

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

**O Cuidar Holístico na Promoção do Desenvolvimento
do Recém-nascido, Criança e Jovem Integrado no
Modelo de Enfermagem de Betty Neuman**

Ana Rita Pinheiro de Sousa Figueira

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

**O Cuidar Holístico na Promoção do Desenvolvimento
do Recém-nascido, Criança e Jovem Integrado no
Modelo de Enfermagem de Betty Neuman**

Ana Rita Pinheiro de Sousa Figueira

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Each of us has only one brain for life – all experience matters.”

Meyer, 2006

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar quero agradecer à minha Mãe, pela intensidade do seu amor e afeto e pela influência com que as nossas vivências perduram em mim. Ao meu pai que me observa sempre com um sorriso de orgulho, ajuda-me a estar atenta aos pormenores e a tornar-me uma pessoa melhor. Ao Mário Correia por ter estado sempre comigo.

À Professora Doutora Paula Diogo pela disponibilidade dedicada, pela motivação transmitida e incansáveis inquirições e sugestões desde o primeiro momento.

Às Crianças e Famílias por colorirem o meu Mundo.

Aos professores e colaboradores do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela partilha de conhecimentos científicos que permitiram (re)definir os meus objetivos profissionais.

Às minhas colegas Filipa Frade, Patricia Lourenço e Ana Sofia Lopes pelo companheirismo durante o curso, e às minhas amigas Cláudia Caetano e Vanessa Lages pelo sorriso de todos os dias.

E por último e não menos importante, à minha avó e à minha tia materna, Maria de Lurdes Pinheiro, por terem assumido o legado de me transmitirem a incessável procura da necessidade da excelência.

LISTA DE ABREVIATURAS

APIB – *Assesment of Preterm Infants' Behavior*

ARS – Administração Regional de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EPE – Entidade Pública Empresarial.

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MEEESIP – Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

NBAS – *The Neonatal Behavioral Assessment Scale,*

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCV – Registo Centralizado de Vacinas

SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire* – Questionário de Capacidades e Dificuldades

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

RESUMO

A sobrevivência de recém-nascidos prematuros, ou com outras patologias específicas, tem aumentado consideravelmente devido aos novos empreendimentos tecnológicos, sendo necessário competências que capacitem os enfermeiros envolvidos no cuidar, desde a concepção e durante o desenvolvimento infantil e juvenil, permitindo uma tomada de decisão que envolva a ciência e a tecnologia, vinculando-a com os valores éticos e humanos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) deve conhecer as mudanças universais e os padrões individuais, visando “(...) a promoção das competências da criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos a maximização e potenciação da saúde.” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EEESCJ, 2011), direcionando-se para a Promoção da Saúde, utilizando estratégias de orientação antecipatória às famílias, maximizando o potencial do desenvolvimento infantil. Visando estes pressupostos, a finalidade deste percurso formativo é desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem, numa perspectiva holística relacionada com o processo saúde-doença. Os resultados obtidos durante o percurso de aquisição de competências prendeu-se com uma metodologia de reflexão-na-ação segundo Schön (1983) permitindo atingir os objetivos específicos, pois identificaram-se intervenções de enfermagem no âmbito da promoção do processo de saúde-doença adquirindo o conhecimento das alterações reais e/ou potenciais no desenvolvimento do cliente pediátrico ao longo das atividades em contexto de locais de estágio – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Neonatologia.

A adoção de referenciais teóricos – Modelo Conceptual de Sistemas de Betty Neuman integrado numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família, permitiu clarificar a observação e análise do real delimitando a conceptualização do processo de desenvolvimento infantil neste percurso; integrando, personalizando e humanizando os cuidados ao cliente pediátrico, e por conseguinte, a organização das atividades autónomas e transdisciplinares que permitam a uniformização da linguagem, a valorização do papel da enfermeira e o desenvolvimento da identidade profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Cliente pediátrico, Competências do Enfermeiro Especialista, Cuidar Holístico, Promoção do Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

The survival of premature newly born babies, or with other specific pathologies, have been increasing considerably due to new technological developments, being necessary to improve skills that enable the nurses involved in the care, since the conception and during child development and youth, allowing a decision making that reconciles science and technology, linking it with ethic and human values.

Nurse Health Specialist Child and Youth should know the universal changes and individual patterns, aiming “(...) the promotion of child/young person skills, emerging to this level as empirical axioms of health maximization and potentiation.” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EESCJ, 2011), focusing on health promotion, using strategies of anticipating orientation to families, maximizing the potential of child’s development. Looking to these assumptions, the goal of this specialization is to mature skills at the level of nursing intervention promoting newly born babies development, child and young person, in a holistic perspective related to the health-disease process.

The results found during this course linked to a methodology of reflection-in-action according to Schön (1983) allowed to obtain specific goals, because it was identified nurse intervention in the ambit of promotion in health-disease process gaining the knowledge of real changes and/or potentials developments in pediatric client along the internship activities – Personalized Health Care Units, Pediatric Urgency, Pediatric Internment and Neonatology Unit.

The adoption of theoretical frameworks – Betty Neuman Conceptual Model of Systems integrated in a Family Centered Care Philosophy, allowed to clarify the observation and real analysis delimiting the conceptualization of child development process in this course; integrating, personalizing and humanizing the care to the pediatric client; and therefore, the organization of autonomous and transdisciplinary activities that allow the standardization of language, nurse’s role valorization and development of professional identity.

KEYWORDS: Pediatric Client, Nurse Specialist Competencies, Holistic Care, Child Development Promotion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. Revisão Crítica da Literatura: Definição dos Conceitos Centrais	14
1.2. Breve Análise Teórica do Cuidar em Enfermagem Pediátrica	17
1.3. Análise Conceptual do Cuidar em Enfermagem Pediátrica: O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	19
2. METODOLOGIA	22
2.1. Problema e Objeto de Estudo	22
2.2. Método de Trabalho	23
3. PERCURSO DE ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM	25
3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	26
3.1.1. Caracterização do local de estágio	27
3.1.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos	28
3.1.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas	29
3.2. Urgência Pediátrica Hospitalar	36
3.2.1. Caracterização do local de estágio:	37
3.2.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos	38
3.2.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas	39
3.3. Internamento de Pediatria	43
3.3.1. Caracterização do local de estágio:	44
3.3.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos	44
3.3.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas	45
3.4. Unidade de Neonatologia	50
3.4.1. Caracterização do local de estágio:	50
3.4.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos	51
3.4.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas	52
3.5. Atividades comuns aos Locais de Estágio	58
CONCLUSÃO	59
4.1. Considerações Éticas	59

4.2. Perspetiva Futura	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68
Anexo I. Modelo Concetual de Enfermagem de Betty Neuman	69
Anexo II. Regulamento n.º104/1998: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	71
Anexo III. Regulamento n.º123/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	78
APÊNDICES	82
Apêndice I. Cronograma	83
Apêndice II. Guia Orientador das Atividades de Estágio	85
Apêndice III. Projeto de Saúde Escolar 2014-2017: Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) – adaptado para a população portuguesa	105
Apêndice IV. Momento Reflexivo II: Qual o Papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil no Bloco de Partos?	125
Apêndice V. Momento reflexivo III: Um parecer sobre a vacinação – Quais os fatores associados ao Não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	130
Apêndice VI. Procedimento Setorial: Armazenamento e Rotina de Higienização dos Brinquedos	135
Apêndice VII. Orientações aos Pais sobre as Atividades Lúdicas no Hospital	144
Apêndice VIII. Poster A3: A Árvore dos Brinquedos – Acolhimento no Hospital e Brincadeira	146
Apêndice IX. Momento Reflexivo VII: Gravidez na Adolescência	148
Apêndice X. O Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização em Crianças dos 3 aos 12 Anos	152
Apêndice XI. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada	167
Apêndice XII. Protocolo de Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento	170
Apêndice XIII. Reformulação da Escala de Auto-avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido	177
Apêndice XIV. Mapa Conceptual da Área Temática segundo o Modelo de Betty Neuman	191

INTRODUÇÃO

O documento apresentado é o produto de um complexo percurso de estágio que pretende enunciar a conceção de um processo de aprendizagem – o Relatório do Estágio; este foi concretizado no decorrer do 1º semestre do 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MEEESIP), no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, sob orientação da Professora Doutora Paula Diogo.

O Relatório de Estágio integra o desenvolvimento do projeto elaborado *a priori* na Unidade Curricular Opção II, e as experiências vivenciadas nos diferentes locais de estágio, tendo como finalidade demonstrar o “(...) [desenvolvimento de] competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família”¹, permitindo a aquisição e o desenvolvimento das três Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ)², a um nível de “iniciado”³.

De acordo com o proposto no programa da Unidade Curricular Relatório de Estágio, as experiências de estágio decorreram nos seguintes contextos: a) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; b) Urgência Pediátrica de um de Centro Hospitalar de Lisboa; c) Internamento de Pediatria de um Hospital de uma Entidade Pública Empresarial (EPE), na região de Lisboa; d) Unidade de Neonatologia de um Centro Hospitalar na região do Porto e de um Hospital Privado na região de Lisboa.

Optei por uma temática no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria, que fosse significativa para mim, que interferisse com a minha conceção pessoal de como deveria ser a realidade, um tema que “integra a teoria e a prática, sendo operacionalizável no real e estando ligado [à minha experiência]” (Castro e Ricardo, 1994). O tema escolhido classifico-o como oportuno e atual, permitindo o envolvimento empreendedor e criativo

¹ Adaptado do Programa da Unidade Curricular Estágio com Relatório, 5º Curso de Mestrado em enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

² Conforme o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010), em Anexo II.

