes as necessidades da família ficam para último plano.

A partilha de experiências, saberes e vivências dentro das equipas pelo qual passamos ao longo do percurso de estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências e de um crescimento, tanto a nível pessoal como a nível profissional.

A competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” descreve que o Enfermeiro Especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

O Enfermeiro Especialista implementa as suas intervenções de enfermagem, mobilizando conhecimentos e habilidades e suportando a sua prática clínica num rigor técnico e científico. A procura pela excelência no cuidar é algo que nos caracteriza enquanto enfermeiros, pelo que a constante atualização, a capacidade de autoconhecimento, que interfere no relacionamento com o outro, cliente ou equipa multidisciplinar e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais adquirem um carácter fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. O artigo 109º do CDE afirma que o enfermeiro procura em toda a sua prática a “excelência do exercício”, devendo assumir, de entre outros, o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” e “Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” (OE, 2015a, p.82).

A unidade de competência “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, revela que o Enfermeiro Especialista atua como formador, diagnosticando as necessidades formativas do serviço através de métodos como entrevista, questionários, métodos de análises da situação, entre outros, sendo a figura que favorece a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades dos enfermeiros da equipa.

Uma das dimensões que representa as competências comuns do enfermeiro especialista residem na educação dos pares e a “responsabilidade de descodificar, disseminar

e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

É irrefutável que a produção de conhecimento em enfermagem, através da sua colaboração em estudos de investigação, da divulgação dos resultados resultantes da evidência científica e sua publicação contribuem para a valorização em enfermagem, para o desenvolvimento da prática clínica especializada e para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste sentido, procuramos através da realização da revisão sistemática da literatura e da elaboração do estudo de caso adquirir competências neste domínio.

Também, ao longo do desenvolvimento do Projeto de Intervenção, foi possível após realização do diagnóstico de situação, elaborar protocolos normativos e folhetos, cuja informação foi sustentada com pesquisa realizada em bases de dados e nas recomendações mais atuais, de forma a promover a uniformização dos cuidados a prestar e contribuir para a qualidade e segurança dos mesmos.

3.2 Competências do Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros identifica os Títulos de Enfermeiro Especialista a seis especialidades, na qual se insere a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018). O Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica surge pela primeira vez em 1983, devido à evolução da tecnologia e da sua crescente aplicação na área da saúde e à necessidade de formar enfermeiros mais capazes de prestar cuidados mais complexos e de aprofundar os conhecimentos previamente adquiridos no curso de Enfermagem geral, pelo que foi criado nesse mesmo ano três escolas de Enfermagem Pós-Básicas na cidade de Lisboa, Porto e Coimbra (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Decreto-Lei nº 265/83).

O EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” detendo “o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo de vida, a qual corresponde o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade” (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018, p. 19192). No entanto, em determinadas situações como a doença crónica, incapacidade e deficiência, pode estender-se para além dos 18 anos, até aos 21 ou mesmo 25 anos.

Esta área de especialização tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação da criança/jovem e família saudável ou doente, exercendo a sua prática profissional em parceria com os mesmos, em qualquer contexto que estes se encontrem. Trabalham no sentido para

“que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.” (OE, 2017, p. 3)

O EEESIP apresenta um conjunto de competências específicas, que juntamente com as competências comuns visam a promover um regulamento para a certificação das competências. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro, as competências específicas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

Na especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as competências específicas consistem em três competências: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

3.2.1 Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Ao falar da criança/jovem, entendemos facilmente o caráter de dependência desta para satisfazer as suas necessidades, da sua progressiva autonomia que vai adquirindo à medida que vai crescendo e desenvolvendo capacidades e aptidões e da importância do binómio criança/família no ato de cuidar para o EEESIP (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018). Segundo o descritivo desta competência, o EEESIP “estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018, p. 19192).

Neste contexto vamos de encontro ao Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey que, como já referido, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem no cuidado ao seu filho, através da sua participação negociada (Casey, 1995). De facto, os pais “são os melhores prestadores de cuidados à criança” (OE, 2017,p.5). Tal pudemos comprovar no contexto real do exercício da nossa prática de cuidados que vivenciamos ao longo destes estágios.

Nesta primeira competência descrita está implícita a negociação que o EEESIP desenvolve nas intervenções realizadas à criança/jovem e sua família, no sentido de promover a participação destes. Durante este processo de negociação, o EEESIP age no sentido de ajudar a criança/jovem e família a perceber que estas podem e devem participar no seu planeamento de cuidados.

Neste sentido e reconhecendo o evidente benefício do envolvimento dos pais/família na prestação de cuidados, recorreremos a estratégias para negociar a participação destes, capacitando-os e disponibilizando ferramentas necessárias com vista à sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada. Uma das estratégias usadas para promover o envolvimento no processo de cuidar foi a comunicação. De facto, é de realçar a comunicação como um pilar essencial neste processo, onde predomine o acesso à informação, a partilha de conhecimentos e recursos. Desta forma, recorreremos a uma linguagem clara, simples, acessível e objetiva e ajustada à idade da criança/jovem e aos pais/família, em função das crenças e cultura.

Todas as oportunidades foram aproveitadas de forma a proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades à criança/jovem e família, de forma capacitar para a gestão do processo de saúde/doença e para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Através do estudo de caso elaborado permitiu criar ferramentas para avaliar a estrutura, a dinâmica e o contexto da família, com recurso ao modelo Calgary de avaliação da família e, assim, perceber o quanto esta avaliação é importante para que os nossos cuidados sejam de qualidade, centrados e individualizados. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013, p. 12) “A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem e família.” Tal como Anne Casey reconhece, a família é uma constante na vida da criança, representando um elemento essencial e imprescindível para o crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, a partir da avaliação realizada foi possível analisar a existência de fatores de risco e de proteção do crescimento e desenvolvimento da criança e família, estabelecer um plano de cuidados de enfermagem individualizado, permitindo a deteção precoce, a resolução e/ou minimização de problemas potenciais e reais e, assim, prestar cuidados antecipatórios.

No que concerne à unidade de competência “Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018, p. 19193), o EEESIP detém conhecimentos sobre as doenças comuns nas diferentes idade, de modo a intervir de forma apropriada, pelo que nos diferentes contextos de estágio, foi fundamental a pesquisa bibliográfica e o estudo das patologias, o que nos permitiu ter ferramentas para implementar intervenções de enfermagem especializadas nas diferentes patologias encontradas.

Como já referido, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEESIP atua prevenindo complicações para a saúde da criança/jovem. Uma das intervenções neste sentido consiste na referenciação e encaminhamento para outros profissionais de saúde ou até mesmo para outros enfermeiros especialistas de acordo com a sua área de intervenção (OE, 2017). A própria Anne Casey, numa perspetiva holística da criança, afirma que poderá haver a necessidade de recorrer a outros profissionais, tendo os enfermeiros um papel importante neste encaminhamento para profissionais capazes de dar resposta às necessidades identificadas por si (Monteiro & Cequeira, 2020). Neste contexto, no estágio de Consulta

Externa de Pediatria, tivemos a oportunidade de encaminhar um RN de 20 dias de vida para ser observado por um pediatra com um ganho ponderal de apenas 5 gramas por dia, desde última pesagem. Apesar de encaminhada para o pediatra, antes foi feita a avaliação de possíveis fatores que poderiam estar a conduzir aquela situação e realizados ensinamentos para a amamentação.

No internamento de pediatria foi-nos dada a possibilidade de participar em reuniões do NHACJR. Esta experiência permitiu-nos estar mais alerta para situações de maus tratos e de violência que podem colocar em risco a criança/jovem, como negligência, maus tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, bullying, mutilação genital feminina, e assim atuar identificando, apoiando e orientando a criança/jovem e família. Apesar de no período decorrido de estágio não ter havido nenhum caso de referência, surgiu no final do estágio, uma mãe, imigrante, de um bebé de 21 dias de vida que se apresentava desnutrido e desidratado. Neste caso foi avaliado e ponderado na reunião do NHACJR se haveria fatores de risco que indicassem algum tipo de maus tratos ou de violência, no entanto, após intervenção do EEESIP foram avaliados vários aspetos, como o vínculo, o cuidado à criança pelos pais, a sua preocupação no seu estado de saúde, tendo-se percebido que o problema base era falta de literacia, falta de capacitação parental ao nível da amamentação, falta de orientação e de apoio.

O EEESIP tem também o importante papel de avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança. Neste sentido, aproveitamos todos os momentos para observar e, assim intervir, adequando os ensinamentos. Damos o exemplo da temática da segurança da criança, em que foi possível verificar que muitos pais não se encontram sensíveis ao risco de queda do RN e lactente, visto que, tanto no contexto da Consulta Externa de Pediatria como no SAPP, as crianças vinham sem cintos internos colocados e/ou o sistema de Retenção era colocado em cima de uma mesa ou superfície alta. Face a estes comportamentos que comprometem a segurança da criança, os pais foram alertados do risco e das consequências, foram avaliados relativamente à correta colocação da criança no sistema de retenção, que cuidados tinham que ter com o mesmo e quando tinham que mudar para outra cadeirinha, pois muitos pais já estavam a considerar mudar o sistema de retenção, referindo o facto de as crianças ficarem com as pernas dobradas ou para fora do sistema de retenção, quando na verdade ainda não era preciso. Também a equipa de enfermagem no SAPP foi alertada para esta temática, com a

exposição da norma “Ensino Parental - Guia de ensinamentos no período neonatal no SAPP”, onde foram abordados tópicos como a segurança no período neonatal.

3.2.2 Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência específica do EEESIP assenta na capacidade deste em mobilizar “recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias”, na qual se inserem as unidades de competências: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”; “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018, p. 19193).

A unidade de competência “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” foi adquirida principalmente no estágio no SMINP e no estágio SAPP.

A triagem em pediatria representa uma oportunidade de cuidar da criança/jovem e família em situação de especial complexidade. Esta exige por parte do EEESIP um conjunto de conhecimentos, competências e características que o possibilitem reconhecer sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica e agir de forma atempada.

O enfermeiro é o profissional responsável pela triagem e este tem de desenvolver um conjunto de competências e conhecimentos que permitem uma avaliação e tomadas de decisão rápidas, dinamismo, destreza, agilidade mental, liderança e experiência que

possibilitem reconhecer sinais subtis que podem ser o começo de algo mais grave (Vaz & Trigo, 2020).

Este foi um processo desafiante, pois exigiu assertividade, agilidade, competências a nível da entrevista e um pensamento crítico de forma a estabelecer prioridades atempadamente. Permitiu a avaliação da criança/jovem segundo o triângulo de avaliação pediátrico, a partir da consciência que o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil nos diferentes estágios é essencial para que se possa estar atento aos sinais de alerta e intervir consoante a gravidade. Adquirimos competências para um reconhecimento precoce da criança em situações de gravidade, seguindo os princípios ABCDE (Via área, Respiração, Circulação, Função neurológica e Exposição), que permitem definir prioridades no tratamento.

Também no SMINP foi experienciado várias situações de instabilidade das funções vitais do RN prematuro/RN de termo doente. Estes, como referido anteriormente, apresentam monitorização cardiorrespiratória que permite uma vigilância constante dos parâmetros vitais, sendo fulcral identificar os sinais de instabilidade e intervir, mobilizando conhecimentos e habilidades para uma atuação imediata e de reanimação neonatal. De facto, o EEESIP detém um papel fundamental na vigilância e deteção precoce de situações potencialmente fatais e na atuação perante alterações hemodinâmicas. Foram experienciadas situações, desde a admissão do RN, que exigiu um conjunto de competências diferenciadas que constituem de facto, o ponto crucial da sobrevivência do RN, situações de RNs com necessidade de suporte ventilatório, em que identificamos instabilidade respiratória caracterizada por baixa da saturação de oxigénio, sem recuperação com aumento de oxigénio suplementar e com necessidade de insuflação manual seguida de entubação, entre outros.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem é uma unidade de competência que foi bem notória ao longo do nosso percurso. As equipas de enfermagem pelas quais passamos revelaram uma sensibilidade na questão do controlo e gestão da dor. De facto, o controlo da dor é, para nós enfermeiros, uma preocupação, um dever e um indicador de boa prática, sendo um direito de todos os indivíduos, atingindo uma maior dimensão na área da pediatria.

Considerada como o 5º sinal vital, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial”, e nas crianças o resultado “de

uma complexa interação entre maturação biológica, experiência anterior de lesão maior ou menor gravidade, e aprendizagem de comportamentos socialmente aprendidos.” (Fernandes, 2020, p.48). A sua avaliação em pediatria é complexa e desafiadora, sendo que a capacidade de descrever a dor muda consoante a maturidade cognitiva e linguagem da criança, pelo que se torna imprescindível avaliar a sua presença e sua intensidade, intervir e registar (OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Nos quatro contextos de estágio, aplicamos a filosofia de cuidados não traumáticos, intervindo no sentido de otimizar o bem-estar da criança/jovem e família, prevenir e controlar a dor, através da aplicação de escalas próprias, adequadas à idade da criança e da implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas da dor. Nos diferentes contextos, a dor surgiu por diversas causas: desde dor em crianças saudáveis, decorrente dos procedimentos por vacinas ou colheitas de sangue; em crianças hospitalizadas, onde a prevalência da dor aguda é mais elevada devido à própria doença; por traumatismos ou por procedimentos de diagnóstico e terapêutica ou cirúrgicos.

O SMINP foi uma oportunidade para desenvolver estratégias não farmacológicas e farmacológicas da dor no período neonatal, fase em que os RN são hiperálgicos, na medida em que, estímulos dolorosos desencadeiam neles uma resposta motora mais prolongada e em que a experiência da dor resulta em consequências de alteração do desenvolvimento normal do sistema nervoso central (Fernandes, 2020, p.48) Neste contexto, através da aplicação da escala de EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né), uma vez por turno ou em SOS e através da implementação de medidas de controlo da dor, foi possível adquirir conhecimentos e competências para lidar com a dor no RNPT e RN de termo. A partir da elaboração dos cartões realizados no âmbito da projeto de intervenção, conseguimos perceber quais os sinais e sintomas de desconforto que o RN demonstra e atuar para prevenir a dor e promover o conforto, bem como capacitar os pais a aprender a conhecer o seu bebé, a reconhecer quando estão desconfortáveis e a como agir quando necessitam de um ajuste de cuidados.

No SAPP, Consulta Externa de Pediatria e no Internamento de Pediatria, além da EDIN para RN até aos 28 dias de vida, recorremos as escalas de FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), a menores de 4 anos de idade, a Escala das Faces de *Wong-Baker* a partir dos 5 anos de idade e a Escala Numérica (EN) a partir dos 6 anos de idade. Consoante o score obtido, implementávamos, de acordo com a faixa etária da criança/jovem, intervenções não

farmacológicas (RN: amamentação, sucção não nutritiva recorrendo ao uso de sacarose a 24%, toque/massagem, redução da incidência de luzes e do ruído ambiente; crianças na fase pré-escolar: a utilização do brinquedo favorito, distração e brincadeira lúdica; crianças na fase escolar e adolescentes: técnicas de relaxamento, posicionamento, aplicação superficial de calor ou frio) e/ou farmacológicas (utilização de anestésicos locais tópicos, como EMLA®; sedação consciente através da administração por via inalatória de protóxido de azoto e oxigénio, conhecido comercialmente por Livopan® ou a partir da administração de fármacos analgésicos para o alívio da dor).

Claramente, os pais não podem ser descurados da participação do cuidado do controlo da dor. A sua presença assume uma particular importância no processo de gestão da dor, pois a separação dos pais é motivo de *stress* na criança, podendo potenciar a perceção da dor pela mesma, o que pelo contrário, a sua presença torna a criança menos ansiosa e mais segura. Os pais, além de tornar perceptíveis as queixas da criança/jovem, também ajudam a integrar a experiência da dor, “apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor” (OE, 2013, p.18).

Na verdade, a maioria dos pais prefere estar presente durante os procedimentos dolorosos, mesmo em situações difíceis de observar, no entanto, outros ficam ansiosos e aflitos, o que pode dificultar o controlo da criança sobre a dor manifestada, aumentando a sua ansiedade, pelo que, os pais têm que ter oportunidade de escolher entre estar ou não estar presente (Fernandes, 2020).

Ao longo do nosso percurso, foram privilegiadas o uso de medidas não farmacológicas para o alívio e prevenção da dor, cuja utilização tem sido referenciada como importante nas situações potencialmente dolorosas, sendo que “através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013, p. 17).

No contexto de internamento de Pediatria, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma jovem com deficiência/incapacidade por acidente rodoviário, que exigiu de nós uma capacidade de resposta às necessidades específicas da criança e da família, visando

também a promoção de estratégias de *coping*, de adaptação à situação, de suporte, encaminhamento e implementação de estratégias promotoras de esperança.

3.2.3 Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Na terceira e última competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, o EEESIP atua “promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Regulamento nº422/2018 de 12 de julho de 2018, p. 19194).

Sendo a finalidade da intervenção de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, promover a saúde e o desenvolvimento da criança/jovem no seu máximo potencial, podemos afirmar que o nosso propósito consiste em “ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo.” (OE, 2010, p.71).

Assim, para o desenvolvimento da unidade de competência “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” foi essencial a existência de conhecimentos especializados relativamente a ambos os conceitos enquadrados no âmbito da saúde infantil e juvenil.

A promoção do desenvolvimento infantil consiste num “processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança, o qual está implícito num programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, onde consta a observação e avaliação devida para poder agir” (OE, 2010, p. 77). De facto, a observação e avaliação constituíram durante a nossa prática, nos diferentes contextos, elementos essenciais para o reconhecimento das necessidades da criança/jovem e família, para realização de diagnósticos e de intervenções de enfermagem fundamentadas e de orientações antecipatórias.

Reconhecendo que os cuidados antecipatórios constituem um fator essencial para a promoção da saúde e de prevenção da doença, na medida em que dá aos pais conhecimentos e habilidades para o seu melhor desempenho no cuidado aos seus filhos, estes constituíram um aspeto que valorizamos e que exercemos ao longo da nossa prática, pois são de facto um meio essencial para favorecer o potencial máximo de desenvolvimento e crescimento e a adoção de comportamentos saudáveis.

Na verdade, a partir dos cuidados antecipatórios, conseguimos intervir numa situação antes que esta se torne num problema, pelo que em todos os contextos, mas essencialmente na Consulta Externa de Pediatria foi praticado, não só através do fornecimento de informação relativa a uma estádio de crescimento e desenvolvimento expectável da criança/jovem, mas também a capacitação para uso dessa informação e dos seus recursos para arranjar estratégias e oportunidades, de forma a alcançar competências parentais. Exercemos, assim, intervenções no sentido da capacitação parental para a deteção antecipada de problemas, dotando-os e preparando-os sobre o que esperar ao longo do desenvolvimento da criança/jovem, seguindo sempre os princípios que “as crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos” e que “cada criança é única e tem o seu próprio ritmo”.

A observação crítica da criança/jovem e família, desde o primeiro momento de contacto, enquanto não é o alvo das atenções e cuidados, e a avaliação da criança/jovem a partir de aplicação de instrumentos de avaliação, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e as Curvas de Crescimento da OMS, permitiu a identificação de alguns desvios ao padrão considerado normal com impacto negativo na qualidade de vida da criança/jovem, principalmente situações de perda ponderal em RN amamentado que tivemos oportunidade de identificar, tanto na Consulta Externa de Pediatria, como no Internamento de Pediatria.

Um dos focos de atuação do EEESIP consiste na promoção do vínculo e da parentalidade. Na verdade, “em todas as etapas de desenvolvimento da criança, em situações de particular vulnerabilidade e em todo o processo de aperfeiçoamento parental, os pais precisam de algum tipo de ajuda” (OE, 2015b, p. 21). O papel do enfermeiro, particularmente do EEESIP, facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde, proporcionando aprendizagens de habilidades e competências para o exercício da parentalidade, bem como avalia o desenvolvimento da mesma, implementa e gere em parceria um plano de saúde

promotor da parentalidade, procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido de orientar para a escolha de comportamentos que potenciem a saúde (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho, 2018).

O nascimento de um filho dá início ao processo de parentalidade, que nem sempre é fácil e uniforme, particularmente no caso da prematuridade ou do RN doente, que constitui uma situação de particular vulnerabilidade.

A necessidade de uma prolongada permanência hospitalar, com consequente afastamento dos pais e do bebé por tempo indeterminado, o constante contacto stressante com um ambiente hospitalar, a aparência e condições de saúde do RNPT, o grande uso de tecnologias e interação com diferentes profissionais de saúde geram importantes repercussões no âmbito familiar, podendo dificultar o desenvolvimento da parentalidade e afetar o vínculo entre os prematuros e seus pais (Mendes, Mandetta, Tsunemi & Balieiro, 2019; Veronez & Higarashi, 2016). Assim, sendo o elemento mais próximo da criança e família, o suporte e orientações dadas pelo EEESIP são de facto imprescindíveis e essenciais para promover a parentalidade e o vínculo, que estão em risco nestas situações de vulnerabilidade. Desta forma, desenvolvemos, sobretudo no estágio do SMINP, a promoção da vinculação e de uma parentalidade positiva, através de estratégias como o envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos desde o nascimento, estimulação da sua participação ativa, o toque firme sobre o RN, a capacitação parental no reconhecimento de sinais de desconforto e estratégias para o colmatar, promoção da amamentação e o contato pele-a-pele através do método Canguru. A própria elaboração dos cartões, realizados no âmbito do Projeto de Intervenção, foi uma forma de ir ao encontro à promoção da vinculação e da parentalidade.

O facto da prolongada hospitalização nestas situações e a constante vivência de sentimentos opostos pelos pais, desde alegria pelas pequenas conquistas que o RN faz, até momentos de angústia, de preocupação e incerteza devido à instabilidade clínica do RN, exigiu uma maior preocupação pela nossa parte, pelo que foi essencial promover uma constante adaptação dos pais ao seu papel parental, fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais para que estes assumam as suas responsabilidades no cuidado aos seus filhos, de forma a exercerem uma parentalidade positiva e a serem parte essencial na promoção do desenvolvimento do RN.

Face a esta realidade incerta e exigente para os pais foi crucial a gestão de expectativas e a implementação de intervenções promotoras de esperança, que tem que ser realista, mas na certeza que estes pais não estarão sozinhos, tendo por isso, sempre que necessário, sido referenciados e encaminhados para outros profissionais de saúde, como a referência para psicologia. Assim, avaliamos o desenvolvimento da parentalidade através do vínculo estabelecido entre os pais e o RN, pois a natureza deste é uma parte importante da parentalidade, sendo um aspeto determinante para o favorável desenvolvimento da criança.

Foi notório o medo por parte dos pais no primeiro toque ao RN, pois o consideram muito pequeno e muito frágil, tendo medo de fazer algo errado ou que provocasse algum dano ao bebé, pelo que, exigiu de nós o recurso a estratégias de incentivo, comunicação e ensino da sua importância para o RNPT. Revelou-se essencial para este processo de parentalidade e promoção do vínculo, o seu envolvimento, o apoio, o ensino dos cuidados que se baseiam nas informações comportamentais que o próprio RN nos dá, o toque, a demonstração da evolução das competências do RN, entre outros.

No SMIPN, por onde passamos, segue a filosofia de cuidados ao RN do NIDCAP, o que nos permitiu o aprofundamento dos seus princípios e da sua aplicação na prática. Para a sua aplicação é também importante que os pais conheçam e apliquem juntamente com o profissional e que sejam capacitados de forma a promoverem cuidados centrados no desenvolvimento.

A amamentação foi um critério de avaliação das competências do EEESIP aplicada em todos os contextos, na medida em que, tivemos a oportunidade de intervir na sua promoção em diferentes situações. Na Consulta Externa tivemos a possibilidade de avaliar as mamadas a partir da aplicação do Formulário de Observação da Mamada, emanado pela UNICEF e OMS. Com a sua aplicação, permitiu-nos praticar o reconhecimento de sinais de possíveis dificuldades ao nível da mãe, da criança, na mama, na posição, pega e sucção da criança, assistindo a mãe e o pai a superar as dificuldades, que tantas vezes a amamentação acarreta. A nível do SAPP, a nossa experiência foi possível observar o recurso à urgência por irritabilidade do RN. Na maioria destes casos foi diagnosticado um conhecimento pobre na amamentação, ao nível da falta de reconhecimento de sinais de fome, tentativa de colocar o RN à mama quando este se encontrava muito choroso e com irritabilidade e pouco conhecimento relativo a como acalmar o bebé. Estes momentos foram aproveitados para fazer o ensino sobre os sinais precoces, médios e tardios de fome do RN e encaminhados para o cantinho da

amamentação. No SMINP, a separação da mãe do RN pode promover o abandono para o aleitamento materno, pelo que atuamos no sentido de informar e incentivar à extração e conservação do leite através de refrigeração ou congelação, sendo posteriormente usado tanto para alimentar o RN, com todos os benefícios que o leite materno traz, como também uma forma de prevenir e gerir a dor de forma não farmacológica. No internamento de pediatria, damos como exemplo, um RN amamentado admitido por perda de peso ponderal acentuada. Apesar da necessidade de implementar um suplemento de leite de fórmula como resolução da ponta do “iceberg” do problema, intervimos em perceber como era a mamada e quais os fatores que estavam a conduzir para aquela perda ponderal acentuada, cuja solução não passava apenas pela administração do leite adaptado, mas também pela identificação de sinais de dificuldade da amamentação e a sua promoção.

Também, a capacidade de comunicar tanto com a criança/jovem, como com os pais/família, de acordo com o estágio de desenvolvimento e pelo respeito pelas suas crenças e cultura, foi crucial para estabelecer estratégias de parceria para aquisição de comportamento promotores do adequado desenvolvimento infantil, o que vai de encontro com outra unidade de competência “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”.

A comunicação consiste num processo multidirecional, cujo sucesso depende da atitude do enfermeiro, através da demonstração de disponibilidade, consistência e transparência, devendo ser realizada de maneira compreensível e de forma simples, clara, repetida, fácil de lembrar e ajustada à idade da criança/jovem e aos pais. (Fernandes & Andrade, 2020).

Valorizando a comunicação como fulcral na relação do EEESIP criança/jovem e família, recorreremos a várias estratégias de comunicação com o intuito de estabelecer uma relação de confiança. O processo de comunicação exigiu de nós pesquisa e conhecimento dos estádios de desenvolvimento, para adequar a linguagem à criança, capacidade de adaptação e criatividade. Através da comunicação, conseguimos perceber o estado de saúde e o estágio de desenvolvimento da criança e fatores que influenciam a sua qualidade de vida. Demos valor não só à componente verbal, mas também à componente não verbal, pois esta deu-nos muitas informações significativas relativas ao desenvolvimento da criança. Assim, para comunicar com a criança, utilizamos de acordo com a idade, várias estratégias como: manter o mesmo nível de olhar da criança; recorrer a um objeto de interesse da criança para utilizar como elemento de

conversa, tal uma boneca, livros, animais de peluche; adotar um tom de voz calmo, sem infantilizar e com recurso a um vocabulário entendível para a criança, praticar a escuta ativa, permitir que a criança/jovem se expresse, valorizando-a; e recorrer ao brincar, de forma a ganhar a sua confiança e proximidade.

Relativamente à unidade de competência “ Promove a autoestima do adolescente e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, entendemos que a nossa intervenção aos jovens se guiou nesse sentido. Tivemos em consideração a forma de comunicar com os jovens, adequando a comunicação e dando a oportunidade para a expressão de emoções e opiniões, propondo cenários, valorizando, negociando, de forma a promover a autonomia, desenvolvimento e a tomada de decisão, com progressiva responsabilização pelas escolhas que fazem relativamente à saúde. Sempre atendemos à privacidade e confidencialidade, no entanto, no contacto com o adolescente estes dois princípios foram bem frisados, dando sempre a escolher, numa parte da consulta, esta ser realizada com ou sem a presença dos pais.

3.3 Competências de Grau de Mestre

O caminho percorrido ao longo deste percurso formativo foi realizado sempre na procura de adquirir e desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e competências de mestre. Nesta busca pela especialização em Enfermagem na área da saúde da criança e do jovem, possibilitou-nos alcançar não só as competências da especialização, mas também ao nível de Mestre, pois as competências que as caracterizam são complementares e, no fundo, indissociáveis.

O grau de mestre é atribuído, conforme regulamentado no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República nº26, Série II, aos que revelem:

- “Conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde e

permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originam, em muitos casos em contexto de investigação;

- Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- 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, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.3174).