³ Segundo o modelo de aquisição de competências Dreyfus, adaptado à prática de enfermagem, por Patrícia Benner (Benner, 2001).

– “Promoção do Desenvolvimento do Recém-nascido, Criança e Jovem”. Esta temática está indissociavelmente ligada à formação empírica e às experiências que vou acolhendo no exercício da minha profissão em contexto de Neonatologia e de Obstetrícia. Esse foi o início de um percurso que envolveu mudanças significativas e alterações profundas tanto no campo do pensamento crítico como na conduta ética a adotar, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista da Saúde da Criança e Jovem (EEEEESCJ), cumprindo a finalidade delineada: **desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem, numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença.**

Da experiência diária do cuidar emergem novas situações que exigem adaptabilidade, direcionando-me ao ser pessoa ao longo do seu ciclo vital, abrangendo as múltiplas dimensões da pessoa – biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, podendo-se encontrar no estado de equilíbrio/desequilíbrio no decorrer do processo Saúde-Doença. A prática profissional moderna surge com Florence Nightingale (1820-1910)⁴ no início do século XIX, que estabelece as diretrizes e determina o rumo para a enfermagem moderna enfatizando uma cultura de prática reflexiva, deixando-nos como herança a conceptualização de Enfermagem como arte e ciência. Assim, conhecer as alterações reais ou potenciais no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem constitui a problemática abordada neste relatório, que pretende expor o meu percurso de formação na identificação e análise dos stressores implícitos e consequentemente a promoção do desenvolvimento harmonioso desde a concepção até ao jovem, de uma forma holística, sistemática e consciente da sua importância em todos os contextos de locais de estágio. Pretendi de igual forma aprofundar o meu Raciocínio Clínico em Enfermagem, segundo autores como Tanner (2006), Corrallo & Cruz, (2010) Lasater (2011), compreendendo os fatores que o afetam na complexidade inerente a uma situação de Cuidados e o Contexto que a envolve, refletindo e revendo-me através deste Relatório de Estágio.

Conceptualizar o processo de desenvolvimento infantil necessita da adoção de referenciais teóricos de forma a definir com rigor os diagnósticos de enfermagem para que se possa delimitar intervenções de enfermagem a adotar e identificar estratégias de

⁴ Em “Notes on Nursing: What It Is, And What It is Not” (1859).

enfermagem no âmbito da promoção do processo de saúde-doença. Assim, para a compreensão da problemática adotou-se o Modelo Conceptual de Sistemas de Betty Neuman integrado numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

A Metodologia utilizada é a reflexão-na-ação segundo Schön (1983), que traduz o processo de aprendizagem a partir da observação da realidade, da teorização sobre as práticas, e da análise e interpretação das vivências de situações oportunas e específicas do processo saúde-doença nos diferentes locais de estágio. Esta reflexão sobre a prática permite dar relevância ao meu percurso formativo e à minha práxis profissional, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico. Vem assim permitir perspetivar a continuidade e consolidar a importância do cuidar e das intervenções de enfermagem que presto durante a minha práxis profissional, sendo que as competências que vou adquirir, num processo dinâmico, reflexivo e adaptativo, vão-me permitir integrar conhecimento da prática avançada, com o intuito de desenvolver uma postura autónoma, responsável, criativa e participante no processo de ensino-aprendizagem que me foi facilitado, aplicando o saber ser, o saber estar e o saber fazer às diversidades e adversidades dos diferentes contextos.

Ao nível das competências definidas por Benner (2001) classifico-me num estado de enfermeiro “competente”⁵, com o intuito de através do percurso de estágios, ir de encontro aos dois grandes objetivos delineados – a) compreender as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença e b) desenvolver competência na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido, jovem e criança numa perspetiva holística em situações específicas de saúde; e adquirir e desenvolver as três competências específicas do EEEESCJ, a um nível de “Iniciado”⁶, incorporando novas descobertas na minha práxis colaborando “na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional”. (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010).

Por fim, o Relatório de Estágio encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo procurei conceptualizar e entrosar o conceito de Desenvolvimento do

⁵ Segundo o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado à prática de enfermagem por Patricia Benner (2001).

⁶ De acordo com o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner (Benner, 2001).

recém-nascido, criança e jovem e Promoção da Saúde, confrontando-me com a História, e analisando a realidade, para assim identificar e valorizar quais as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do cliente pediátrico numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença, sendo este o objeto de estudo deste relatório que advém do problema identificado no segundo capítulo. De seguida, no terceiro capítulo descreve-se reflexivamente as atividades realizadas entrosadas com as unidades de competência que atingi nos diferentes contextos de estágio, fundamentando-as, permitindo a estruturação e evidência do percurso de desenvolvimento de competências; e nos dois últimos capítulos aborda-se conclusão a partir de duas perspetivas: as considerações éticas e a perspetiva de futuro.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Revisão Crítica da Literatura: Definição dos Conceitos Centrais

Tal como refere Neto (2010), até ao século XVIII da nossa História, era prática comum nas famílias casos de aborto, infanticídio, rejeição ou abandono. A taxa de mortalidade infantil, sobretudo a mortalidade precoce, permaneciam elevadas em qualquer idade, era esperado que as crianças nascidas prematuramente ou com malformações morressem sendo que a sua sobrevivência era sugerida como um processo de seleção natural. Bloch *et al.* (2006) descreve que na segunda metade do século XVIII, a criança e o estatuto de ser mãe começam a ser valorizados por influentes da arte que abordam o tema da felicidade e da representação da morte como uma nova visão do novo século, no entanto, pouco se fez a seu favor.

A sobrevivência infantil foi assim uma das questões prementes do século XX, sendo que a mortalidade infantil manteve-se como indicador de saúde específico, que tem vindo a diminuir na Europa e paralelamente em Portugal sendo que “a evolução da saúde infantil é uma história de sucesso, resultado da melhoria das condições socioeconómicas, das reformas e intervenções específicas na saúde” (Machado *et al.*, 2011, p. 195). No entanto, “[esta] sustentabilidade requer monitorização através dos indicadores do PNS que define, como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida.” (Machado *et al.*, 2011, p.195).

A sobrevivência de recém-nascidos prematuros, ou com outras patologias específicas têm aumentado consideravelmente, devido aos novos empreendimentos tecnológicos utilizados nas unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais, no entanto a aplicação humana é que determina os potenciais riscos e benefícios da sua utilização, sendo necessário o desenvolvimento de competências que qualifiquem os enfermeiros envolvidos no cuidar desde a conceção, permitindo uma tomada de decisão que envolva a ciência e a tecnologia, vinculando-a com os valores éticos. Como tal, a “saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente (...) é determinante. (...) a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços” (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2005), além de que a estimulação parental também é um enorme contributo para o desenvolvimento de uma vida.

O crescente aumento da sobrevivência infantil enfatizou o processo de desenvolvimento, no entanto o crescente interesse por este tema é também devido ao reconhecimento de que a prevenção de problemas e/ou patologias associadas neste período exerce mudanças relativamente duradouras na constituição do ser pessoa, abrevia Carvalho (2012).

A concetualização do conceito de desenvolvimento é complexo, sendo que este processo acoplado ao crescimento segue uma sequência determinada e organizada influenciando-se e sendo influenciados, uma vez que a sua análise varia de referencial teórico do desenvolvimento humano – perspectivas e concepções do desenvolvimento sócio-afetivo (Bowlby), psicosssexual (Freud), cognitivo (Piaget) e/ou psicossocial (Erikson), que se queira abordar. O desenvolvimento transcorre em determinados períodos do crescimento e ocorre por sequência de etapas específicas salientando-se as características mais significativas do desenvolvimento humano por etapas do ciclo de vida – a vida intrauterina e o estabelecimento de relação/vinculação mãe/recém-nascido no período pré-natal e neonatal e importância dessa relação precoce no desenvolvimento e na experiência de paternidade e maternidade; a interação mãe/filho integrada no fenómeno de vinculação e sua importância no decorrer da infância; a evolução da estrutura cognitiva e psicológica integrada nos estádios de desenvolvimento ao longo da idade pré-escolar e escolar e a importância do contexto social e das relações interpessoais no desenvolvimento da identidade no pré-adolescente e adolescente.

Independentemente dessas mudanças características que ocorrem, que parecem ser universais, é importante salientar que cada criança tem o seu próprio padrão de desenvolvimento. Assim, essas características individuais que marcam o desenvolvimento infantil e juvenil iniciam-se desde a concepção, e envolve uma abordagem multiconcetual: “Crescimento físico, maturação neurológica, construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança” (Carvalho, 2012), permitindo ao recém-nascido, criança e jovem desenvolver capacidades e adquirir competências que respondam às suas necessidades e às do contexto onde se inserem. No entanto, quando há perturbações do desenvolvimento, estas compreendem um quadro abrangente de perturbações com características, intensidades e naturezas específicas, “apesar do comportamento se poder alterar com o tempo, são perturbações crónicas, no sentido em que comprometem todo o desenvolvimento ao longo da vida, criando ou acentuando dificuldades na adaptação a

diversos contextos e/ou situações” (Carvalho, 2013). O EEESCJ no processo de desenvolvimento humano deve considerar esses fatores na dimensão holística, visando o desenvolvimento adequado do recém-nascido, da criança e do jovem, tendo por “finalidade a promoção das competências da criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos a maximização e potenciação da saúde.” (Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EEESCJ, 2011).

Este sentido de maximização e potenciação da saúde direciona-nos para a Promoção da Saúde e, conseqüentemente, para a Carta de Ottawa (1986) que “ainda permanece como peça central de direcionamento das estratégias de promoção à saúde” (Heidmann *et al.*, 2006) orientando as diversas conferências internacionais⁷ nas estratégias de alcance de plena saúde, dando maior enfoque à dimensão social e ao conceito de *empowerment*, permitindo uma nova concepção de promoção da saúde não centrada na doença. Heidmann *et al.* (2006) citando OMS (1986) define o conceito de promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. (...). Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.”. As cinco estratégias segundo Heidmann *et al.* (2006) de educação de saúde integra: o desenvolvimento de uma política pública saudável, o reforço da ação comunitária, a utilização das habilidades e conhecimentos de cada pessoa, um ambiente saudável e a reorientação do serviço de saúde.

Atualmente, de acordo com Heidmann *et al.* (2006) a promoção da saúde pode constituir-se em dois grandes grupos: em detrimento de uma perspectiva individualista, comportamental de adoção de estilos de vida saudáveis em que o foco era a prevenção; e priorizar-se os contextos políticos, sociais e económicos em que se destaca o reforço às estratégias delineadas na Carta de Ottawa, impulsionando a compreensão da saúde como resultante das condições de vida e da qualidade de vida.

A enfermagem emerge como resultado do pensamento crítico e da metodologia de investigação desenvolvida durante a prática clínica. Assim, compete ao enfermeiro conhecer e valorizar experiências e vivências inerentes ao conceito pessoa como ser holístico; e construir uma parceria de cuidados, que é única, e que garanta uma

⁷ Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que decorrem em diferentes países sendo as principais: Adelaide 1988, Sundsväl 1991, Santa Fé de Bogotá 1992, Port of Spain 1993, Canadá 1996 Jacarta 1997, Rede de Megapaíses 1998, México 2000, Bangucoque 2005.

continuidade de cuidados. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EEEESCJ (2011) torna clara algumas esferas de ação do Enfermeiro Especialista nesta área, sendo que um dos focos de intervenção é a “(...) a promoção e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (...)”.

1.2. Breve Análise Teórica do Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Cuidar existe desde o início da humanidade. É desde sempre considerada como uma atividade inata, que dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a viver. Collière (1989) refere que “(...) durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão”.

Ao longo dos tempos o cuidar foi associado ao género feminino. A prestação de cuidados era vista como uma ocupação da mulher de manter e sustentar a vida do ser humano: “(...) cuidados com o corpo, alimentação, ajuda no parto, cuidados às crianças, ajuda aos velhos e cuidados aos doentes” (Ribeiro, 2005). Segundo Collière (1989), traduzir-se-ia de alguma forma numa obrigação moral da mulher no seio das famílias e comunidades, atribuindo-lhe um sentido de moral ou dever que tem acompanhado a história da humanidade e concomitantemente da enfermagem. O cuidar era considerado essencial para assegurar a vida e evitar a morte.

Nos finais do século XIX, Florence Nightingale determina o rumo da enfermagem, pois “(...) representa o fim da atividade de enfermagem empírica e exclusivamente vocacional. A ela se deve a profissionalização da enfermagem (...) organização da profissão, a educação formal das enfermeiras.” (Cruz *et al.*, 2005). Para a atualidade, Florence Nightingale, deixa-nos como herança a conceptualização de Enfermagem como arte e ciência, sendo “A” profissão do Cuidar legalmente reconhecida e definida.

A enfermagem é a arte do cuidar mas também uma ciência que sustenta a sua prática nos cuidados prestados à pessoa como num “(...) modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003), em que o todo não pode ser dissociado em partes. Cuidar representa o encontro e acompanhamento entre o cliente e o enfermeiro; a pessoa cuidada e o cuidador. Hesbeen

(1999), refere que este encontro é realizado numa perspetiva de tomar cuidado, dar atenção particular à pessoa no sentido de a ajudar e de contribuir para o seu bem-estar no seu processo de saúde-doença. Watson (2002) reforça esta ideia identificando o conceito de relação do cuidar, descrevendo-o como “(...) uma união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade”.

Da experiência diária do cuidar emergem novas situações que exigem adaptabilidade por parte da equipa de enfermagem, centrando-se na relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa e/ou família/comunidade. Abreu (2004), refere que o cuidar tem como suporte a relação de ajuda. Já Oliveira e Lopes (2010) caracterizam esta relação do cuidar como intersubjetiva que “(...) privilegia o envolvimento e a participação plena das pessoas intervenientes (enfermeira e cliente) envolvendo um quadro de valores, crenças e desejos, na construção mútua de cada momento de cuidar (...)” contudo, durante a negociação do cuidar, nem sempre se consegue um entendimento mútuo, por vezes, por maior que seja o esforço de ambas as partes. No âmbito do exercício profissional a finalidade é alcançar “a proteção e a preservação da humanidade da pessoa, ajudando a restaurar a harmonia interior e o potencial de restabelecimento” (Watson, 2002). No entanto, nesta construção de relação que se pretende ser de confiança, existem sentimentos e emoções que são despoletadas ao longo da mesma, e que poderão influenciar os cuidados prestados determinando a forma como se cuida. Assim, de acordo com Collière (1999) “(...) cuidar é aprender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: [cliente e enfermeiro] (...); leva as enfermeiras a querer refletir sobre as emoções e as atitudes que acompanham os cuidados”; segundo Watson (2002) “(...) envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, ações carinhosas e as suas competências”.

Assim, Oliveira e Lopes (2010), citando Levinas (1989) reconhece a relação da tríade – cliente pediátrico/família/profissionais sob o prisma do Princípio da Intersubjetividade, em que admite a coexistência de partes/subjetividades distintas, quem cuida e quem é cuidado. Sendo que as dimensões da solidariedade, do amor, da compaixão, da comunhão e da espiritualidade, entre outras, estão compreendidas no cuidado, quer se analise a posição dos pais, quer se analise a dos profissionais de saúde. A qualidade dos cuidados deve estar inerente à humanização dos cuidados sendo tão importante a relação entre a tríade como também a interação destes com o ambiente. A defesa da integridade do cliente pediátrico insere-se no respeito pela individualidade,

dignidade e pelos direitos humanos, sendo que, “este cliente não procura só a tecnologia e/ou a competência técnica, mas também e sobretudo o lado humano, amigo e empático, do técnico de saúde.” (Mezono, 2001). Carvalho (1996) reforça esta ideia e refere que “no cuidar, o Enfermeiro respeita a individualidade do seu cliente, tendo sempre presente a complexidade do ser humano”.

1.3. Análise Conceptual do Cuidar em Enfermagem Pediátrica: O Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A conceptualização do fenómeno de desenvolvimento infantil necessita da adoção de referenciais teóricos de forma a definir com rigor a planificação dos cuidados, permitindo validar a construção do pensamento em enfermagem e consequentemente o avanço da disciplina. Um Modelo conceptual de enfermagem constitui um elemento fundamental da planificação dos cuidados de enfermagem. Simões e Simões (2007) constataam que existe uma “não utilização ou uma utilização deturpada, dos modelos de cuidados de enfermagem adotados pelas instituições”. Uma perspetiva real face à minha realidade profissional em contexto de Neonatologia de um Hospital privado na região de Lisboa, uma vez que não é evidente o modelo conceptual de enfermagem utilizado. De acordo com Silva (2006) é essencial “saber se no contexto das práticas, o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros – que lhes define o objeto e o âmbito da tomada de decisão – é concordante com os modelos conceptuais definidores da própria disciplina (...)”.

Para fundamentar este relatório proponho um sistema de planificação de cuidados que considera o Ser pessoa nas dimensões física, cognitiva, afetiva, social, espiritual e ambiental, convergindo com a conceptualização do conceito de desenvolvimento que visa o crescimento não apenas físico, mas a maturação cognitiva, afetiva, social, espiritual, tornando o cliente competente na resposta às necessidades de interação no seu meio e ambiente, coexistindo. Assim, à luz do Modelo Conceptual de Sistemas de Betty Neuman é abordada a temática “Promoção do Desenvolvimento no Recém-nascido, Criança e Jovem”, que baseada na teoria de Gestalt, “descreve a homeostase como o processo através da qual o organismo mantém o seu equilíbrio e, consequentemente, a sua saúde, sob condições diversas” (Alligood & Tamey, 2004), a saúde reflete um contínuo bem-estar. Os conhecimentos necessários para reforçar o

Modelo são extraídos das teorias: psicológicas, cognitivas, fisiológicas, socioculturais e do desenvolvimento (Neuman & Young, 1972).

Defende-se que o processo para se satisfazer as necessidades é a adaptação que tende a ser abrangente, dinâmica e contínua, dada à existência de múltiplas dimensões da pessoa – biológico, psicológico, social, cultural e espiritual. A pessoa é representada assim como um sistema aberto, constituída por um centro, e rodeada por fatores básicos de sobrevivência comuns ao ser pessoa. Neuman descreve ainda contornos hipotéticos à luz da definição dos metaparadigmas: linha normal de defesa, linha flexível de defesa, e linhas de resistência representadas no diagrama representativo do Modelo de Betty Neuman (Anexo I) que compreende os stressores, que podem ser conhecidos, desconhecidos ou universais, não estando claramente diferenciados. O comportamento do sistema pessoa das quais provem forças externas e internas é o reflexo das interações constantes com o ambiente, já que segundo Alligod & Tamey (2004), este último exerce pressão sobre o sistema-cliente. A doença não surge como o oposto da saúde mas sim, como um estado de desequilíbrio desta neste ambiente dinâmico.