Ao refletir nas competências descritas anteriormente, estas começam a ser adquiridas com o início do presente mestrado, através das aprendizagens feitas ao longo das unidades curriculares de componente teórica e posteriormente das unidades curriculares da componente prática.

Através do desenvolvimento e da aplicação do Projeto de Intervenção de Enfermagem alcançamos e consolidamos competências que nos permitiram ter bases para dar resposta aos requisitos para a aquisição de Mestre, pois a partir da sua fundamentação, com base na evidência científica, a utilização de instrumentos para o diagnóstico de situação, a dinamização, operacionalização e avaliação de atividades conseguimos exercer e entender a importância do papel do Enfermeiro Especialista na sua área de especialização, na participação em projetos de forma proactiva e na realização de uma análise diagnóstica, no planeamento, na intervenção e avaliação ao nível da formação e na investigação.

Por outro lado, a elaboração do artigo de revisão sistemática da literatura constituiu um momento essencial de aprendizagem para a aquisição, não só a nível da temática, mas no

âmbito da investigação, indo de encontro à competência de Mestre e Enfermeiro Especialista de trabalhar, contribuir e divulgar a investigação de forma a promover uma prática de enfermagem baseada na evidência científica.

A própria elaboração do presente relatório de estágio permitiu-nos uma reflexão crítica relativa a todo o nosso percurso e assim, “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” (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174).

Face às tendências atuais, mais concretamente na área da saúde infantil e pediátrica, dos desafios decorrentes da situação atual das crianças em Portugal, ou seja, a diminuição das taxas de natalidades, o aumento da morbilidade e da doença crónica, os acidentes domésticos, de viação, afogamentos e quedas, o aumento de crianças/jovens abandonados e negligenciados, o sedentarismo, os comportamentos e hábitos alimentares desequilibrados, entre outros, exigiu de nós uma procura constante de atualizações, investigação e formações, para dar resposta às necessidades de cuidados, sendo determinante para a excelência profissional do EEESIP a existência de uma formação contínua, pelo que o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências nunca foram descuradas e do quanto isto é importante e essencial ao longo da nossa vida enquanto enfermeiras, nomeadamente, enquanto mestres e EEESIP. Estamos consistentes de que com um investimento na aprendizagem auto-orientada e autónoma permite o desenvolvimento pessoal e profissional, sendo proporcional com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, andando estas, sempre de mãos dadas.

Faz parte das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem a demonstração de “competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” e “capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais (Nunes, 2020, p.7). Na verdade, faz parte do dia-a-dia da nossa prática profissional a constante necessidade de resolução de problemas e tomadas de decisão, tendo sido notória o papel do EEESIP na gestão e capacidade de lidar com situações complexas.

O próprio PE foi sem dúvida essencial para a nossa prática, permitindo-nos estruturar o pensamento crítico aplicado nas tomadas de decisão. O estudo de caso realizado reflete a nossa capacidade de intervenção individualizada para a resolução de problemas identificados. A sua aplicação sistemática do PE permite que as necessidades sejam identificadas e atendidas de maneira segura e individual, o que incrementa a qualidade dos cuidados prestados, a valorização, visibilidade e reconhecimento profissional e, assim uma garantia de uma gestão eficaz dos cuidados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

Em diversas situações do nosso percurso houve a necessidade de adaptação, mobilização de conhecimentos e investigação, aplicando-os e desenvolvendo-os na prestação de cuidados. Ao longo desta caminhada consideramos ter adquirido uma evolução profissional e pessoal que, com toda a certeza, é a base e o início do caminho para atuar de forma especializada, pautada com os domínios de competências que caracterizam a prática de um Mestre e de EEESIP, sempre exercendo a sua prática baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, na formação contínua, na produção e pesquisa de conhecimentos com a finalidade de uma melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Quando pensamos no conceito de criança/jovem visualizamos quase sempre o comando do futuro e na influência que o seu desenvolvimento e a adoção de comportamentos de saúde têm na evolução, a nível físico, mental e social nas gerações futuras, pelo que o cuidar em pediatria é de facto algo que acarreta uma responsabilidade extra, não só pelas inúmeras particularidades e características inerentes, mas também pelo próprio significado de ser criança. Um ser vulnerável que precisa dos pais para prestar cuidados que satisfaçam as suas necessidades quotidianas e que propiciem um ambiente de amor para que esta se sinta segura e confiante, sendo por isso, um pilar e determinante no seu crescimento e desenvolvimento.

A capacitação parental é um dos focos centrais no cuidado à criança/jovem, tendo os enfermeiros, principalmente o EEESIP um papel preponderante na educação dos pais e no apoio, orientação e adaptação aos seus papéis parentais. O EEESIP trabalha em parceria com a família de forma a construir uma relação de confiança, que lhe permita capacitar os pais, recorrendo aos seus pontos fortes, a estratégias, a redes de suporte, a ensino, instrução e treino, de forma a permitir que façam escolhas informadas com base no melhor interesse da criança. É reconhecido que o envolvimento dos pais, preconizado pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, no processo da hospitalização da criança/jovem, traz inúmeras vantagens, tal como inculcar nos pais competências para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, cuja preparação se deve iniciar logo no momento da admissão, devendo ser planeada e realizada de forma segura para evitar o risco de uma nova hospitalização.

De facto, a enfermagem tem um papel ativo no processo de empoderamento e capacitação, acompanhando as famílias, trabalhando e promovendo a saúde no seio familiar e na comunidade e servindo como ponte entre a criança/jovem e família e os cuidados de saúde. No entanto, ainda há muito caminho para percorrer, pois os desafios atuais de saúde que se impõem exigem mais ação, sendo extenso o campo de intervenção do EEESIP para dar resposta a problemáticas, visando sempre a promoção da saúde, prevenção de complicações e deteção precoce de situações que coloquem o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem em risco.

Com a elaboração deste relatório de estágio, tentamos transpassar as aprendizagens, vivências e competências adquiridas no decorrer deste percurso exigente, mas no fim compensador. Em cada início de cada contexto de estágio vivenciamos sentimentos diversos, pois é sempre encarar um serviço novo e uma nova equipa multidisciplinar com dinâmica de trabalho própria. Esta vivência exigiu o estabelecimento de relações, tanto profissionais como com a criança/jovem e família em diferentes fases do desenvolvimento e em diferentes contextos de saúde e de vida. Destacamos, por isso, a relação de confiança e empatia construída com todas as crianças/jovens e famílias, permitindo-nos cuidar de forma individualizada com excelência, qualidade e segurança. Este foi um dos aspetos mais gratificantes, trabalhar para contribuir para a qualidade dos cuidados em enfermagem, através, não só da operacionalização do projeto de intervenção, que procurou capacitar os pais no cuidados aos seus filhos e uniformizar cuidados, mas também pela prestação de cuidados diferenciados à criança/jovem e família em diferentes contextos.

O projeto de intervenção foi desenvolvido seguindo a metodologia de projeto, com identificação das necessidades de cada contexto clínico, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, com divulgação no presente no relatório. A sua implementação e as vivências ao longo dos estágios permitiu adquirir competências ao nível da investigação, da comunicação, de liderança e gestão de recursos, de cuidados, de relações e de sentimentos, exigindo também a pesquisa e a uma aprendizagem autónoma, com recurso à evidência científica. Permitiu-nos não só ganhar competências, mas também habilitar e capacitar a família, assentes no respeito pela criança/jovem e família, ajudando e apoiando a sua participação nos cuidados.

A prestação de cuidados à criança/jovem e família nos diferentes contextos possibilitou-nos a aquisição e o desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESIP, que através da elaboração do presente relatório permitiu-nos olhar para o caminho percorrido, analisar e refletir de forma crítica, no seu verdadeiro sentido e em prol do nosso desenvolvimento profissional, as respetivas competências.

Num percurso tão exigente como este surgiram algumas limitações e dificuldades como a gestão de tempo e da impossibilidade de fazer uma avaliação do projeto de intervenção. Também a recente pandemia COVID19 foi de certa forma uma limitação, pois alterou fortemente os contextos dos serviços, nomeadamente na limitação da visita de um dos

pais à criança/jovem, no sentido de prevenir a disseminação do vírus. Apesar das dificuldades sentidas, este trajeto foi enriquecedor, desde o primeiro dia, enquanto pessoa e profissional. Este caminho culmina na realização e divulgação deste relatório, onde acreditamos ter atingido os objetivos delineados e ter adquirido e desenvolvido as competências de EESIP e de Mestre em Enfermagem.

Perspetivamos para o futuro, o compromisso de sustentar as nossas intervenções com base na evidência científica, de contribuir para a investigação em enfermagem e continuar a desenvolver ações não só ao nível desta temática, mas também no vasto leque de intervenção da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, agindo como agente promotor do bem-estar e do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.

Ser Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é de facto muito mais que um título profissional. É ter nas mãos um conjunto de múltiplas competências com poder para contribuir para uma construção de uma sociedade melhor, com cidadãos mais informados, mais capacitados e melhores decisores relativamente às suas questões de saúde. É intervir, capacitar, empoderar, detetar precocemente situações de risco, encaminhar e fazer assim a diferença desde o início de vida e ao longo da infância e adolescência, ajudando no caminho para o sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definição, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 1(52), 211–229.

Begui, J. R., Guariente, M. H. D. de M., Garanhani, M. L., Carvalho, B. G. de, Ferrari, R. A. P., & Galdino, M. J. Q. (2020). Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro training. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19, 1–9. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.48380>

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing* 22(6), 1058-1062. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Modelos de Cuidados de Saúde Infantil e Pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 26-31). Lisboa: Lidel

Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016. *Diário da República nº 176/2016 – 1ª Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Educação Superior. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>

Decreto-Lei nº 265/83 de 16 de junho de 1983. *Diário da República nº 136/1983 - I Série*. Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/452040>

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio de 2015. *Diário da República*, 2ª série, nº 107. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. 133550-13553. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2007). *CRIANÇAS e JOVENS em RISCO - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i008816.pdf>
- Eurochild (2015). Eurochild Policy Position on Evidence and Evaluation Methodologies for Family and Parenting Support Policies and Practice. Disponível em: https://eurochild.org/uploads/2020/12/Eurochild_policy_position_on_evidence_base_FINAL.pdf
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175-156. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fraga, V. M. (2018). *Recém-nascidos admitidos no Serviço de Urgência Pediátrica : casuística do ano 2016*. (Dissertação). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel
- Fernandes, I. & Andrade. L. (2020). Apreciação em Enfermagem na Criança e do Jovem. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 81-103). Lisboa: Lidel
- Ferreira, M. M. C. & Costa & M. G. F. A. (2016). Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo. *Millenium* 0(30), 51-58. Disponível em: <https://doaj.org/article/679dc89c41d04c5790491a66b358aad9>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1778/1823>

Haddad, L. M. & Toney-Butler, T. J. (2020). Empowerment. *StatPearls Publishing*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430929/#article-21047.s3>

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência

Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. (4ªed.). Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Mendes, C., Mandetta M., Tsunemi M. & Balieiro M. (2019). Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Selfefficacy Checklist. *Rev Bras Enferm*;72(3):274-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>.

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lisboa: Lidel

Nunes, L. (2020). Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 66-79). Lisboa: Lidel

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Nunes, L. (2008). Fundamentos Éticos Da Deontologia Profissional. *Revista Da Ordem Dos Enfermeiros*, 31(May), 35–47. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf

Okagawa, F. S., Bohomol, E., & Cunha, I. C. K. (2013). Competencies developed in a nursing management distance learning specialization course. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 26(3), 238–244. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002013000300006>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Serie 1, número 8. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidapositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Serie I, número 6. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, número 3, Volume 3. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, número 3, Volume 1. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratic_a_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). *Deontologia código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados*. 1–28. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework-pt.pdf

OMS (2016). Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância : da ciência à difusão em grande escala. *The Lancet*, 1-8 Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd-lancet-exec-summary-pr.pdf?ua=1

OMS (1998). Health promotion glossary. *Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP)*: Geneva Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Pedroso, R.M.C.J. (2017). Impacto da Parceria de Cuidados para a criança hospitalizada e a sua família. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(3), 225-232. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n.1v.3.991>

Pinto, T. da R. C., Castro, D. S. de, Bringuente, M. E. de O., Sant'Anna, H. C., Souza, T. V., & Primo, C. C. (2018). Animação educativa sobre cuidados domiciliares com o prematuro.

Rev Bras. Enferm. (Online), 71(4), 1604–1610. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0401>.

Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem numa Sociedade em Mudança. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 2-9). Lisboa: Lidel

Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12-23). Lisboa: Lidel

Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118-134). Lisboa: Lidel

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/2019 – 2ª série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República nº 133/2018 – 2ª série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>

Ruivo, A. Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos* (15), 1-37. Escola Superior de Saúde, IPS: Setúbal

UNICEF (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. *UNICEF*. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-309). Lisboa: Lidel

Veronez, M., & Higarashi, I. H. (2016). Protocolo para a alta de bebê pré-termo: Subsídios para a construção de uma proposta. *Revista Enfermagem*, 24(3), 1–7. Disponível em <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.7505>.

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário de Observação da Mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____
Nome do bebê _____ Idade do bebê _____

Sinais que a amamentação vai bem

Sinais de possível dificuldade

SEÇÃO A

Observação geral

Mãe

- Mãe parece saudável
- Mãe relaxada e confortável
- Mamas parecem saudáveis
- Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo

- Mãe parece doente ou deprimida
- Mãe parece tensa e desconfortável
- Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas
- Mama segurada com dedos na aréola

Bebê

- Bebê parece saudável
- Bebê calmo e relaxado
- Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê
- O bebê busca /alcança a mama se está com fome

- Bebê parece sonolento ou doente
- Bebê inquieto ou chorando
- Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil
- O bebê não busca, nem alcança

SEÇÃO B

Posição do bebê

- A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados
- Bebê seguro próximo ao corpo da mãe
- Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo
- Bebê apoiado

- Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar
- Bebê não é seguro próximo
- queixo e lábio inferior opostos ao mamilo
- Bebê não apoiado

SEÇÃO C

Pega

- Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê
- A boca do bebê está bem aberta
- O lábio inferior está virado para fora
- O queixo do bebê toca a mama

- Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
- A boca do bebê não está bem aberta
- Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro
- O queixo do bebê não toca a mama

SEÇÃO D

Sucção

- Sucções lentas e profundas com pausas
- Bebê solta a mama quando termina
- Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina
- Mamas parecem mais leves após a mamada

- Sucções rápidas e superficiais
- Mãe tira o bebê da mama
- Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos
- Mamas parecem duras e brilhantes

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004]

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos”

Serviço de Urgência e os Recém-nascidos

O nascimento de um filho representa um momento de grandes desafios para os pais, pois é um período de consecutivas descobertas, preocupações e dúvidas. Assim, no período neonatal surge frequentemente questões que levam os pais recorrerem ao serviço de urgência, muitas vezes sem justificação clínica.

De acordo com a sua experiência profissional, qual a preocupação dos pais relativas ao período neonatal, mais frequente que os motiva a recorrerem ao serviço de urgência?

- Cólicas/ Desconforto abdominal
- Obstrução nasal
- Noção de dificuldade respiratória
- Alterações do coto umbilical
- Irritabilidade/Choro
- Febre
- Dificuldade alimentar/amamentação
- Queda
- Outra opção...

De acordo com a sua experiência profissional, considera relevante a realização de uma norma que uniformize os ensinamentos a realizar nas várias temáticas anteriormente abordadas?

- Sim
- Não

Se sim, quais?

Texto de resposta longa

APÊNDICE 2 - Planejamento do Projeto de Intervenção

Planeamento do projeto de intervenção				
Objetivo Geral: Desenvolver competências de Mestre e EEESIP na capacitação parental no cuidado ao RN e criança na preparação para a alta hospitalar				
Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
Adquirir conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores da capacitação parental	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica sobre capacitação parental; Integração na equipa multidisciplinar, no sentido perceber dinâmica do serviço para promoção da capacitação parental para o processo de alta; Observação e identificação de estratégias utilizadas pelos EEESIP na comunicação com as crianças/jovem e família para o processo de capacitação parental; Aplicação de estratégias promotoras de capacitação parental; Valorização dos cuidados antecipatórios para promover o melhor desempenho das famílias para a maximização do potencial; 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador de Estágio; EEESIP; Equipa de Enfermagem; Docente orientador de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> Base de dados eletrónicas; Livros e Artigos; Orientações Técnicas; Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores da capacitação parental.
Elaborar um Estudo de Caso no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio I	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; Escolher um caso referente a uma criança e a sua respetiva família, com o qual tive contato durante este contexto clínico; Aplicar processo de Enfermagem: apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador de Estágio; Docente orientador de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> Base de dados eletrónicas; Livros e Artigos; Orientações Técnicas; Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação positiva do Estudo de Caso

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um genograma e ecomapa; 		<ul style="list-style-type: none"> • Programa informático <i>GenoPro2020</i> • Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> Modificada • CIPE® 	
Sensibilizar enfermeiros e os pais sobre a alta hospitalar do RNPT	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica; • Reunião com a Equipa de Marketing e Formação da respetiva instituição; • Apresentação do Projeto de Intervenção à equipa de Marketing e Formação; • Realização de proposta de publicação na revista da respetiva instituição sobre a temática titulada de “Alta Hospitalar do bebé prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira Coordenadora; • Equipa de Marketing e Formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Sala de reunião; • Material administrativo diverso. • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação na revista da respetiva instituição sobre a temática titulada de “Alta Hospitalar do bebé prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro.
Elaborar uma <i>check-list</i> de desenvolvimento de competências parentais para a preparação da alta do RNPT	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relativamente aos parâmetros de avaliação de desenvolvimento de competências parentais para a preparação da alta do RNPT; • Elaboração da <i>check-list</i> observacional de desenvolvimento de competências parentais para aplicação ao longo da preparação da alta do RNPT de preenchimen- 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Validação e utilização da <i>Check-list</i> pelos enfermeiros da UCIN.

	to pelos enfermeiros.	Chefe, • Equipa de enfermagem da UCIN;		
Elaborar cartões de carácter informativo para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas: sinais de conforto e desconforto do bebé prematuro; Toque e Conforto; Luz; Ruído; Contacto pele-a-pele: Método Canguru e o monitor do bebé; • Reunião com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador de Estágio para aprovação dos cartões; • Encadernar os Cartões; • Colocar na Sala de Pais; • Divulgar os cartões pela Equipa de Enfermagem da UCIN durante as passagens de turno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira Chefe, • Equipa de enfermagem da UCIN; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos; • Material de Papelaria; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação dos cartões de carácter informativo para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT.
Elaborar uma norma uniformizadora de ensinios no período neonatal em contexto de urgência pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre ensinios a realizar no período neonatal: Lavagem Nasal, Massagem abdominal, sinais de alerta que motivam a vinda à Urgência Pediatria e Cuidados de Segurança; • Apresentação da norma ao enfermeiro responsável do serviço/ enfermeiro orientadora do estágio e à equipa de enfermagem; • Aplicação de um questionário de avaliação relativa à norma; • Pedido de aprovação da direcção clínica do serviço para 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira responsável do serviço; • Equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos; • Sala de reunião; • Videoprojector; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e Validação da norma; • Avaliação positiva da aplicabilidade da norma, por 70 % da equipa de enfermagem;

	implementação da norma;			
Elaborar panfleto informativo para os pais relativo a sinais de alerta no período neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre os sinais de alerta no período neonatal; • Elaboração do panfleto atrativo com linguagem clara e precisa, de forma a ser um instrumento de auxílio para os pais para a alta hospitalar. • Apresentação da proposta de panfleto informático ao enfermeiro responsável do serviço/ enfermeiro orientadora do estágio e à equipa de enfermagem; • Pedido de aprovação da direção clínica do serviço para implementação do panfleto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira responsável do serviço; • Equipa de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos; • Sala de reunião; • Videoprojector; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do panfleto; • Validação do panfleto.
Elaborar uma norma hospitalar uniformizadora sobre Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem no contexto de Internamento de Pediatria;	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre os cuidados e Intervenções de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem; • Apresentação da norma à enfermeira orientadora e responsável de serviço; • Pedido de aprovação da direção clínica do serviço para a implementação da norma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Docente orientador de estágio; • Enfermeira responsável do serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados eletrónicas; • Livros e Artigos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e validação da norma;
Elaborar um folheto informativo relativo	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre os cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidec- 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador de 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Base de dados 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do folheto; • Validação e utilização

<p>aos cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidectomia e amigdalectomia no contexto de Internamento de Pediatria;</p>	<p>tomia e amigdalectomia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do folheto atrativo com linguagem clara e precisa, de forma a ser um instrumento de auxílio para os pais para a alta hospitalar. • Apresentação da proposta de folheto informático à enfermeira responsável do serviço e enfermeira orientadora do estágio; • Pedido de aprovação da direção clínica do serviço para implementação do folheto. 	<p>Estágio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador de estágio; • Enfermeira responsável do serviço; 	<p>eletrónicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livros e Artigos; • Programa informático <i>canva</i> 	<p>do folheto.</p>
<p>Elaborar um artigo científico de revisão sistemática da literatura relativa à temática definida, no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio II;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados, recorrendo às palavras-chave validadas pela DeCS; • Definição da pergunta de investigação de acordo com a metodologia PICO, objetivo geral e objetivos específicos do artigo de revisão sistemática da Literatura; • Seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão; • Realização da análise de cada artigo e cruzamento de dados entre os artigos selecionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador de estágio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Bases de dados científicas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do artigo de revisão sistemática da literatura. • Avaliação positiva do Estudo de Caso

APÊNDICE 3 – Cronograma do Projeto de Intervenção

Cronograma do Projeto de Intervenção em Enfermagem													
Etapas	Data	2020		2021									
		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Julho	Set	Out	Nov
Pesquisa Bibliográfica													
Diagnóstico de Situação	Entrevista com a enfermeira responsável de Serviço e enfermeira orientadora												
	Aplicação de Questionário “Serviço de Urgência e os Recém-nascidos”												
Definição dos Objetivos													
Planeamento	Planeamento das atividades												
Execução	Adquirir conhecimentos e competências para a prestação de cuidados promotores da capacitação parental;												
	Elaboração do Estudo de Caso no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio I;												
	Elaboração de uma publicação na revista da respetiva instituição sobre a temática titulada de “Alta Hospitalar do bebé prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro”;												
	Elaboração dos cartões de caráter informativo para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT;												
	Elaboração da norma uniformizadora de ensinos no período neonatal em contexto de urgência pediátrica;												
	Elaboração do panfleto informativo para os pais relativo a sinais de alerta no período neonatal;												
	Elaboração da norma hospitalar uniformizadora sobre Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem no contexto de Internamento de Pediatria;												

	Elaboração do folheto informativo relativo aos cuidados e sinais de alarme no domicílio após uma adenoidectomia e amigdalectomia no contexto de Internamento de Pediatria;												
	Elaboração do artigo científico de revisão sistemática da literatura relativa à temática definida, no âmbito da componente de investigação para avaliação do Estágio II;												
Avaliação													
Divulgação	Elaboração do Relatório Final												

APÊNDICE 4 - Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019-2021
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio I

Docente Regente: António Casa Nova

Estudo de Caso

Orientadora:

Professora Margarida Malcata

Supervisora:

Enfermeira Especialista Isabel Roberto

Discente:

Ana Freitas

Dezembro

2020

APÊNDICE 5 - Publicação “Alta Hospitalar do Bebê Prematuro- Funções e Competências do Enfermeiro” na Revista da instituição



ALTA HOSPITALAR DO BEBÊ PREMATURO FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

HOSPITAL DISCHARGE OF THE PREMATURE BABY NURSES' FUNCTION AND RESPONSIBILITY



Enf.ª Ana Freitas
Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Master's Student in Nursing in Child
and Paediatric Health
HPA Gambelas

A prematuridade é a principal causa de internamentos numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A nível mundial, nascem 15 milhões de recém-nascidos (RN) prematuros, o que significa que em 10 nascimentos 1 bebé nasce prematuro. Em Portugal, registou-se entre 2012 e 2018 um aumento da percentagem de prematuros de 7,8% para 8%.

O nascer prematuro é algo inesperado e uma situação delicada que despoleta nos pais preocupações, ansiedade, inseguranças e um sentimento de frustração pela separação do seu filho. A família vivencia sentimentos opostos assentes ao mesmo tempo na esperança, ao testemunhar a luta do prematuro pela vida, mas também a ansiedade pela constante instabilidade clínica.

A necessidade de uma prolongada permanência hospitalar, com consequente afastamento dos pais do bebé por tempo indeterminado, o constante contacto stressante com um ambiente hospitalar, a aparência e as condições de saúde do bebé prematuro, o recurso elevado de tecnologias e a interação com diferentes profissionais de saúde podem dificultar o desenvolvimento do papel da parentalidade e, afetar o vínculo entre os prematuros e os seus pais.

O nascimento de um bebé é um fenómeno único envolto numa multiplicidade de emoções. No entanto, o nascimento de um filho prematuro é um choque, comprometendo a parentalidade e destruindo as expectativas que os pais criam ao longo da gestação ao idealizarem um filho imaginário. Vivem a parentalidade de forma diferente quando comparado quando têm um bebé que não precisa de cuidados intensivos; vivem “presos” num ambiente hospitalar, muitas vezes altamente stressante e envolto de muita tecnologia, monitores e alarmes.

A chegada da alta hospitalar é um momento muito >

Prematurity is the main cause of hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. 15 Million premature babies (NBs) are born worldwide, which means that in 10 births 1 baby is born prematurely. In Portugal, between 2012 and 2018 there was an increase in the percentage of premature babies from 7.8% to 8%.

Premature birth is unexpected and a delicate situation for the parents, resulting in concerns, anxiety, insecurity and a feeling of frustration due to the fact that the parents need to be separated from their child. The family experiences mixed feelings of hope, when witnessing their premature baby's struggle for life, but also anxiety due to the constant clinical instability.

The need for a prolonged hospital stay, with the consequent and indefinite contact from the parents, the constant stressful contact with a hospital environment, the appearance and health condition of the premature baby, the presence of various technical equipment and the interaction of different health professionals, can hamper the bond between the premature infant and its parents.

The birth of a baby is a unique phenomenon involving a multitude of emotions. However, the birth of a premature child is a shock, compromising parenthood and destroying the expectations that parents create throughout pregnancy when idealizing their future baby. Being the parent of a premature baby is totally different when compared to a full-term baby that does not need intensive care; parents live “trapped” in a hospital environment, often highly stressful and surrounded by a lot of technical equipment, monitors and alarms.

The date that they can take their baby home is a moment long awaited by parents, but it is also at the same time frightening, full of challenges and fears, with expectations and uncertainties, as it is >

Título | Capacitação Parental na Alta Hospitalar do RN e da Criança – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

esperado pelos pais, mas também ao mesmo tempo assustador, pois é repleta de desafios e medos, sendo caracterizada por expectativas e incertezas, pois é um ponto de viragem, em que os pais se deparam com o momento em que assumem verdadeiramente e de forma autónoma os cuidados ao bebé. É, por isso, importante o envolvimento dos pais em cada passo, em cada cuidado, o mais precocemente possível. Com a envolvência dos pais nos cuidados aos seus filhos, contribui-se para a construção da identidade parental, para o aumento da sua confiança nos cuidados e na preparação da alta hospitalar.



Para o sucesso desta etapa é importante a presença de uma equipa de enfermagem que promova a contínua participação dos pais, de forma a que estes façam parte de todo o processo, capacitando-os, orientando-os e apoiando-os, para que no momento da alta se sintam confiantes e capazes.

O termo capacitar é um conceito muito usual na área da saúde e surge principalmente como forma de operacionalizar o conceito de empoderamento, ou seja, dar à pessoa poder para que esta tenha recursos para tomar a decisão e ter poder de escolha e de autonomia sobre o que acontece na sua vida, cabendo aos profissionais de saúde estimular essa capacidade.

Neste sentido, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais necessita de uma equipa de enfermeiros especializados e formados na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo estes fundamentais para todo este processo de capacitação, orientação e apoio aos pais.

O papel do enfermeiro facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde, proporcionando aprendizados de habilidades e competências para o exercício

» a turning point, where parents are faced with the moment when they have to take care of the baby on their own. For this reason, it is important for parents to be involved as early as possible, in every step of caring for their baby. When parents are involved in the care of their child, confidence and bonding will increase, preparing them for when the baby is discharged from hospital.

For the success of this stage, it is important to have a nursing team that encourages the continuous participation of parents, so that they are part of the whole process, enabling them, guiding and supporting them, so that when the time comes to take their baby home they feel confident and capable.