Por forma a uniformizar a sua compreensão e unificar o ponto de interesse, é importante salientar que – a profissão de enfermagem sendo única visa o bem-estar ideal do cliente através da manutenção e restabelecimento da estabilidade em interação dinâmica com o ambiente, nas quatro unidades de saúde onde decorrerão os estágios. O facto do cliente pediátrico ser um ser em desenvolvimento, de maior vulnerabilidade, em sucessiva conquista de autonomia, altamente dependentes dos prestadores de cuidados de saúde e em íntima relação no binómio criança-família/pessoas significativas, exige cuidados de enfermagem especializados com vista a um cuidar em parceria para uma otimização da saúde da criança e família/pessoas significativas. Mano (2002) descreve que:

as crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais o que pode provocar desequilíbrios no crescimento e desenvolvimento ao longo do seu ciclo de vida. Uma vez doente e hospitalizada, a criança vivencia uma situação de stress e crise evidentes.

Segundo a mesma autora citando Bieh *et al.* (1992) e Casey (1993), também os país e família desenvolvem sentimentos de insegurança e angústia, o que influencia as suas capacidades para agir social, emocional e fisicamente.

No entanto, a enfermagem avançada emerge como resultado do pensamento crítico e da metodologia de investigação desenvolvida, competindo ao enfermeiro

conhecer e valorizar experiências e vivências inerentes ao metaparadigma pessoa como ser holístico, investigando comportamentos e estímulos (diagnósticos) que possam ser geradores de stress no recém-nascido, jovem e criança, entrosada numa filosofia de cuidados centrados na família ao mesmo tempo que percebendo os stressores dos pais, se proponha intervenções de forma a manter a linha flexível de defesa (onde se inclui o desenvolvimento) do sistema, possibilitando *a posteriori* a sua avaliação/resultado, permitido construir uma parceria de cuidados, sistemática, que sendo única, garanta o melhor interesse infantil e juvenil na promoção do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

2. METODOLOGIA

Ao tomar consciência das inconsistências existentes face ao processo de cuidar de recém-nascidos pré-termo em contexto da minha realidade profissional em neonatologia, emergiram diversas questões que se constituíam preocupações anteriores ao próprio ingresso no 5º Curso de MEEESIP, e que identifiquei na Unidade Curricular Opção II. Entre as principais inquietações, surgiram as respeitantes ao ambiente ser desprovido de controlo não facilitando o desenvolvimento e comportamento do recém-nascido (1); à dificuldade em estabelecer prioridades na prestação de cuidados durante o manuseio do neonato (2); à dificuldade de uniformização de procedimentos (3) à dificuldade em estabelecer um vínculo entre a criança, a família e o enfermeiro (4); à consequente diminuição da visibilidade do exercício profissional do enfermeiro (5); e à dificuldade de uniformização de linguagem entre a Unidade de Neonatologia e o Serviço de Obstetrícia (6). No entanto, pretendi alargar esta problemática ao Cuidar da criança, do jovem e sua família.

2.1. Problema e Objeto de Estudo

Vilelas (2007), refere que a curiosidade pelo conhecimento do mundo esteve sempre inerente à natureza humana, procurando, o Homem, uma perceção apurada sobre o seu comportamento e a natureza das coisas. Assim, problema, segundo Castro e Ricardo (1993) citado por Botelho (1996), é “uma discrepância entre o estado atual das coisas (situação), e um estado de coisas que se deseja atingir (alvo)”. Partindo desta premissa, e ao considerar como principal dificuldade, descrever e intervir nas alterações reais ou potenciais de desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, criança e jovem enuncio a questão de partida da seguinte forma:

Quais são as alterações reais ou potenciais de desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem que o enfermeiro deve considerar na sua prática de cuidados?

Consequentemente, o objeto de estudo são as **intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem numa perspectiva holística relacionada com o processo saúde-doença.**

Segundo Barbier (1993) “determinar os objetivos de uma ação é imaginar um novo estado da realidade que poderá surgir no final dessa transformação, seja qual for o estatuto dessa realidade”, neste sentido como objetivo geral pretendo: (1) **compreender as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspectiva holística relacionada com o processo saúde-doença** e (2) **desenvolver competência na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido, jovem e criança numa perspectiva holística em situações específicas de saúde**. Por sua vez, os objetivos específicos que visam o alcance dos objetivos gerais supracitados, são: avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil nos cuidados associados ao processo saúde-doença (1); prestar cuidados especializados ao recém-nascido, criança e jovem numa perspectiva holística (2) conhecer as orientações específicas promotoras do desenvolvimento desde o recém-nascido pré-termo ao jovem (3); compreender a interação entre o ambiente e o desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem nos diferentes contextos de cuidados de saúde (4).

2.2. Método de Trabalho

Benner (2001) demonstrou com a sua investigação, a importância da diferenciação de competências, assumindo a prática como potenciador do conhecimento, sendo exigível aos profissionais motivação e competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando, capacidade de resposta a situações amplas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as suas práticas. Assim, com a operacionalização do projeto, a fundamentação temática foi sendo (des)construída, adquirindo características de dinamismo, continuidade e atualização, ao longo da realidade experienciada nos diferentes locais de estágio perante a realidade vivenciada, muito em virtude das inquietações que fui sentindo no desenvolvimento do meu processo formativo. Propus-me desenvolver as competências específicas do EEESCJ, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através de diversas atividades: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (Competência E1); Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (Competência E2); Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Competência E3).

A tradução deste processo formativo, a partir da observação da realidade, da teorização sobre as práticas, e da análise e interpretação das vivências de situações oportunas e específicas dos processos saúde/doença nos diferentes locais de estágio, requer a metodologia de reflexão-na-ação segundo Schön (1983).

3. PERCURSO DE ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

O percurso de estágio para o desenvolvimento das competências de EEESCJ, e consequentemente das unidades de competências, obedeceu a uma lógica de progressiva complexidade que se iniciou na comunidade, em – cuidados de saúde primários, onde a criança é acompanhada antes mesmo do nascimento, e onde é possível identificar precocemente e mais próximo do seu contexto situações de vulnerabilidade e risco. De seguida, a urgência de pediatria, já que “(...) em determinados momentos o saudável crescimento e desenvolvimento dos filhos são interrompidos por ocorrências indesejadas” (Fernandes, 2013) levando a que os pais sintam necessidade de recorrer ao serviço de urgência de pediatria. Um terceiro estágio, no internamento de pediatria, pois a hospitalização influencia grandemente o seu desenvolvimento sendo que o EEESCJ deve ser capaz de avaliá-lo, e planejar adequadamente a comunicação e o cuidar da criança e do jovem, bem como saber utilizar recursos que atendam às suas necessidades e minimizem os efeitos potencialmente negativos desta. Por último, dois estágios em neonatologia, que efetuando-se em unidades de saúde diferentes complementam-se. Aqui foca-se a criança pré-termo e de risco específico dos processos saúde/doença, e família, integrada num programa de cuidar desenvolvimentista – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NICDCAP), não só contribuindo para melhorar a qualidade dos meus cuidados, como também possibilita ser um meio de difusão deste programa no meu contexto profissional, proporcionando formação aos pares. As atividades delineadas visam compreender o quadro abrangente de stressores universais, conhecidos e desconhecidos inerentes ao desenvolvimento do recém-nascido, criança e do jovem, identificando etapas típicas e características individuais, durante a vivência e adaptação aos diversos contextos e/ou situações.

Partindo desta lógica e integrando os dois objetivos gerais e os objetivos específicos foi elaborado o Guia Orientador das Atividades de estágio por unidades de saúde que incluem as atividades, metodologias e competências específicas de EEESCJ preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, a desenvolver nos diferentes contextos (Apêndice II).

3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

O primeiro estágio decorreu em Cuidados de Saúde Primários, onde a criança e jovem não são apenas acompanhados em Consultas de Vigilância de Saúde, como também as suas famílias poderão ser acompanhadas na fase de conceção, e até mesmo de planeamento, sendo possível identificar precocemente e mais próximo do seu contexto ambiental situações de vulnerabilidade e risco, refletindo a resiliência social e psicológica das famílias e comunidade e a capacidade de suporte infraestrutural. Sabe-se que a vigilância do desenvolvimento psicomotor não deve ser separada das restantes vertentes do crescimento (Castelo, 2009).

A minha opção por este contexto teve um propósito muito bem definido, pois de acordo com o diagnóstico de situação inicial, verifiquei que a população era bastante heterogénea, e parte constituía-se por comunidades que possuem dificuldades socioeconómicas, iliteracia, diversidade cultural e delicadas competências psicossociais, fruto da democratização das sociedades e dos fluxos migratórios. Esta população despertou em mim especial atenção, não só pelo contexto sócioeconómico que se confronta com a minha realidade profissional, e que é escassamente explorada por mim durante a minha prática profissional, como também pela diversidade e contexto cultural. Desta forma identifico um alargado leque de famílias de diferentes grupos socioculturais a frequentar a Escola, nomeadamente crianças e jovens de diferentes culturas, inseridas em comunidades de baixos recursos financeiros e académicos. Assente no nível de prevenção primária do Modelo de Conceitual de Betty Neuman as estratégias desenvolvidas ao longo do estágio tiveram por base a identificação das estruturas básicas do Sistema Criança-Família/Comunidade e consequentemente dos stressores classificados como conhecidos ou com possibilidade de se conhecerem envolvidos nos Cuidados de Saúde e consequentemente planear possíveis intervenções, tendo em conta os recursos, a antecipação de resultados, as possíveis reações do Sistema e os objetivos delineados pela UCSP e por mim.