The term empower is a very common concept used in association with health and arises mainly as a way to operationalize the concept of empowerment, that is, to give the person power so that he has resources to make decisions and to have the power of choice and autonomy over what happens in his life. It is up to health professionals to stimulate this capacity.

Therefore, the Neonatal Intensive Care Unit needs a team of nurses specialized and trained in the area

» da parentalidade, bem como avalia o desenvolvimento da mesma, implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade, procurando sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança, no sentido de orientar para a escolha de comportamentos que potenciem a saúde.

Os enfermeiros desenvolvem estratégias que promovem o vínculo entre pais e filhos, ajudando-os a adquirir autoconfiança e independência no cuidado ao seu filho prematuro, após a alta hospitalar. A intervenção de enfermagem não está assente ape-

» of Child and Paediatric Health Nursing, who are fundamental in this whole process of parent training, guidance and support.

The role of the nurse is to facilitate, teach skills and competences related to health, necessary for successful parenting. Evaluating the development, implementation and managing a health plan in partnership with the parents with the object of promoting parenthood is essential, while at the same time seeking opportunities to work with the family and the child, to guide in the choice of solutions that will enhance the child's health.



nas nos cuidados do dia-a-dia, como nos cuidados de higiene, alimentação/amamentação e conforto, mas também, num cuidado holístico, considerando múltiplas perspetivas, como as psicossociais e culturais da unidade familiar.

Apresentam, desta forma, um conjunto de diversas competências com poder para contribuir para uma construção de uma sociedade cada vez melhor com cidadãos mais informados, mais capacitados e melhores decisores relativamente às suas questões de saúde.

O acompanhamento do recém-nascido prematuro e da sua família após a alta hospitalar fazem parte das políticas de saúde e são essenciais para a promoção da saúde e prevenção da doença do bebé.

Desta forma, é importante a assiduidade nas consultas médicas e das consultas de enfermagem, no âmbito da consulta externa de Pediatria, onde é realizada uma avaliação holística da criança, um acompanhamento e uma continuação da capacitação e deteção precoce das situações de risco, bem como a promoção da toda a potencialidade do bebé e da sua família, encaminhando-os para o sucesso. *

Nurses develop strategies that promote bonding between parents and children, helping parents to acquire self-confidence and independence when caring for their premature child once discharged from hospital. A nurses' intervention is not only based on day-to-day care, such as hygiene, feeding/breastfeeding and comfort, but also holistic care, considering multiple perspectives, such as the psychosocial and cultural aspects of the family unit.

In this way, they have a set of diverse competences with the power to contribute to a better society with more informed, more qualified citizens and better decision-makers as far as health issues are concerned.

Follow-up of the premature baby and his family after discharge from hospital are part of our health policies and are essential for the promotion of health and the prevention of disease. Thus, it is important to attend medical and nursing consultations regularly, available in the Paediatric Out-Patients Unit, where a holistic assessment of the child is carried out, a follow-up continuation and early detection of risk situations, as well as promoting successfully the full potential of the baby and his family. *

APÊNDICE 6 - Cartões informativos para os pais relativos aos cuidados sobre os cuidados do RNPT

Aprender a conhecer o seu bebé

Cada bebé é único, por isso cada bebé vai responder à sua maneira às diversas experiências sensoriais que vivencia em contacto com este novo mundo da Unidade de Cuidados Intensivos.

A pouco e pouco, ao observar o seu bebé vai entender, através da sua linguagem corporal, como ele reage aos estímulos que ele recebe. Vai aprender a reconhecer quando ele está chateado ou desconfortável.

O seu bebé dá pequenos sinais que nos mostram se ele está confortável, as suas necessidades, dificuldades e capacidades.

Os sinais que nos dizem que o bebé se sente confortável são:

- ♥ Respiração normal suave e regular;
- ♥ Boa oxigenação;
- ♥ Movimentos suaves;
- ♥ Cor rosada e uniforme da pele;
- ♥ Braços e pernas dobrados em direção ao corpo e mãos apoiadas no rosto ou na cabeça;
- ♥ Mãos juntas e pés juntos;
- ♥ Cara relaxada;
- ♥ Sucção.

Os sinais que sugerem que um bebé pode estar desconfortável ou com dor:

- ♥ Mudanças na cor da pele, como: pele acinzentada ou palidez em volta dos olhos ou da boca ou manchas;
- ♥ Soluços, arrotos, bocejar;
- ♥ Movimentos dos braços e pernas frenéticos ou com tremores;
- ♥ Mãos com dedos afastados, bem esticados, em sinal de "stop";
- ♥ Tronco arqueado;
- ♥ Enrugamento da face, com caretas: Olhos cerrados com força, sobrolho franzido, rugas no nariz e cantos da boca;
- ♥ Choro

Quando um bebé apresenta algum destes sinais, é necessário ajustar os cuidados ao bebé. Isto pode incluir uma mudança da fralda, criar um ambiente calmo, com ajuste da temperatura, do ruído e da luz, proporcionar imagens e sons reconfortantes como o seu rosto e a sua voz, dar conforto oral através da sucção e coloca-lo numa posição confortável, aconchegando ou conte-lo numa manta, até se acalmar.



Toque e Conforto



O primeiro toque é um momento importante tanto para si como para o seu bebé. Os enfermeiros irão estar ao seu lado e ajuda-lo/a a aprender a confortar o bebé até sentir-se com mais confiança para o fazer.

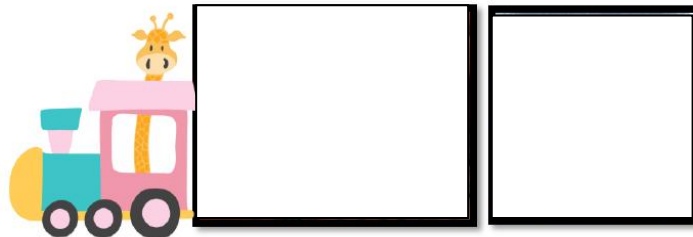
Antes de tocar no seu bebé é importante que lave as mãos, de forma a prevenir infeções. Aqueça as mãos. Coloque as mãos na incubadora e aproxime primeiro a mão para que ele sinta o seu calor e só depois toque suavemente, com uma mão na cabeça ou ombros e segure os pés com a palma da outra mão. Deixe ficar um pouco nessa posição e depois, ao retirar, faça também de forma suave e lenta.

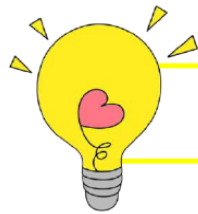
Alguns bebés, sobretudo os prematuros, ficam incomodados com o toque muito ligeiro ou carícias leves, pelo que deve evitar-se este tipo de toque. Observe como o seu bebé reage ao toque e pare se perceber que ele fica mais aborrecido.

Warren, I & Bond, C. (2014). *Caring for your Baby in the Neonatal Unit. A Parents' Handbook*. Leicestershire, UK: Matador.

Outras formas de confortar o bebé consistem em fazer um contacto constante:

- **Envolver** o bebé numa manta ou fralda de pano, de forma a dar-lhe apoio e a impedir movimentos descoordenados. O bebé deve ser colocado com as mãos juntas por baixo do queixo e as pernas dobradas e relaxadas sobre a barriga do bebé;
- **Aninhar** o bebé num de ninho e em rolos que se colocam em torno do bebé. Esta é uma forma que permite dar limites físicos ao bebé. Assim ele vai sentir-se apoiado e seguro, tal como quando estava na barriga da mãe;
- **Conter**, ou seja, se tiver deitado de barriga para baixo, consiste em colocar uma mão na cabeça e outra nas costas ou no rabinho do bebé. Se tiver de barriga para cima, consiste em segurar nos braços e nas pernas do bebé de forma que fiquem aconchegados perto do corpo.





Luz

As luzes fortes podem incomodar os bebés e afetarem negativamente o seu desenvolvimento, pois os olhos do bebé prematuro são muito sensíveis à luz. É, por isso importante no cuidado ao seu bebé o uso de estratégias que diminuam a intensidade da luz e protejam os seus olhos da luz direta.

Quais as recomendações?

- ♥ Colocar uma capa acolchoada em cima da incubadora de forma a diminuir a exposição à luz;
- ♥ Proteger os olhos do bebé quando for necessário usar uma luz sobre a incubadora e o bebé, com recurso a uma manta/fralda.
- ♥ Proteger da luz com as mãos quando for ao colo ou sair da incubadora.
- ♥ A partir das 32-34 semanas, o bebé deve receber alguma luz natural durante o dia, pelo que a incubadora não deve estar totalmente coberta.

Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., & Lapa, P. (2018). A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. In *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Disponível em <https://www.sneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>



Ruído

Após o nascimento, o bebé é exposto a diversos sons, que são muito diferentes do ambiente que ele ouvia dentro da barriga da mãe, onde os sons eram baixos, organizados e previsíveis.

O ambiente acústico das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais é caracterizado frequentemente por sons agudos e intensos. Este alto nível de ruído de fundo pode causar desconforto e afetar negativamente o desenvolvimento do bebé, daí que é importante criar um ambiente acústico na unidade adequado.



- ♥ Fechar a porta da incubadora devagar, sem bater;
- ♥ Evite pousar objetos em cima da incubadora;
- ♥ Falar baixinho se tiver perto da incubadora ou do berço;
- ♥ Evitar telemóveis nas áreas de internamento dos recém-nascidos;
- ♥ Fale com o seu bebé, sempre que ele estiver acordado, especialmente quando estiver a fazer canguru.

Stun, J. et al., (2018, novembro). European Standards of Care for Newborn Health: Management of the acoustic environment. In *EFCNI*. Disponível em <https://newborn-health-standards.org/management-acoustic-environment/>



DAR COLO E CONTACTO PELE-A-PELE: MÉTODO CANGURU



- ♥ O método Canguru consiste em colocar o seu bebé em cima do peito diretamente em contacto com a pele. Este tem muitas vantagens e benefícios, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde. O momento mais indicado para pegar pela primeira vez no seu bebé ao colo vai depender de quando os médicos e enfermeiros sentirem que ele está preparado e a sua condição de saúde é estável o suficiente para tal.



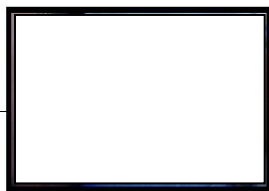
COMO SE FAZ?

O seu bebé deve estar sem roupa, apenas com uma fralda, podendo necessitar de um gorro e meias para o ajudar a manter a temperatura, principalmente nos bebés mais prematuros. Ele fica deitado no peito em contacto direto com a sua pele, com as pernas dobradas, numa posição de “rã”, com as costas direitas e a cabeça virada para um dos lados com o queixo ligeiramente levantado para cima, para o ajudar a respirar. Idealmente a duração do canguru deve ser pelo menos uma hora e meia (90 minutos) para que ambos relaxem, apreciem o momento e os todos os benefícios.

É importante que traga roupa larga e confortável, que preferencialmente abra à frente. Não fume ou coloque perfume, porque os prematuros são muito sensíveis ao cheiro e, além disso, o perfume disfarça o seu cheiro natural e da mama.

QUAIS OS BENEFÍCIOS?

- Ajuda a aumentar o vínculo e a proximidade entre os pais e o bebé. Permite que o bebé ouça a sua voz e os seus batimentos cardíacos e conheça o seu cheiro;
- Aumenta o sucesso da amamentação, pois o calor do contato entre o bebé e a mãe estimula a produção de leite. Também ajuda o bebé a digerir melhor a comida;
- Ajuda no controle da dor, podendo ajudar o bebé a lidar com procedimentos dolorosos;
- Diminui o risco de infeção, de baixas de saturação e os dias de internamento.
- Ajuda a estabilizar a temperatura, batimentos cardíacos e a respiração;
- Ajuda a regular o sono e a melhorar a evolução de peso e desenvolvimento motor do seu bebé.



O QUE FAZ O MONITOR DO SEU BEBÉ?

O monitor que se encontra na cabeceira do bebé dá aos enfermeiros e médicos informações sobre o seu estado.

O que pode encontrar no monitor?

Algumas cores que pode encontrar no monitor e o que significam:

Verde	→	Batimentos cardíacos do bebé a cada minuto
Vermelho	→	Pressão arterial
Branco	→	Saturação de Oxigénio. Este número diz a quantidade de oxigénio que está a chegar ao seu bebé.
Azul	→	Número de respirações que faz a cada minuto.



O que significam os alarmes?

Cada bebé é único, por isso os profissionais definem no monitor os alarmes para atender às necessidades de cada bebé. Os valores normais podem variar de bebé para bebé. Esses valores vão depender do quão cedo nasceu ou do seu bebé ou da condição de saúde pela qual o seu bebé está internado na unidade.

É importante que não centre a sua atenção no monitor. Olhe para o seu bebé e não para o monitor. Este está sempre a monitorizar a saúde do seu filho, mesmo quando um profissional de saúde não está ao lado da sua incubadora.

Todos os monitores da Unidade estão conectados à sala de enfermagem, ou seja, a equipa de enfermagem tem sempre acesso através também de um monitor que se encontra nessa mesma sala. E quando toca um alarme, esse mesmo monitor alarma também, mostrando qual o monitor que está a alarmar e o que está a acontecer.

Às vezes, um alarme toca, porque o monitor não está a captar corretamente as informações. Quando isto acontece alguém vai consertar a situação. É importante que fique tranquilo e seguro, pois o seu bebé está sempre monitorizado e se precisar de ajuda, sempre haverá alguém disponível para cuidar e tomar as providências necessárias.

APÊNDICE 7 - Norma uniformizadora “Ensino Parental: Guia de ensinoss no período neonatal no SAPP”

TIPO DE DOCUMENTO

DC-QUA-003 // R: 00 // 00-00-2018

Ensino Parental Guia de ensinoss no período neonatal no SAPP

Elaboração inicial : 00-00-2018 // Próxima Revisão: 00-00-2018

1. ENQUADRAMENTO

O nascimento de um filho representa um momento de grandes desafios para os pais, pois é um período de consecutivas descobertas, preocupações e dúvidas. Assim, no período neonatal surge frequentemente questões que levam os pais recorrerem ao serviço de urgência, muitas vezes sem justificação clínica.

2. OBJECTIVOS

Uniformizar os ensinoss de enfermagem relativos ao período neonatal para pais que recorram ao serviço de Atendimento Permanente de Pediatria (SAPP).

3. ÂMBITO

Aplica-se a todos os enfermeiros a prestar cuidados ao RN admitidos no SAP.

4. RESPONSABILIDADES

Os ensinoss aos pais são realizados por todos os enfermeiros a exercer funções no SAP, sendo da sua responsabilidade:

- Promover uma adaptação ajustada à parentalidade;
- Promover uma vigilância de saúde adequada dos RN que sejam admitidos no SAP;
- Promover o desenvolvimento infantil;

5. DESCRIÇÃO

5.1 Cuidados ao Coto Umbilical

A Organização Mundial de Saúde aconselha o “*dry cord care*”, ou seja, “cuidados de cordão umbilical seco”, que consiste manter o cordão umbilical limpo e seco, sem necessidade de colocar algum tipo de antisséptico ou desinfetante.

Os cuidados consistem em:

- Lavar o coto umbilical e área circundante com água potável, quando este se suja com urina ou fezes.
- Secar o coto umbilical e pele adjacente.
- Vigiar sinais de infecção: rubor, cheiro intenso e exsudado.
- Colocar a fralda abaixo do cordão, de forma a evitar irritação e humidade no local.

A queda do coto umbilical ocorre devido a um processo de gangrena e pode levar dentro de 5 a 15 dias para ocorrer a separação. Quando ocorre a queda, a zona do coto umbilical fica sensível, por vezes ruborizada, podendo levar algumas dias para que se cicatrize completamente após a separação, pelo que nesta fase o cuidado mantém-se, sendo indicado o limpar e secar, e observar cuidadosamente os sinais de infeção. A fralda deve manter-se fechada abaixo do umbigo até completa cicatrização.

Na presença de sinais inflamatórios, deverá ser realizada a limpeza e a desinfeção com álcool a 70%.

5.2 Obstrução nasal

As cavidades nasais são formadas por uma camada mucociliar essenciais para uma homeostasia respiratória. Fatores, como alterações climáticas, processos alérgicos e infecciosos, podem provocar obstrução nasal que impedem o fluxo de ar normal pelas vias aéreas, interferindo assim numa ventilação adequada, pois ocorre uma redução da taxa ventilação-minuto e alteração da frequência, ritmo e profundidade respiratória. Desta forma, quando as fossas nasais ficam obstruídas, além de dificultar a respiração, também dificulta o processo de alimentação e há um aumento do risco de infeções respiratórias.

A limpeza nasal consiste num hábito saudável, que pode ser realizado a qualquer momento e utilizado em todas as faixas etárias, incluindo recém-nascidos, sendo uma técnica importante para a saúde das crianças, nomeadamente os bebés que até aos 2 meses de vida, ainda são respiradores exclusivamente nasais e lactentes e crianças que não sabem assoar o nariz. É assim, importante familiarizar o bebé desde cedo com esta técnica e implementá-la na rotina do dia-a-dia, principalmente nas épocas do ano em que as infeções respiratórias são mais frequentes.

Crê-se que este procedimento oferece vários benefícios como: humedificação da mucosa, diminuição da espessura do muco, transporte deste para a nasofaringe, assim como de partículas, alérgenos e microrganismos, remoção de mediadores inflamatórios locais, entre outros.

Para a realização desta técnica:

- O soro deve estar à temperatura ambiente para evitar que a mucosa das fossas nasais fique irritada;

- Colocar o bebé em posição dorsal, numa superfície plana. Pode-se envolver o bebé, com uma manta/fralda, de maneira a que este fique mais contido e seguro durante a lavagem nasal.
- **Rodar a cabeça do bebé para um lado, estabilizando a cabeça** com a ajuda das mãos e **instilar soro fisiológico de forma continua** na narina que fica em cima;
- **Repetir a instilação** até que o soro saia naturalmente pela outra narina;
- Realizar o procedimento para a outra narina, rodando a cabeça o bebé para outro lado.

5.3 Cólicas e Massagem Abdominal

A cólica no RN é caracterizada por um choro súbito, persistente, inconsolável e sem motivo aparente, tendo sido definido por Wessel em 1954, como uma condição que ocorre num bebé saudável que chora pelo menos três horas por dia, em três ou mais dias da semana, por três ou mais semanas consecutivas e que desaparecerá por volta do terceiro ou quarto mês de vida. Estas podem ocorrer em qualquer altura do dia, no entanto são mais comuns no final do dia, por volta das 17h e 21horas, pois o bebé ao longo do dia vai recebendo informação sensorial que por volta dessa hora ou após um determinado acontecimento estimulante, ele vai atingir o seu limite de tolerância e à mínima estimulação pode ser suficiente para o levar a ultrapassar esse limite e entrar em sobrecarga sensorial surgindo desta forma um episódio de cólicas. Esta mínima estimulação, nesta altura do dia é normalmente uma informação sensorial interna, como as pequenas bolhas de gás que se acumulam no estômago do bebé, que ele consegue ignorar às 10h do dia, mas que no final do dia tornam-se motivo para que o bebé a ultrapasse o seu limite e comece a chorar e a gritar.

Diversas teorias foram propostas para definir a causa das cólicas no RN, estando entre elas, a imaturidade do sistema gastrointestinal, presença de gases, refluxo gastroesofágico, tensão materna, alergias alimentares, o ar engolido durante a mamada, entre outros.

Independentemente da causa, o choro intenso do RN com cólica, representa uma condição desesperante para os pais, daí que é importante ensinar, que o choro é uma ferramenta normal de comunicação usada pelo recém-nascido nos seus primeiros meses de vida, que não tem repercussões negativas sobre o desenvolvimento da criança e que é uma meio de ele usa para se comunicar e pedir ajuda.

Uma das intervenções para o alívio das cólicas consiste na massagem corporal. Além do tacto ser um dos meios mais poderosos para promover a vinculação pais-bebé, o contacto físico por meio de uma massagem diária pode ser uma ferramenta usada que apresenta inúmeros benefícios e ser assim terapêutico para um bebé agitado.

Segundo a Associação Portuguesa da massagem infantil, os benefícios vão muito para além dos fisiológicos, pois como potenciam o vínculo pais/bebé, permite uma base onde assenta a confiança, segurança e de aceitação emocional que são essenciais para o desenvolvimento positivo da personalidade do bebé.

Além dos benefícios gerais da massagem que incluem uma estimulação de diversos sistemas, como a nível do respiratório, do sistema linfático, circulatório, do sistema nervoso, do sistema gastrointestinal, entre outros, nos bebés traz ainda muitos mais benefícios específicos, como:

- A massagem com um contacto pressão firme permite acalmar o bebé, ajudando-o a aliviar os gases e cólicas;
- Ajuda a relaxar, na medida em que ocorre uma melhoria dos padrões de sono, redução dos níveis de *stress* e melhoria da capacidade de se auto acalmar;
- Ativa a tomada de consciência do corpo, essencial para o posterior desenvolvimento da percepção sensorial.

Para a massagem infantil é necessário seguir algumas linhas orientadoras:

- Os bebés respondem de forma positiva à rotina, pelo que deve-se programar a massagem para a mesma hora todos os dias;
- O bebé tem que estar no estado calmo-alerta, ou seja, corresponde a um estado em que o bebé está mais reativo, que está calmo, concentrado e que gosta de interagir. Faz expressões atentas, faz poucos movimentos e concentra-se numa estimulação específica. É neste estado que ele reage melhor ao mundo que o rodeia e quando é mais provável que aprenda e beneficie com a interação.
- Criar um ambiente calmo, livre de distrações tanto para a mãe/pai como para o bebé;
- Colocar um pouco de óleo (ex. óleo de amêndoas doces) diretamente nas palmas das mãos, esfregar, de forma a que fique à temperatura do corpo, utilizando apenas a quantidade necessária para que as mãos escoreguem suavemente sobre a pele do bebé.

5.3.1 Massagem abdominal

A massagem abdominal realiza-se através de movimentos lentos e ritmados e sempre no direção dos ponteiros do relógio, ou seja, no sentido do trânsito intestinal. Para iniciar é importante começar com a colocação de uma mão sobre a barriga e manter este ponto de contacto durante algum tempo, de forma a avisar o bebé em que sitio irá toca-lo. Posteriormente poderá ser ensinado aos pais as seguintes técnicas para a realização da massagem infantil a nível abdominal:

Roda de pás	Colocar uma mão imediatamente abaixo da grade costal e deslizar em direção à zona das virilhas. Antes de levantar essa mão, colocar a outra abaixo da caixa torácica e repetir o movimento, alternando as mãos e certificando-se de que há sempre uma que está em contacto com a pele do bebé.
--------------------	--



Sol e lua

A mão esquerda move-se num círculo completo e de forma continua no sentido dos ponteiros do relógio, formando um “sol”, enquanto a mão direita move-se em arco da esquerda para a direita, fazendo uma meia-lua virada ao contrário. O arco começa quando a mão esquerda está mais próxima da zona das virilhas e enquanto a mão direita está em cima, a mão esquerda está em baixo.



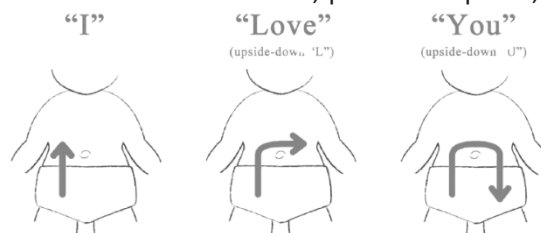
“I love you”

Esta técnica é representada pelas iniciais das frase “I love you”, sendo que:

I – consiste em colocar a mão dominante no lado esquerdo do abdómen do bebé (colon descendente) e fazer um único movimento no sentido, de forma a fazer um “I” ;

Love – efetuar um “L” ao contrário, no sentido do lado direito para o lado esquerdo do bebé, ou seja, deslizar a mão dominante ao longo do topo da barriga, por baixo da grade costal e depois para baixo em direção às virilhas (côlon transverso para o cólon descendente)

YOU – colocar a mão junto da coxa direita do bebé e deslizar para cima, passando a mão no colon ascendente, seguindo o trajeto do colon transverso e descer no sentido do colon descendente, pelo lado oposto, de forma a fazer um “U” invertido.



5.4 Segurança

Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil, no primeiro mês de vida, os acidentes que podem ocorrer são:

- Acidentes como passageiro de automóvel;
- Quedas do sistema de retenção, de mesas de muda de fralda, camas e sofás;
- Queimaduras (com água do banho, com leite aquecido e com bebidas quentes);
- Asfixia na cama;
- Estrangulamento com fios/ laços.

5.4.1 Acidentes como passageiro de automóvel

O sistema de retenção, vulgarmente designado por “ovinho”, é a cadeira de transporte indicada para os RN e crianças até ao primeiro ano de vida, devendo ser usada até o mais tarde

possível, mesmo que os pés da criança saiam do limite da cadeirinha ou que as pernas fiquem dobradas. Esta deverá ser trocada apenas quando a cabeça da criança começa a ultrapassar o limite superior do sistema de retenção e/ou a criança começa a pesar mais de 13 kg.

A cadeirinha do automóvel deve apenas ser usada para o transporte no carro e não deve ser usada como berço ou cama.

5.4.2 Quedas

Quando os pais usarem a cadeirinha fora do carro, esta deve ser colocada sempre no chão e com os cintos sempre apertados.

Não deixar o bebé em cima de uma superfície alta, nem que seja apenas por um momento, pois a qualquer momento a criança aprende a virar-se. Por isso, os pais devem ser ensinados que antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho, devem ter tudo preparado antes.

As crianças não devem pegar em recém-nascidos sem a supervisão de um adulto.

5.4.3 Asfixia

- Não colocar fios nem pendurar chupetas;
- Não por almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro do berço do bebé;
- A cama deverá ser sólida, com um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama. Não deve ficar nenhum espaço entre o colchão e as grades.
- Deitar o bebé em decúbito dorsal, com os pés encostados ao fundo da cama e a roupa até aos ombros da mesma.

5.4.4 Queimaduras

Manter líquidos quentes, como água, café ou chá afastados da criança. Evitar pegar, transportar ou beber líquidos quentes com a criança ao colo.

Antes do banho, verificar sempre a temperatura da água. Deve-se colocar primeiro água fria e só depois a água quente.

Ao dar o biberão, verificar sempre a temperatura do leite, colocando uma gota de leite na região do pulso. Informar os pais que apesar o vidro estar morno, o leite pode estar a ferver e queimar a boca do bebé.

7. BIBLIOGRAFIA

Bizzotto, C., & Fonseca, C. (2020). Limpeza nasal: como fazer? *Recomendações. Atualização de Condutas em Pediatria*, vol.91, 3-5.

Associação Portuguesa de Massagem Infantil (2021). Benefícios do Programa do IAIM. Retirado de <http://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/>

Cohen, G. M., & Albertini, L. W. (2012). Colic. *Pediatrics in Review*, 33(7), 332–333. Doi: doi.org/10.1542/pir.33-7-332

Faure, M., & Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé. Compreender o mundo sensorial do bebé- A chave para uma criança feliz*. Lisboa: Livros horizonte.

Sarasu, J. M., Narang, M., & Shah, D. (2018). Infantile Colic: An Update. *Indian Pediatrics*, 55(11), 979–987. Doi:<https://doi.org/10.1007/s13312-018-1423-0>

Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Cuidados Cutâneos no Recém-nascido. *In Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Disponível em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf

Hockenberry & Wilson (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. *Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (pp.269-270). Loures: Lusociência.

APÊNDICE 8 - Panfleto dos Sinais de alerta de doença do RN e sinais que habitualmente não são de alerta



Sinais de alerta de doença do Recém-Nascido

Nos primeiros 28 dias de vida, o bebé passa por um conjunto de modificações rápidas e importantes para se adaptar à vida fora do útero da mãe. O seu sistema imunitário ainda é “imaturo”, o que o torna um ser mais frágil e vulnerável e com maior facilidade em ficar doente, por isso, os pais devem saber quais os sinais de alarme do recém-nascido. Se o bebé apresentar algum dos seguintes sinais deverá recorrer ao serviço de urgência:

- Temperatura superior a 38º C;
- Prostração, gemido ou irritabilidade;
- Recusa em alimentar-se;
- Vômitos ou fezes líquidas ou sanguinolentas;
- Convulsões;
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódoas negras de aparecimento súbito e agravamento progressivo;
- Palidez acentuada e tom acinzentado.





Sinais que habitualmente não são de alerta

Há um conjunto de diversas situações que podem facilmente ser confundidas com doença, mas que no entanto, apenas correspondem a alterações normais que ocorrem, e por isso, não se devem valorizar.