Tendo em conta este desiderato participei não só em Consultas de Vigilância de Saúde como também considerei pertinente integrar o novo Programa da Saúde Escolar que visa a promoção da Saúde Mental em crianças do pré-escolar ao 1º ciclo.

3.1.1. Caracterização do local de estágio

A UCSP integra um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Esta UCSP tem como missão “Prestar Cuidados de Saúde Primários de qualidade, com eficiência e eficácia, à população da sua área geográfica de influência, através de: Promoção de Saúde e Prevenção da Doença; Prestação de cuidados personalizados e continuados de saúde; Integração de cuidados; Vigilância epidemiológica e investigação em saúde; (...)”⁸ que vai de encontro ao estipulado no Artigo 3º do Decreto-Lei nº 28/2008, 22 de Fevereiro, e que reconhece “os cuidados de Saúde Primários como o pilar central do sistema de saúde”. Perante esta missão iniciei o percurso de estágio partilhando os objetivos de adquirir e aprofundar conhecimentos em diagnósticos e intervenções de enfermagem, processos familiares, vinculação, parentalidade, entrosando com o crescimento e desenvolvimento infantil, promovendo o mais elevado estado de saúde possível da criança/jovem e família integrada, num dos seus próprios contextos – A Escola.

Embora agregada à Saúde Pública, nesta UCSP existe o Programa de Saúde Escolar que funciona como elo de ligação entre a comunidade e a UCSP, sob orientação da Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) e a Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem havendo articulação, complementaridade e coresponsabilidade de forma a convergir nos objetivos, verificando-se uma tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente de forma a preparem-se para intervir.

No âmbito da atuação em Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e do Adolescente, a UCSP tem uma EEESCJ de referência que se destaca pelo conhecimento dos problemas de saúde da comunidade em geral e de algumas famílias em particular, detetando precocemente situações e fatores de risco que possam afetar negativamente a vida das crianças e jovens, apoiando e orientando-as no sentido de promoção da sua saúde e/ou de necessidade de encaminhamento e articulação para outros serviços de saúde e/ou sociais.

Destacam-se também os seguintes programas de promoção da saúde que se articulam com a Consulta de Saúde Infantil e do Adolescente: vacinação e saúde oral, atendimento de jovens e adolescentes, cuidados na comunidade, e consultas específicas

⁸ Adaptado do documento de caracterização do ACES 2013, da Câmara Municipal de Lisboa (2013).

como a Saúde Materna e a Psicologia. Importa referir que esta UCSP desenvolve projetos que integram o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e a Unidade Móvel/Cuidados na Comunidade a populações em risco de exclusão.

3.1.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos

Durante a elaboração do projeto foi realizado um diagnóstico de situação e proposta numa fase inicial algumas atividades, uma das quais que pudesse relacionar-se com a Saúde Escolar, já que em contexto de intervenção seletiva a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) recomenda intervenções de Saúde em contextos da Comunidade, indo ao encontro do objetivo geral que estabeleci para esta fase de estágio (1) “Compreender a interação entre o ambiente e o desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem nos diferentes contextos”. Tanto o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil enfatizam o desenvolvimento biopsicossocial. Surgiu então a oportunidade de integrar o novo Projeto de Saúde Escolar desta UCSP em parceria com os Agrupamentos Escolares e a Consulta de Saúde Infantil e do Adolescente, com a atividade de aplicar o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*), (Goodman, 1997), adaptado à população portuguesa (Fleitlich, Fonseca & Gaspar, 2005), em dinâmicas familiares já identificadas como de risco e vulnerabilidade na comunidade. O intuito é o delinear e planear estratégias e intervenções dirigidas à comunidade escolar refletindo-se na promoção do desenvolvimento de competências individuais, emocionais e sociais em crianças do pré-escolar, perspetivando o desenvolvimento de uma vida ativa/profissional destas crianças e jovens.

Outro aspeto considerado foi o facto de ter necessidade de desenvolver competências técnicas e humanas, e adequar o conhecimento científico durante o decorrer da Consulta de Saúde Infantil e do Adolescente e estabelecer comunicação com as crianças de forma a identificar os medos e receios em diferentes idades face aos procedimentos de enfermagem, e desenvolver diferentes abordagens à criança e família para efetivar uma parceria de cuidados de saúde.

Desta forma estruturei os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a população pediátrica atribuída à Saúde escolar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar;

- Conhecer as estratégias e intervenções utilizadas pelos enfermeiros de Saúde Escolar (estratégias, recursos, articulação);
- Identificar os recursos materiais e da comunidade utilizados pelos Enfermeiros;
- Compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista no processo de articulação com a equipa de profissionais de saúde, famílias, crianças e instituições;
- Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença.

3.1.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas

“Projeto de Saúde Escolar: Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) – adaptado para a população portuguesa ” (Apêndice III)

O novo organograma da Administração Regional de Saúde (ARS) de 20 de Julho de 2012 (atualizada a 12 de Novembro de 2012) define seis áreas funcionais na dependência direta da Direção do Departamento de Saúde Pública entre as quais: Vigilância Epidemiológica/ Saúde Ambiental onde se enquadra a Monitorização do Programa Nacional de Vacinação; Promoção e Proteção da Saúde e o Observatório Regional de Saúde, que faz o acompanhamento do Plano Nacional de saúde 2012-2016 e a avaliação de programas e projetos de saúde.

Na área Funcional de Promoção e Proteção da Saúde encontra-se alocado o Programa Nacional de Saúde Escolar que em 2012/2013 foi desenvolvido por 100% dos Agrupamentos de Saúde (ACES) da Grande Lisboa I – Lisboa Norte.

A Saúde Escolar como Programa Nacional referenciado pela Direção Geral de Saúde pretende delinear-se como um processo de promoção e educação para a Saúde e bem-estar na Escola, prevenindo ou reduzindo, de forma holística, comportamentos de risco e/ou problemas de saúde associados ao ambiente ou a estilos de vida, identificando fatores de risco e fatores protetores individuais ou coletivos mediante a comunidade escolar abrangida. O Parque Escolar da UCSP referido abrange cerca de 6700 alunos: incluindo Agrupamentos e [Mega]Agrupamentos de Escolas. Tendo em conta o eixo estratégico da Capacitação da Comunidade educativa de forma a promover a Saúde Mental das crianças e jovens e o ambiente de trabalho em equipa e multidisciplinaridade

abordado no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2014 – em discussão pública, propôs-se a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades, adaptada para a população portuguesa (versão pais e professores) – SDQ's.

Não foi possível participar em todo o processo da aplicação do Instrumento SDQ, sendo que tive a oportunidade de elaborar o documento normativo da sua aplicabilidade, e iniciar a divulgação da sua aplicação nas escolas do pré-escolar selecionadas (E1.1.8 - Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar). É no pré-escolar que as crianças têm a oportunidade de compreender a cooperação com o grupo, para se ajustarem às várias diferenças socioculturais e para lidar com a frustração, insatisfação e a raiva, sendo esse o motivo da sua aplicabilidade nesta faixa etária. O objetivo da aplicabilidade deste instrumento é desenvolver intervenções que possibilitam a avaliação de resultados de forma congruente possibilitando a criação de mundos que permitam oportunidades, ao invés de fechá-las.

A integração no projeto permitiu-me contatar com famílias de uma grande variedade cultural e socioeconómica. As crianças do parque escolar estão maioritariamente num meio sociocultural de risco e partilham os fracos recursos das suas famílias, sendo que todos eles são fatores que propiciam alterações emocionais e comportamentais – famílias em situação de pobreza, pais adolescentes, desemprego, conflitos e discórdia familiares, exclusão social, sinais de maus tratos ou negligência à criança e/ou irmãos, família com outras crianças institucionalizadas, pais com patologias psiquiátricas importantes, pais toxicodependentes/alcoólicos e pais com défice cognitivo. Embora haja uma partilha da ideia pela Equipa de Enfermagem e pelas Educadoras no que diz respeito à seguinte afirmação “pais/Encarregados de Educação têm a memória da Escola como repressora, o que leva ao acumular de insucessos”, há um grande interesse na reestruturação deste preceito. Em consonância com a alteração de pensamento, a evolução demográfica da população, os novos modelos de sociedade e de família, a crise económica e social e as desigualdades regionais (PNSE, 2014), têm impacto na Saúde das crianças sendo que a investigação e introdução de novos projetos permite facilitar a perceção das alterações de competências sociais, emocionais e comportamentais de cada criança de forma a desenvolver estratégias de intervenção protetoras, tendo em conta a comunidade considerada de risco em que estas escolas se inserem.

A participação em **reuniões** que foram realizadas entre profissionais de saúde, a psicóloga e professores e educadores permitiram-me identificar um conjunto de indicadores de risco que identifica intervenções de sensibilização na área da promoção do desenvolvimento infantil identificando sinais de alarme (na postura e motricidade global, visuomotricidade, audição e linguagem, e comportamento e adaptação social) e estratégias para estimular as crianças e jovens, ao nível dos cuidados de saúde primários. Ao longo destas reuniões identificaram-se situações problemáticas que me permitiram refletir em temáticas como: Abandono Escolar, Não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, não adesão às consultas de Saúde Infantil ou de especialidade, não adesão ao regime terapêutico, acompanhamento de crianças com doença crónica – **“Momento Reflexivo I: Lidar com a Diferença – Transtorno do Espectro de Autismo”**, Famílias destruturadas, Gravidez na Adolescência que foram exploradas em Consulta de Saúde Infantil ou em reuniões com a EEESCJ (E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados).