- É comum nos RN o aumento do volume das maminhas. Esta condição desaparece nos primeiros meses de vida sem necessidade de qualquer tratamento;
- Se vir uma secreção vaginal de cor branca ou sanguinolenta nas meninas, não se preocupe. É uma situação normal e desaparece em alguns dias.
- Os meninos têm a fimose fisiológica, ou seja o prepúcio cobre totalmente a glande, o que é norma. Esta pode se manter até aos 6-8 anos. Não faça retração do prepúcio, pois é uma manobra agressiva e prejudicial;
- A coloração amarela da pele do RN ou a icterícia é uma situação que geralmente não é grave, no entanto, se após a alta o bebé ficar muito amarelo abrangendo os membros inferiores, deverá contactar o médico.
- As cólicas do 1º trimestre ou choro vigoroso intermitente e inconsolável sem causa aparente, é uma situação comum que surge após a 3ª semana de vida e pode manter-se até ao 3º -4º mês.
- Os soluços e são frequentes na maioria dos bebés. Os soluços podem surgir no final da mamada, devido ao aumento do estômago após comer. Não necessita de fazer nada, pois eles cedem de forma espontânea;



Vilaca, S. & Ramos, M. (2020). O Recém-nascido. In A.L. Ramos & M.C. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 106-115). Lisboa: Lidel
Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019, outubro). Guia para pais. In SNS24. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>
DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-guia.aspx>

APÊNDICE 9 - Norma: de Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem



Internamento de Pediatria

Norma: Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem

Autor: Ana Isabel Freitas
Aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Junho 2021

Norma: Intervenção de Enfermagem no Pós-operatório da Cirurgia eletiva Amigdalectomia e Adenoidectomia na criança/Jovem

I – DEFINIÇÃO

A amigdalectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção da amígdala palatina, de forma total, ou seja a remoção completa da amígdala ou de forma parcial, que consiste na remoção parcial das amígdalas. Esta pode ser realizada de forma isolada ou associada com a realização de outros procedimentos cirúrgicos como a adenoidectomia, que consiste na remoção das adenoides, estruturas localizadas na parte posterior da cavidade nasal, local frequente de infeções em idade pediátrica e de obstrução nasal.

Atualmente, a amigdalectomia e a adenoidectomia constituem uma das intervenções cirúrgicas mais frequentes realizadas em crianças e adultos jovens. A realização de ambos os procedimentos em ambulatório tem sido prática crescente em Portugal, no entanto, visto que são procedimentos efetuados nas vias áreas e realizados maioritariamente em crianças, é importante o conhecimento das respetivas complicações pós-operatórias.

As complicações pós-operatórias de maior importância e frequência são a odinofagia intensa, náuseas ou vômitos, febre e hemorragia, sendo muitas vezes responsáveis por um prolongamento do tempo de internamento ou causa de nova admissão no hospital, representando um impacto social e económico negativo.

II – OBJETIVOS

- Contribuir para a recuperação e restabelecimento da criança/adolescente;
- Sistematizar e uniformizar intervenções e ensinamentos, de forma a garantir qualidade dos cuidados pós-operatórios às crianças/adolescentes submetidas a amigdalectomia e adenoidectomia;
- Controlar a dor;
- Promover a segurança e o conforto;
- Manter as funções respiratória, neurológica, cardiovascular e de eliminação;
- Identificar precocemente complicações no período pós-operatório decorrentes do ato anestésico e /ou cirúrgico.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A) – Quem executa?

- Os cuidados no período pós-operatório são da responsabilidade do enfermeiro, segundo a prescrição médica.

B) – Horário

De acordo com o horário de término da cirúrgica. Após contacto telefónico do enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), o enfermeiro do Internamento de Pediatria, deve deslocar-se até ao Bloco operatório para receber a criança/jovem.

C) – Orientações quanto à execução

- Preparar previamente a unidade da criança/adolescente antes da sua chegada do bloco operatório:
 - Verificar funcionalidade e disponibilidade dos dispositivos médicos necessários;
 - Providenciar bacia de vômito;
 - Gerir ambiente físico: promover um ambiente calmo e silencioso.
- Após contacto telefónico do enfermeiro da UCPA, receber a criança/jovem, na companhia do acompanhante, bem como toda a informação relacionada com o período intra-operatório;
- Transferir e acolher a criança/adolescente para a unidade do doente;
- Proceder a uma avaliação geral da criança/adolescente, a fim de despistar complicações;
- Avaliação dos parâmetros vitais;
- Avaliar a dor e controlar a dor, adotando medidas não farmacológicas e farmacológicas, segundo prescrição médica, a fim de manter a criança/adolescente o mais confortável possível;
- Salvo contra-indicações, criança/adolescente deverá iniciar dieta líquida fria o mais rápido possível, de modo a fazer o aporte adequado de nutrientes ao organismo e a restabelecer a função gastrointestinal;
- Restabelecer a mobilidade, assistindo o primeiro levante;
- Avaliar a função Renal;
- Prestar apoio emocional;
- Respeitar a privacidade da criança/adolescente;
- Realizar ensinamentos para a alta hospitalar.

IV – PROCEDIMENTO

Intervenções de Enfermagem	Justificação
1- Transferência e acolhimento da criança/Jovem	
1.1 Preparar previamente a unidade da criança/adolescente: <ul style="list-style-type: none">• Verificar se os dispositivos da unidade estão no local e a funcionar;	1.1 Evitar perder tempo.
1.2 Receber a informação do enfermeiro do BO;	1.2 Avaliar a situação pós-operatória do doente.
1.3 Acompanhar a criança/adolescente para a unidade;	
1.4 Acomodar a criança/adolescente na unidade:	
1.4.1 Vigiar permeabilidade do cateter venoso periférico, vigiar local de inserção do	1.4.1 Garantir acesso venoso periférico permeável e perfusões ao ritmo prescrito.

<p>cateter venoso periférico e vigiar perfusões e ritmos, se tiver;</p> <p>1.4.2 Manter criança/Adolescente aquecida;</p> <p>1.4.3 Gerir o ambiente físico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escurecer a enfermaria e diminuir o ruído; <p>1.4.4 Erguer as grades de proteção da cama.</p>	<p>1.4.2 Promover conforto e prevenir alterações da temperatura corporal.</p> <p>1.4.3 Promover o repouso.</p> <p>1.4.4 Promover a segurança e prevenir quedas.</p>
<p>2- Garantir uma função Respiratória e Cardiovascular adequada</p>	
<p>2.1 Vigiar coloração da pele e mucosas;</p> <p>2.2 Avaliar Sinais Vitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Respiração; • Avaliar FC e TA; • Avaliar saturação de oxigénio. <p>2.3 Vigiar perdas hemáticas.</p>	<p>2.1 Despistar estado de hipoxémia ou choque.</p> <p>2.2 O período pós-operatório imediato consiste num momento crítico, por isso é crucial uma avaliação cuidadosa da criança/jovem, de forma a manter as suas funções vitais dentro dos parâmetros normais até que os efeitos anestésicos desaparecem totalmente.</p> <p>É importante a sua avaliação de forma a despistar complicações do pós-operatório: choque hipovolémico, hemorragia, hipoxémia, hipertensão e garantir a estabilidade hemodinâmica.</p>
<p>3- Manter uma função neurológica adequada</p>	
<p>3.1 Vigiar nível de consciência</p> <p>3.2 Efetuar registos através da utilização da Escala de Glasgow Pediátrica</p>	<p>3.1 Vigiar alterações do estado da consciência e/ou complicações neurológicas.</p>
<p>4- Avaliar a dor e promover o conforto e o controlo da dor</p>	
<p>4.1 Promover um ambiente tranquilo, escurecido e com temperatura adequada;</p> <p>4.2 Monitorizar a dor, através da escala de dor adequada à idade da criança;</p> <p>4.3 Providenciar medidas não farmacológicas da dor</p> <p>4.4 Gerir analgesia;</p> <p>4.5 Humidificar a mucosa oral com espátula embebida em água nas primeiras horas, aquando a pausa alimentar;</p>	<p>4.1 Promover conforto e diminuir a ansiedade.</p> <p>4.2 A resposta à dor consiste num processo subjetivo, no entanto a dor representa o 5º sinal vital, devendo ser vista como uma prioridade e avaliada através de escalas de adaptadas à idade da criança.</p> <p>4.3 As medidas não farmacológicas de alívio da dor promovem o conforto, tanto físico como psicológico.</p> <p>4.4 A dor deve ser controlada, pelo que o enfermeiro deverá fazer a gestão da terapêutica analgésica conforme prescrição médica, na medida em que a sua realização permite o repouso, conforto e o restabelecimento de algumas funções, tal como a mobilidade.</p>

	4.5 Evitar o desconforto, mantendo a humidade da mucosas oral.
5- Garantir o equilíbrio nutricional	
5.1 Iniciar dieta líquida fria e fraccionada, o mais precocemente possível, sob indicação médica;	5.1 Após a pausa alimentar deverá iniciar dieta líquida fria de forma fraccionada, para evitar náuseas e vômitos.
5.2 Vigiar presença de náuseas e/ou vômitos e gerir terapêutica anti-hemética, consoante prescrição médica.	5.2 A náuseas e/ou vômitos podem ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas após a cirurgia, devido ao efeito da medicação administrada durante a anestesia.
6- Promover o restabelecimento do padrão normal de eliminação urinária	
6.1 Vigiar primeira micção espontânea;	6.1/6.2 A avaliação da função renal no pós-operatório é importante, na medida em que, ocorre uma estimulação da produção da hormona anti-diurética e da adosterona, podendo causar retenção hídrica e consequentemente diminuição do volume urinário.
6.2 Vigiar sinais e sintomas de retenção urinária; vigiar eliminação urinária.	
7- Restabelecer a mobilidade	
7.1 Executar e incentivar o levante precoce (nas primeiras 24 horas, se não existir contraindicação).	7.1 A imobilidade pode alterar o estado respiratório. Evitar complicações a nível da estase pulmonar, estase gástrica, entre outras.
8- Equilíbrio emocional	
8.1 Escutar a criança/jovem e pais, de forma a apoiar emocionalmente;	8.1 Dar espaço para permitir que os pais e criança/jovem expressem os seus medos e preocupações, encorajando-os a partilhar os seus temores.
8.2 Informar a criança/jovem e pais, de forma adaptada à idade da criança, todos os procedimentos que se executam;	
8.3 Proporcionar privacidade;	8.2 De forma a reduzir a ansiedade e preparar os pais e criança/jovem, retirando dúvidas sobre os procedimentos. É importante que a criança/jovem receba respostas sinceras às suas perguntas, dentro do possível, devendo conhecer o procedimento que vai ser realizado.
8.4 Ensinar sobre os cuidados no domicílio:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a ter pós cirurgia • Cuidados a ter com a alimentação • Alterações a fazer relativamente à rotina da criança/Adolescente em relação à sua atividade física • Gestão da medicação prescrita para domicílio • Sinais de alarme que requerem o recurso à urgência pediátrica ou dos quais deve avisar o médico; • Entrega do folheto informativo. 	8.4 Deve-se preparar a criança/jovem e família para a alta, confirmando se entenderam todas as informações e instruções acerca da dieta, atividade física, medicação, cuidados a ter após a cirurgia e quais os sinais de alarme que motivam o recurso à urgência pediátrica. Sempre que

	possível, deve-se ensinar as crianças a assumirem a responsabilidade pelo seu próprio cuidado pessoal, sob a supervisão de um adulto.
--	---

V- ENSINOS

Para o planeamento da alta deverão ser efetuados ensinamentos relativos aos cuidados a ter no domicílio após a realização de uma adenoidectomia e amigdalectomia. Desta forma, os conteúdos que devem ser abordados consistem nos seguintes:

- **Situações normais que poderão ocorrer após a realização da cirurgia:**

O tempo de recuperação após a cirurgia pode ser um pouco prolongado, podendo variar entre 10 a 12 dias em idade pediátrica, tendo tendência a ser mais demorada quanto maior for a idade da criança. Após a cirurgia podem ocorrer alterações normais, como:

- ✓ Halitose, que desaparece de forma espontânea no prazo de duas semanas;
- ✓ O surgimento de uma membrana esbranquiçada no local das amígdalas, que cai entre o 4º e o 8º dia após da intervenção cirúrgica;
- ✓ Odinofagia e otalgia, que pode durar entre 3 a 8 dias após a cirurgia.
- ✓ Dificuldade em deglutir e alteração no tom de voz;
- ✓ Saída de sangue em pequena quantidade pelo nariz ou na saliva é normal nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
- ✓ Presença de fezes escuras, devido ao sangue que é digerido.

- **Cuidados a ter após a cirurgia a nível de alimentação e atividade física/repouso:**

- ✓ Nas primeiras 24 horas após a cirurgia a criança/jovem deverá ingerir líquidos frios como por exemplo, água, chá frio, sumos de fruta não ácidos, iogurtes, gelados e gelatinas;
- ✓ Nos dias seguintes e até aos 8 dias após a cirurgia poderá iniciar alimentos moles, mornos ou frios, como caldos, purés, papas, pudins entre outros;
- ✓ Está contraindicado comer nas primeiras duas semanas alimentos com consistência mais dura e crocantes (pipocas, bolachas, tostas entre outros), alimentos ácidos e salgados;
- ✓ Evitar esforços físicos, ambientes quentes e contacto com pessoas doentes.

- **Controlo da dor e cumprimento da medicação prescrita:**

- ✓ A instrução pós-operatória relativa aos medicamentos, nomeadamente no manejo da dor, são uma parte crucial no ensino da adenoidectomia e amigdalectomia, pelo que os pais devem ser avaliados quanto às suas habilidades para calcular e medir correta-

mente os analgésicos de acordo com o peso da criança, bem como o horário a administrar;

- ✓ Incentivar os pais a administrar analgésicos, conforme a prescrição médica;
- ✓ Se antibioterapia, referir a dose, o horário e a importância do cumprimento da antibioterapia, conforme a prescrição médica.

- **Sinais de alarme:**

- ✓ Enfatizar a importância de uma vigilância médica contínua e recorrer ao serviço de urgência se aparecimento ou agravamento de sinais e sintomas: Febre alta; hemorragia contínua; vômitos frequentes ou hematêmese em grande quantidade; palidez; desidratação por dificuldade e/ou recusa alimentar e odinofagia e otalgia que não melhoram após uma ou duas semanas.