“O Contexto da Criança – Um dia na Escola”

De forma a compreender e a valorizar de forma assertiva as preocupações expressas pela equipa de enfermagem, a educadora e professores e os participantes nas reuniões comunitárias, participei durante dois dias nas atividades de um grupo de pré-escolares no seu ambiente escolar onde observei as suas atividades espontâneas e o brincar, de modo a permitir-me identificar parte da avaliação do desenvolvimento esperado de uma criança com padrões de desenvolvimento normais, tendo em conta os riscos ambientais (E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde).

Independentemente das mudanças características e padronizadas que ocorrem, que são marcos do desenvolvimento, e que parecem ser universais, é importante salientar que cada criança tem o seu próprio padrão de desenvolvimento. Assim, essas características individuais que marcam o desenvolvimento infantil e juvenil iniciam-se desde a conceção e envolve uma abordagem multiconceitual: “Crescimento físico, maturação neurológica, construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança” (Carvalho, 2012), permitindo ao recém-nascido, criança e jovem desenvolver capacidades e adquirir competências que

respondam às suas necessidades e às do contexto onde se inserem. Sabe-se que o foco de Bowlby (1951) sobre as experiências de vida no período da infância, bem como a influência do afeto na relação mãe-bebê, enfatizaram a importância das experiências familiares e a investigação sobre a resiliência nas crianças permitindo conhecer-se fatores de risco e fatores protetores que interferem com o desenvolvimento das crianças. Rutter (1980) sugeriu que crianças com um ou mais fatores de risco em concomitância deparam-se com um efeito multiplicativo em que há maior incidência de problemas que crianças sem fatores de risco ou com um fator associado. A integração da criança na escola, e as vivências positivas com os pares nesta são considerados fatores protetores, já que segundo o PNSE (DGS, 2006) a Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Verificou-se uma clara importância e preocupação da educadora na diversidade e personalidade de cada criança desenvolvendo os pontos fortes de cada uma.

Esta vivência permitiu-me explorar conceitos de reatividade no desenvolvimento infantil, tais como autonomia, comportamentos desviantes, ambiente familiar, diferenças culturais e estratégias da educadora, temperamento da criança, resiliência, o brincar, confiança sensibilidade, regras, autoestima, participação e competência em atividades permitindo-me ir de encontro à aquisição da competência (E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil) e da competência comum do enfermeiro especialista (D1 - Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade).

Segundo Patel (2011), espera-se que a criança desenvolva de forma típica de progressão as aquisições padronizadas, verificando-se sinais de alarme quando há ausência ou perda dessas aquisições já verificadas: no desenvolvimento da coordenação motora grossa e fina, na fala e linguagem, cujo atraso ou perturbação “atinge cerca de 5-10% de crianças [em idade pré-escolar]” (Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2011), que se inicia primeiramente numa linguagem perceptiva e depois expressiva; no desenvolvimento social e emocional como reflexo do desenvolvimento de habilidades adaptativas de comunicação e cognitivas, e desenvolvimento cognitivo refere-se a interação entre o que a visão perceptiva e a coordenação motora, refletindo-se na habilidade para a resolução de problemas. Assim, na escola tive a oportunidade de observar que os padrões de interesse do grupo são diversificados mas a curiosidade e

apetência por novas experiências e conhecimentos são comuns. O grupo de crianças organiza-se e comporta-se de acordo com o tempo proposto pelo educador, com os interesses e motivações de cada criança ou com as atividades propostas pela educadora. Existem regras para a escolha das atividades do dia, para arrumar a sala de atividades, para a lavagem e limpeza das mãos, no recreio, na hora do lanche, o estabelecimento de regras individuais e em grupo permite que às crianças aprendem a tomar decisões e a planificar o seu dia. Ao longo dos dois dias, em sala de atividades, constata-se que o pouco tempo dedicado às crianças por parte da família, reflete-se no grupo ao nível da linguagem, nomeadamente na construção frásica, articulação e vocabulário, sendo que por primazia a família deveria zelar por um diálogo cuidadoso transparecendo na criança como um vocabulário rico e estimulante. Cada criança responsabiliza-se por trazer diariamente um livro por si escolhido, sendo que durante a leitura por mim efetuada de uma história permiti que as crianças desenvolvessem a sua imaginação - conhecendo outros mundos; interpretando, partilhando e entrosando as suas próprias experiências; e de igual forma aprendem a desenvolver a concentração/atenção e a ganhar autonomia e o prazer da leitura. O desenho e a plasticina permite o desenvolvimento da motricidade fina e as crianças tendem a recriar momentos das suas experiências individuais e a desenvolver a sua imaginação.

No recreio as crianças brincam ao faz-de-conta, aos jogos de imitação, sendo que a criança desenvolve o jogo simbólico em pequenos grupos e explora as noções de espaço, de velocidade, de capacidades e habilidades como o equilíbrio. Aqui as crianças mais velhas protegem as mais novas, desenvolvendo competências de solidariedade, responsabilidade e entrosamento, enquanto os mais novos aprendem a respeitar o ritmo dos mais crescidos. Estes dois dias de atividade permitiram-me identificar medos e receios das crianças, compreender o que as faz felizes na sua individualidade, o que causa um determinado comportamento, como organiza o seu dia com horários regulares – a “chamada”, a leitura, as atividades de sala, o recreio, o comer, as atividades de tempos livres; quais as atividades diárias que já sabem e devem realizar – arrumar a sala de atividades, lavar a fruta; e treinando a autonomia da criança, por exemplo nos cuidados de higiene – lavar as mãos antes das refeições.

Desta forma, nem todas as crianças da mesma idade alcançam os marcos do desenvolvimento ao mesmo tempo e no mesmo ritmo, e nem todas experienciam os típicos progressos em todos os domínios do desenvolvimento, mas sabe-se que o

desenvolvimento progride de forma global e reflexa para um conjunto de respostas mais específicas e intencionais, sendo que estes conceitos-chave permitiram-me uma vigilância e avaliação das crianças observadas e com as quais interagi, permitindo-me um maior domínio do desenvolvimento nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e do Adolescente. **E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).**

“Consulta de Saúde Infantil e Adolescência”

O novo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em consonância com o Plano Nacional de Saúde visa compreender a saúde como resultante das condições de vida e qualidade de vida, identificando a promoção da mesma como um processo de capacitação e participação da comunidade para atuar na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde, priorizando-se os contextos políticos, os recursos sociais e económicos, e as capacidades e habilidades individuais dos clientes. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo a todos os níveis, mas para que haja constantes ganhos em saúde infantil, deve haver uma vigilância adequada do desenvolvimento da pessoa, representada para o EEESCJ sob o binómio criança/jovem e a família (OE, 2011). O EEESCJ “promove [maximização do potencial de] crescimento e o desenvolvimento infantil (...) e a vinculação de forma sistemática (...)” (OE, 2010) considerando as especificidades e exigências de cada etapa da fase do ciclo vital. A EEESCJ que atua na Consulta de Saúde Infantil e Adolescência conhece profundamente as famílias de quem cuida (história familiar e individual de cada pai, estilo de vida da família, modo como expressam os afetos e lidam com conflitos) e acompanha-as nas diferentes fases do ciclo vital. Atua numa perspetiva holística, centrando-se nas necessidades atuais da criança e família, identificando os diferentes riscos familiares, adequando as suas intervenções e integrando na sua prática uma filosofia de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, permite que os pais participem na consulta, diminuindo os fatores negativos provenientes do ambiente familiar. Há uma relação intersubjetiva entre estes pontos e a comunicação e relação terapêutica desenvolvida pela EEESCJ. Esta, ao conhecer as histórias completas e complexas das famílias, permite reconhecer precocemente fatores de risco ambientais e biológicos, o que a permite intervir precocemente e agir de acordo a um objetivo terapêutico com base na confiança entre ambas as partes. É complexo integrar as

consultas desta UCSP sem conhecer a população que esta abrange, sendo que para mim foi importante desenvolver a competência específica, (E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar), e sem ter integrados as duas atividades anteriores, dado que considero que a avaliação de uma história completa das famílias e uma avaliação do desenvolvimento da criança são os pilares do diagnóstico do desenvolvimento mas que só é possível determinar conhecendo os fatores de risco, quer ambientais, quer biológicos, e fatores protetores que estão sujeitas à maioria da comunidade de crianças e adolescentes e respetivas famílias que se deslocam a esta UCSP de forma a compreender melhor as dinâmicas familiares e o desenvolvimento social, emocional, moral, cognitivo em idades-chave da criança. Permitindo desenvolver a seguinte unidade de competência: (E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem).

Durante a Consulta de Vigilância pode-se observar diversos exames de Saúde oportunistas, no sentido em que os pais ou vêm falar com a psicóloga, ou reunir com a assistente social, ou pedir o requerimento para a frequência no Jardim-de-Infância ou ATL e são observados pela EEESCJ ou requeridos para consulta. Pode observar-se a dinâmica familiar e a vinculação já existente com o recém-nascido e lactente: **“Momento Reflexivo II: Qual o Papel do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem no Bloco de Partos?”** (Apêndice IV) e conhecer os recursos familiares e sociais e identificar a natureza das dificuldades dos pais, as capacidades individuais de cada pai e a adoção das medidas de segurança para prevenção de acidentes, a motivação para a continuação da vigilância na Saúde – Verificação do Plano Nacional de Vacinação (PNV) no Registo Centralizado de Vacinas (RCV) e Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) **“Momento Reflexivo III: Um parecer sobre a vacinação – Quais os fatores associados ao Não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação”** (Apêndice V) como o cumprimento do Programa nacional de Vacinação, a Saúde Oral, os hábitos alimentares, e o seu ingresso na comunidade escolar. A avaliação do desenvolvimento é efetuada não só através desta anamnese cuidada mas também valorizando as preocupações e expectativas dos pais ou prestadores de cuidados. A criança também deve ser observada através da sua atividade espontânea e de brincar, que parte pode ser avaliada no local de atividades, na sala de

espera ou com material próprio de avaliação na consulta durante a aplicabilidade da escala de rastreio de Mary Sheridan modificada. Também se valorizaram os cuidados antecipatórios direcionados à avaliação individual de cada família, destacados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, e vivenciaram-se situações de detecção precoce e sinalização de crianças na Saúde Escolar, ou na Unidade de Cuidados à Comunidade. Assim, a identificação de sinais de alarme em crianças com ou sem fatores de risco conhecidos, facilitará o diagnóstico e a intervenção atempada nas perturbações do desenvolvimento, ou através de uma reavaliação mais cuidada e com um intervalo de tempo inferior ao habitualmente previsto, ou caso se confirmem as preocupações o encaminhamento para consulta especializada e de referência como por exemplo, Consulta de Desenvolvimento, Assistente Social, Pedopsiquiatria, e/ou Núcleo de Crianças e Jovens em Risco.

3.2. Urgência Pediátrica Hospitalar

Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades de Cuidados Locais têm o privilégio de conhecer e de intervir na gestão da dinâmica familiar, pois conhecem com profundidade as crianças, famílias e comunidade e reconhecem os riscos inerentes às mesmas e a sua vulnerabilidade – fatores inter, intra e extrapessoais das famílias no seu próprio contexto. Este conhecimento holístico da família permite adequar as respostas às situações de crise que Caplan (1980) define como um período transitório que pode conduzir a um momento de crescimento e controlo sob si própria, como aumentar a vulnerabilidade. Através de cuidados antecipatórios aos diferentes processos de adaptação às situações de crise do ciclo familiar de forma a permitir um processo de transição positiva, com respostas saudáveis aos stressores, restabelecendo o equilíbrio e a sensação de bem-estar da família. O conhecimento do contexto de uma família inserida em Cuidados de Saúde Primários permite ao enfermeiro refletir sobre as diferentes etapas do ciclo de vida saudáveis de forma a perceber, avaliar e identificar, em situações de crise, emoções e sentimentos negativos e estando mais sensível e desperto em processos de saúde-doença que acabam por limitar a vida. Assim, da experiência diária do cuidar emergem novas situações que exigem adaptabilidade, podendo o cliente pediátrico e a sua família encontrarem-se num estado de equilíbrio/desequilíbrio com necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica,

no decorrer de um processo Saúde-Doença, podendo haver uma interrupção no crescimento e desenvolvimento da criança. Aqui identifica-se essencialmente as necessidades e expectativas das crianças doentes e a preocupação e ansiedade dos pais. Caplan refere que numa situação de crise o tempo de readquirir o equilíbrio e a manutenção da linha flexível de defesa da criança e família depende da natureza do problema e como o sistema utiliza os recursos para o resolver, sendo necessário identificar precocemente comportamentos e estímulos na criança (diagnóstico) geradores de stress. Por outro lado, as estratégias de intervenção que o enfermeiro utiliza dependem do stressor e também da perícia ao utilizar os seus conhecimentos, facilitando a antecipação da defesa aos fatores de risco que permeiam o processo de hospitalização da criança.

3.2.1. Caracterização do local de estágio:

O Centro Hospitalar da Região de Lisboa que integrei na Urgência Pediátrica é especializado no atendimento materno-infantil. A nível de referenciação hospitalar é Médico-Cirúrgico. A urgência pediátrica deste hospital funciona no Piso 0 do edifício central, pertencendo à dinâmica funcional do Departamento de Urgência/Emergência. Está dividido, por espaços distintos, em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica, sendo a equipa de enfermagem comum e apresentando quatro postos de trabalho: a Triagem, a Sala de Tratamentos, Sala de Aerossóis, a Unidade de Internamento de Curta Duração e o apoio à Cirurgia/Ortopedia e Otorrinolaringologia. O cliente pediátrico e a sua família são encaminhados para os diversos locais onde estão profissionais de saúde diferentes, pelo que a organização do trabalho de enfermagem tem de ser bastante articulada e a comunicação em equipa transdisciplinar eficaz.

Recebe crianças e jovens desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia, sendo que esta afirmação acompanha a definição de criança da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) ratificada por Portugal em (1990), onde se estabelece que: “a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (UNICEF, 2004). A admissão é efetuada pelos pais/família e/ou pessoa significativa, por referência da Saúde 24, transferência de Unidades de Saúde Locais, pelo Regimento de Bombeiros ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

Os objetivos desta Instituição de Saúde são:

prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; intervir na prevenção da doença; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados (...). (CHL, 2010).

3.2.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos

O Serviço de Urgência é um ambiente com regras, com um espaço restrito, e que é maioritariamente desconhecido para uma criança. As situações de urgência pediátrica identificadas com maior frequência foram as de doença aguda como: Febre, Diarreia Aguda, Vômito, Infecção Urinária, Cefaleias, Crises convulsivas ou epiléticas, Traumatismos, Infecção das Vias Aéreas Superiores, bem como, Bronquiolite e Asma, e Urgências endócrinas como Diabetes Mellitus Inaugural, ou Urgências Pedopsiquiátricas.

Segundo Janeiro (2014):

existem diferenças significativas entre as crianças com doença aguda e as crianças com doença crónica no que diz respeito às suas estratégias de gestão do medo (...). As crianças com doença aguda manifestam mais necessidade da presença dos pais e querem saber o que lhes vão fazer. Requerem menos informação sobre a sua doença, participam menos nas decisões terapêuticas e nos cuidados de enfermagem.

Ainda referente ao estudado pelo autor supracitado, o medo é uma experiência presente em contexto de urgência identificada pelas crianças, sendo uma área pouco investigada em enfermagem, havendo necessidade de identificar estratégias que contribuam para uma humanização do ambiente da urgência hospitalar direcionado às necessidades da criança para que esta exteriorize e verbalize os medos, facilitando a comunicação.

Neste contexto pareceu-me importante compreender como a criança é acolhida e que estratégias podem ser melhoradas durante a triagem de forma a contribuir para um primeiro impacto positivo no processo de hospitalização. Por outro lado, de forma a humanizar os cuidados e dado que o brincar é o trabalho de uma criança, e este possibilita a socialização e a interação com o meio, proporcionou-se introduzir o brincar terapêutico como estratégia de gestão do comportamento da criança a novos estímulos, promovendo a continuidade do seu desenvolvimento. Existe outro benefício inerente ao brincar que é importante transmitir aos pais, que é o de que quando a criança brinca

permite que esta tome consciência de si, do local onde se encontra e favorece a autoestima e maturidade e, conseqüentemente, a aquisição de recursos de resiliência.

3.2.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas

“Momento Reflexivo IV: Acolhimento no Serviço de Urgência – Triagem como ponte de Acolhimento no processo de Hospitalização”

O Objetivo da Triagem é a identificação rápida do cliente pediátrico em estado clínico de natureza urgente ou em risco de vida, garantindo maior grau de segurança nos cuidados de saúde prestados. Para isso no Despacho nº19 124/2005 de 17 de Dezembro, o Ministério da Saúde determina a obrigatoriedade de implementação de um protocolo objetivo de triagem “(...) por forma a assegurar que aos doentes graves seja dada prioridade de observação (...)” e “(...) garantir cuidados (...) de maior qualidade”. A Triagem realizada no Urgência Pediátrica é um sistema semelhante à Triagem de Manchester que permite classificar o risco clínico de cada situação atribuindo-lhe um grau de prioridade, ao qual corresponde uma cor, e que determinam tempos máximos clinicamente aceitáveis para o início da observação do cliente pediátrico.

Apesar do principal papel do enfermeiro na triagem em pediatria ser a atribuição da prioridade, este tem de estar consciente que também é o primeiro momento de contato entre o profissional de saúde a criança e a família, devendo este apresentar-se acolhedor transmitindo disponibilidade e criando um primeiro encetar empático. O enfermeiro de triagem é um perito na observação e avaliação da criança de forma rápida e atenta, de forma a uma Tomada de decisão assertiva, no entanto, não só identifica os stressores geradores da crise, mas inicia a criação de um ambiente terapêutico, tendo um de gestão emocional facilitando a comunicação com os pais e a criança e a exteriorização e a verbalização dos medos, receios e preocupações. O cuidado centrado na família está associado ao envolvimento dos pais, e para que haja uma parceria é fundamental a negociação, que constitui a chave do sucesso (Schields, 2002). O enfermeiro deve estar preparado para adaptar diferentes estratégias de comunicação de acordo com o cliente pediátrico que se está a dirigir e a interagir, colocando afeto na relação, valorizando a opinião dos pais e estabelecendo uma comunicação interpessoal adequada ao contexto sociocultural, onde a informação é dada consoante o cliente pediátrico e a família, dando respostas aos pais de forma clara, minimizando a

ansiedade, dúvidas e medos que demonstrem e evitar situações de conflito com os profissionais, que surgem muitas vezes por se sentirem insatisfeitos com as respostas.