VI – REGISTOS

- Data e hora;
- Atualizar plano de cuidados: diagnósticos de Enfermagem, Intervenção de Enfermagem e resultados obtidos;
- Sinais vitais;
- Localização do cateter venoso periférico e presença de sinais inflamatório no local de inserção;
- Primeiro levante;
- Início da ingestão de alimentos líquidos frios e a tolerância alimentar;
- Primeira micção;
- Perdas hemorrágicas;
- Ensinos efetuados.

VII – BIBLIOGRAFIA

Alvo, A., Sauvalle, M., Sedano, C., & Gianini, R. (2016). Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76, 99–110.

Carvalho, C.M., Clodic, C., Rogez, F., Delahaye, L., & Marianowski, R. (2013). Adenoidectomía y amigdalectomía. *EMC - Cirugía General*, 13(1), 1–14. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/s1634-7080\(13\)64179-8](https://doi.org/10.1016/s1634-7080(13)64179-8)

Garijo, C., Poch, M.L., Negrete, R., Negrete, R. & Ramírez, R. (1998). *Guias Prácticas de Enfermagem: Pediatría*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

Engelke, Z., Schub, E., & Richards, S. (2017). Parent Teaching: Caring for children and Adolescents Underdoing Tonsillectomy. *Cinahl Information Systems*.

Rodrigues, J., Gomes, A., Gomes, P., Mexedo, A., & Fonseca, R. (2017). Amigdalectomia-avaliação de complicações pós-operatórias. *Acta Otorrinolaringológica Gallega*, 10(1), 80–90.

Messener, A. H. (2021). Tonsillectomy (with or without adenoidectomy) in children: Postoperative care and complications. *Update*.

APÊNDICE 10 - Folheto informativo “Amigdalectomia e Adenoidectomia”

MEDICAÇÃO



- Cumpra as indicações do seu médico;
- Se o médico prescrever antibiótico, deverá respeitar os horários e tomar a medicação até ao fim.

SINAIS DE ALARME



Deve informar o médico ou recorrer ao serviço de urgência pediátrica se a criança ou jovem apresentar algum dos seguintes sinais e/ou sintomas:

- Sonolência;
- Febre alta;
- Hemorragia;
- Vômitos frequentes ou vômitos de Sangue vivo em grande quantidade;
- Palidez;
- Desidratação por dificuldade e/ou recusa alimentar;
- Dor de garganta ou dor de ouvido que não melhora após uma ou duas semanas.

Em caso de dúvida contacte o seu médico
Ou
Saúde 24
(808 24 24 24)



Referências Bibliográficas:
Rivo A, Saualde M, Sedano C, & Gianni R (2016). Amigdalectomia y adenoidectomia: Conceptos generales y recomendaciones. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 75, 98-110.
Eggenli D, Schick S, & Richards S (2017). Parent Training: Caring for children and Adolescents Undergoing Tonsillectomy. *Child Information System*.
Rodrigues J, Gomes A, Gomes P, Melo A, & Fonseca R (2017). Amigdalectomia: avaliação de complicações pós-operatórias. *Acta Otorrinolaringológica*, 19(1), 59-70.
Messerer A, H. (2011). Tonsillectomy (with or without adenoidectomy) in children. *Postoperative care and complications*. Update.



Amigdalectomia e Adenoidectomia

Internamento de
Pediatria

O QUE É A AMIGDALECTOMIA E A ADENOIDECTOMIA?

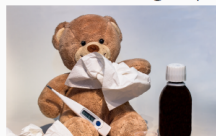
A amigdalectomia e a adenoidectomia são procedimentos cirúrgicos que consistem na remoção da amígdala, de forma total ou parcial e a remoção das adenoides, respetivamente. É um procedimento que pode durar cerca de 30 a 60 minutos, sendo realizada sob anestesia geral e através do auxílio de um instrumento introduzido pela boca, o qual extrai o tecido sem necessidade de realização de cortes.



O QUE PODE ACONTECER APÓS A CIRURGIA ?

O tempo de recuperação após a cirurgia pode ser um pouco prolongado, podendo variar entre 10 a 12 dias em idade pediátrica. Após a cirurgia podem ocorrer alterações que são normais, como:

- Hálito fétido, desaparece espontaneamente dentro de duas semanas;
- Pode surgir uma membrana esbranquiçada no local das amígdalas. Esta cai entre o 4º e o 8º dia após da intervenção cirúrgica;
- Dor de garganta e ouvido, que pode durar entre 3 a 8 dias após a cirurgia.
- Dificuldade em engolir;
- Alteração no tom de voz;
- Cuspir um pouco de sangue pelo nariz ou na saliva é normal nas primeiras 24 horas após a cirurgia;
- Fezes escuras, devido ao sangue que é engolido.



CUIDADOS A TER APÓS A CIRURGIA

- Evitar gargarejos, assoar-se com força e gritar durante 1 a 2 semanas após a intervenção cirúrgica;
- Evitar contato com pessoas doentes nas primeiras duas semanas;
- Não deve ser vacinado nos 30 dias seguintes à intervenção cirúrgica;
- Não usar palhinhas;



ALIMENTAÇÃO

- Nas **primeiras 24 horas** após a cirurgia deverá ingerir líquidos frios como por exemplo, água, chá frio, sumos de fruta não ácidos, iogurtes, gelados e gelatinas.
- **Nos dias seguintes e até aos 8 dias** após a cirurgia poderá iniciar alimentos moles, mornos ou frios, como caldos, purés, papas, pudins entre outros.



O que Não comer?

Nas primeiras duas semanas deve evitar alimentos com consistência mais dura e crocantes (pipocas, bolachas, tostas entre outros), alimentos ácidos e salgados.

APÊNDICE 11 - Artigo Científico de Revisão Sistemática da Literatura: “Vivências dos pais no cuidado ao recém-nascido prematuro para a alta hospitalar – revisão sistemática da literatura”

VIVÊNCIAS DOS PAIS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO PARA A ALTA HOSPITALAR – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Isabel Roque Freitas ⁽¹⁾ Maria Margarida Cândido Boavida Malcata ⁽²⁾

⁽¹⁾ Enfermeira no Hospital Particular do Algarve - Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Aluna do Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Beja

⁽²⁾ Mestre em Ecologia Humana e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

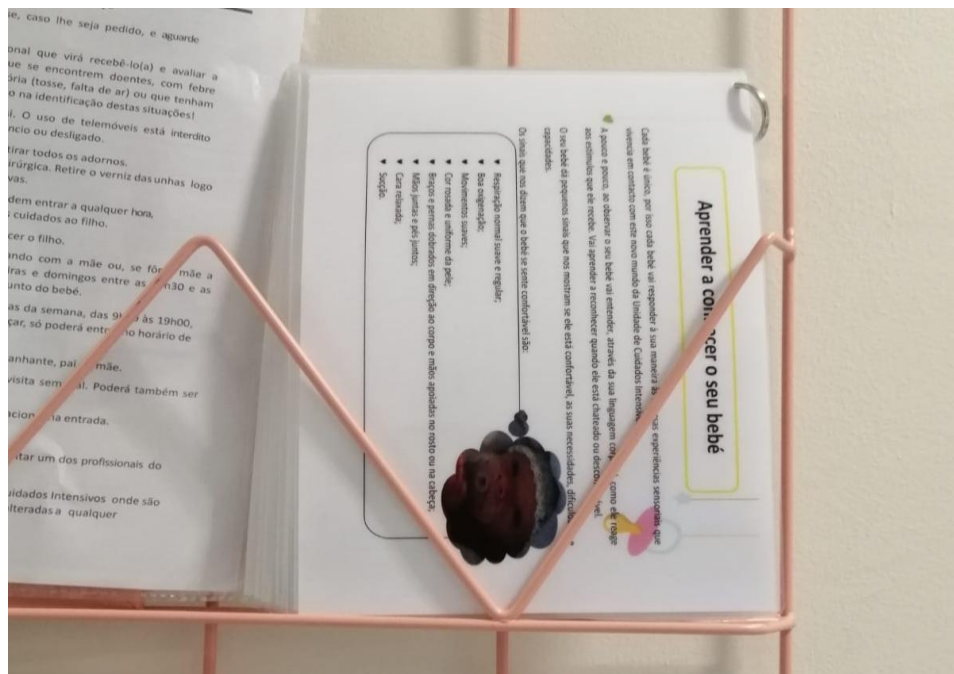
RESUMO

A experiência do nascimento de Recém-nascido prematuro é marcante para a toda a família, exigindo dos enfermeiros a implementação de intervenções que ajudem os pais a se reorganizar a vários níveis. A alta hospitalar é um processo cheio de desafios, mas muito esperado pelos pais. **Objetivos:** Pretende-se identificar na literatura as vivências dos pais no cuidado ao RN prematuro no processo para a alta hospitalar. **Métodos:** Através da pesquisa em base de dados durante junho de 2021 foi realizada a presente revisão sistemática da literatura, sendo selecionados um total de 5 artigos. **Resultados:** Com a análise dos artigos constatou-se que os pais sentem-se assustados com o nascimento de um bebé prematuro. O momento da alta é sentida com alegria e excitação, mas ao mesmo tempo com medos e preocupações. Existem fatores que facilitam o processo da alta e outros que dificultam. **Conclusões:** O nascimento do bebé prematuro e o momento da sua alta estão ligados a um

conjunto de emoções e sentimentos contraditórios e diversas preocupações e dificuldades, nos quais o papel de intervenção do enfermeiro é crucial.

Palavras-chave – Pais, Alta hospitalar, Recém-nascido prematuro

APÊNDICE 12 - Fotografias dos Cartões na sala dos pais do SMINP



APÊNDICE 13 - Questionário de Avaliação da apresentação da norma "Ensino Parental- Guia de ensinos no período neonatal no SAPP"

Avaliação da Apresentação da Norma "Ensino Parental Guia de ensinos no período neonatal no SAPP"

O presente questionário destina-se a auscultar a sua opinião, enquanto enfermeiros relativamente à apresentação da norma sobre "Ensino Parental Guia de ensinos no período neonatal no SAPP". Solicito que responda às questões selecionando uma das opções.

1. O tema da norma é pertinente para o exercício da sua prática da profissional?

Sim

Não

2. Os conteúdos abordados na norma foram apresentados de um forma clara?

Sim

Não

3. A linguagem utilizada foi clara e perceptível?

Sim

Não

4. A duração da apresentação da norma foi adequada?

Sim

Não

5. O método de apresentação da norma foi adequada?

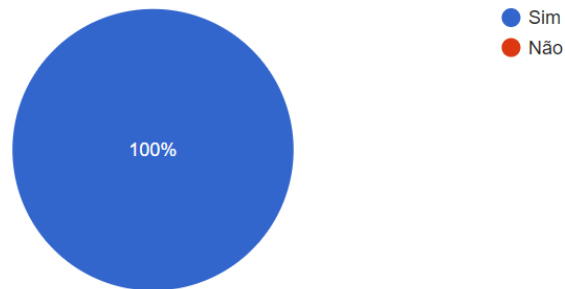
Sim

Não

APÊNDICE 14 - Resultados da avaliação da apresentação da norma “Ensino Parental- Guia de ensinamentos no período neonatal no SAPP”

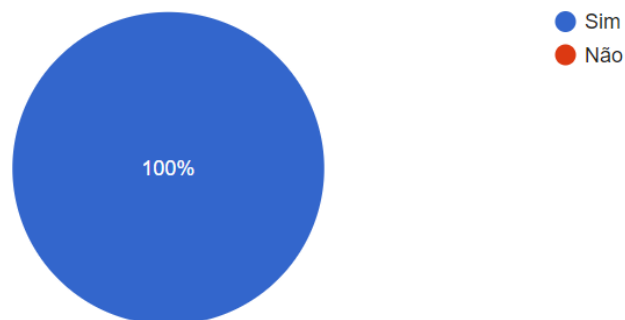
1. O tema da norma é pertinente para o exercício da sua prática da profissional?

6 respostas



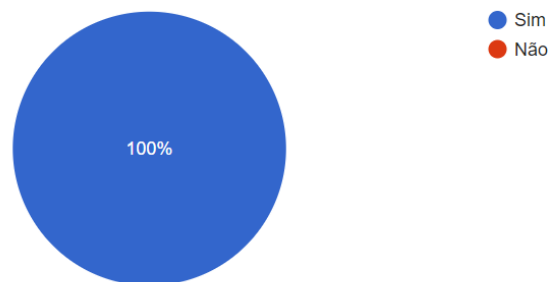
2. Os conteúdos abordados na norma foram apresentados de uma forma clara?

6 respostas



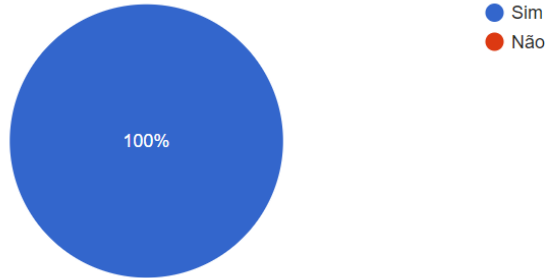
3. A linguagem utilizada foi clara e perceptível?

6 respostas



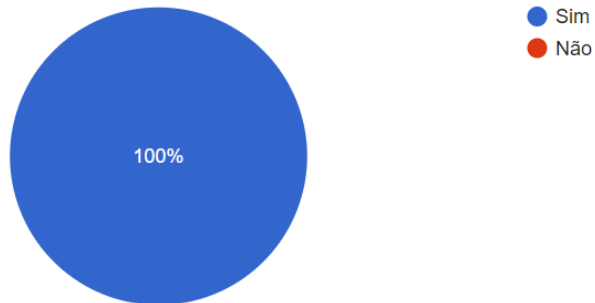
3. A linguagem utilizada foi clara e perceptível?

6 respostas



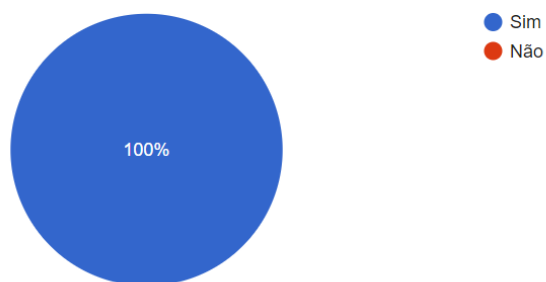
4. A duração da apresentação da norma foi adequada?

6 respostas



5. O método de apresentação da norma foi adequada?

6 respostas



APÊNDICE 15 - Fotografia do projeto de celebração do Dia Mundial da Higiene das Mãos