Num serviço de urgência, muito mais que a destreza técnica nas situações emergentes, é necessário desenvolver a relação terapêutica e capacitar a família para a adaptação ao processo de doença aguda da criança, desenvolvendo estratégias no cuidar. Um momento acolhedor no local de triagem utilizando estratégias pessoais (técnicas de distração, contar uma história, brincar), uma preocupação com os detalhes mesmo no momento de encaminhamento para outro profissional (necessidade de reavaliações, vigiar de perto uma criança, colocar uma família num local mais tranquilo do que a sala de espera, oferecer respostas), e um *feedback* contínuo (explicar às crianças e pais os procedimentos, os recursos disponíveis e o que se vai passar) durante o processo de encaminhamento para uma área mais adequada de observação e/ou tratamento é crucial para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados e segurança das crianças e para a continuidade dos cuidados de enfermagem que pode culminar num processo de hospitalização. Sabe-se que quando os pais são informados ficam mais calmos e mais aptos para dar apoio ao seu filho, contrariamente aos pais ansiosos que tendem a aumentar a ansiedade dos seus filhos, como é (Glasper & Haggarty, 2006). Esta reflexão permitiu-me colocar em evidência o seguinte critério de avaliação: (E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento (...)).

“Procedimento Setorial – Armazenamento e Rotina de Higienização dos Brinquedos” (Apêndice VI)

A doença, hospitalização e os procedimentos que se preconizam não traumáticos inerentes são causadores de crises na criança, alterando as suas rotinas familiares. A ansiedade da separação dos pais e/ou pessoa significativa, a dor ou perda do controlo geram reações na criança como medo e ansiedade. Esta dor psicossocial é minimizada não só pela permanência do maior tempo possível dos pais e/ou pessoa significativa no hospital como também pela qualidade do tempo despendido dos profissionais de saúde com os pais e/ou pessoa significativa, já que esta relação desempenha um papel determinante no comportamento da criança. Brazelton (1990), diz que os pais ao participarem nos cuidados ao filho sentem-se parte integrante da equipa, facilitando a manutenção dos laços familiares.

A criança precisa de fazer aprendizagens prolongadas e sucessivas para que mantenha o seu nível potencial de crescimento e desenvolvimento social, espiritual, físico e emocional. O desenvolvimento como processo global, único, contínuo e dinâmico deve manter-se estimulado respeitando as características individuais de cada criança, favorecendo aprendizagens significativas e diferenciadas através de experiências ricas e variadas.

O brincar permite que a criança se designe, se expresse e interprete o mundo. A atividade lúdica vai-se modificando consoante a criança vai crescendo, na sua relação com os objetos e com os outros. É deste modo que à medida que a criança tem brincadeiras mais elaboradas que vai desenvolvendo estratégias de *coping*.

De forma a cumprir a seguinte competência surgiu o interesse pela equipa em uniformizar o procedimento de utilização do brinquedo, armazenamento e a sua higienização na Unidade de Internamento de Curta Duração e na Sala de Tratamentos do Serviço de Urgência indo de encontro à seguinte competência (E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E. 3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura)

A escolha do brinquedo permite que recrie o seu mundo segundo o seu nível de desenvolvimento, daí a importância em oferecer-lhe materiais que absorvam a sua atenção, que despertem a sua curiosidade, que provoquem a sua atividade e solicitem a sua criatividade.

O brincar é uma atividade inerente à criança, no entanto só existe atividade lúdica com qualidade se houver parâmetros exigentes de segurança. Segurança é sinónimo de prevenção no sentido de antecipação de eventuais fatores geradores de acidentes, ou dano.

O hospital pode ser para a criança um local seguro e agradável, devendo ser promotor de atividade lúdica em segurança.

Através da brincadeira a criança experimenta o seu Eu e a realidade, permitindo à criança atualizar as suas possibilidades, assumindo experiências favoráveis com um valor positivo, tomando consciência de existir e do seu agir à medida que também as suas interações vão-se desenvolvendo organizando-se em atividades cada vez mais combinadas e conseqüentemente elaboradas. Permite um sentido de conquista sobre o mundo que a rodeia. Os profissionais devem ter em atenção o nível de autonomia da criança na escolha do brinquedo.

A Escolha dos Brinquedos integra o procedimento multissetorial definido em pelo Centro Hospitalar, na Política de Controlo de Infecções Hospitalar: “CIH.127 – A Higienização dos Brinquedos” a partir do mesmo define-se os seguintes brinquedos na promoção do desenvolvimento da criança durante o acolhimento na Urgência do HDE, especificamente na Sala de tratamentos e na Unidade de Internamento de Curta Duração; sendo que recorrer à implementação deste procedimento colocou em evidência a aquisição da unidade de competência (C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados).

1º Ano de Vida: Estimulação Visual (móviles, tapete, Espelhos inquebráveis), Auditiva (Brinquedos com música, Brinquedos com apitos, Brinquedos com Sons de animais, Roca, Chocalhos), Tática (Cubos de cores vivas, papel) e Cinética (Bola Pendente, Brinquedos de empurrar e puxar).

Toddlers (1 aos 3 anos de Vida): Brinquedos musicais, Brinquedos de Manipulação (copo, escova, colher, telefone), Brinquedos de encaixe, Puzzles com peças grandes e simples, Livros de figuras, cubos, Jogos simbólicos (faz-de-conta e imitação).

Pré-Escolar (3 aos 6 anos): Jogo imaginativo e imitativo (ensinar canções e versos), Jogos de regras e de promoção da personalidade (saber lidar com a timidez, vaidade, liderança), Cubos coloridos, Jogos de construção (Legos e Puzzles), Brinquedos de manipulação (utensílios domésticos).

Escolar (6 aos 12 anos): Livros, Puzzles, Jogos eletrónicos e de computador, Jogos de equipa.

Adolescência (12 aos 18 anos): Jogos eletrónicos e de computador, Livros, Desenho, Música.

Assim, a criação deste procedimento multissetorial, fez com que eu própria reunisse uma série de conhecimentos e mobilizasse competências comuns como um elemento – (D2.1 facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade).

“Orientações aos Pais sobre as Atividades Lúdicas no hospital” (Apêndice VII)

“Poster: A Árvore dos Brinquedos – Acolhimento no Hospital e Brincadeira”

(Apêndice VIII)

Esta atividade foi realizada a pensar no acolhimento de crianças e jovens que são hospitalizados no decorrer de uma hospitalização não planeada, por exemplo um episódio agudo, Médico ou Cirúrgico, no Serviço de Urgência. Uma admissão não planeada gera ansiedade quer para a criança quer para os familiares que a acompanham, devido ao efeito surpresa. No entanto, é sempre necessário acolher a criança e a família explicando as regras e o funcionamento do serviço, integrando-as no contexto, bem como os procedimentos possivelmente traumáticos a que a criança está sujeita. No entanto a forma como cada uma reage à doença e à possível hospitalização, dependem da faixa etária da criança, dos recursos disponíveis e do desenvolvimento, pois como refere Nabais (2005) ser criança é estar numa fase de desenvolvimento, onde à luz de algumas teorias, a idade, o género, o desenvolvimento cognitivo ou a maturidade emocional determinam um esperado desempenho. Assim, o enfermeiro tem de focar a sua atenção para a resolução da crise.

Almeida (2007) refere que o brinquedo terapêutico está indicado em qualquer criança que esteja a passar por uma situação de crise podendo apresentar-se através da dramatização, instrução (como fazer a criança entender alguns procedimentos hospitalares a que será submetida) ou capacitando funções fisiológicas (permitindo que a criança realize atividades para beneficiar a sua saúde por meio de exercícios físicos, transformados em brincadeira).

3.3. Internamento de Pediatria

A promoção da Saúde adquire cada vez mais relevância por parte das Instituições de Saúde e por parte dos Profissionais de Saúde, destacando-se como área prioritária de investimento no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que a define como um “ processo participativo, holístico, intersectorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias” (OMS, 2001). Um dos quatro objetivos para o sistema de saúde refere a necessidade de “Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida (...) implica[ando] a promoção, proteção e manutenção da Saúde” (PNS, 2013). Segundo Queiroz e Barroso (2005), o momento de hospitalização

de uma criança ou jovem oferece a oportunidade de olhar para a promoção da saúde de uma forma ampla, e de particular importância na saúde infantil e pediátrica, pois permite desenvolver estratégias, valorizando os cuidados antecipatórios, ação essa indispensável no crescimento e desenvolvimento da criança e jovem conforme preconizado no Programa tipo de saúde infantil e juvenil. O PNSIJ refere que todas as oportunidades de contato com a criança e família, quer seja espaço escolar, cuidados de saúde primários ou espaço hospitalar, devem ser maximizadas com intuito de promoção da saúde.

3.3.1. Caracterização do local de estágio:

Este contexto representa uma entidade público-empresarial da região de Lisboa, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde. Este hospital tem uma vasta área de abrangência, assistindo cerca de 600 mil habitantes. Abrange uma população representativa da sociedade contemporânea atual, numa conceção de multiculturalidade, possibilitando-me aprofundar questões sociais, refletir e aplicar os conhecimentos das diferenças culturais da população pediátrica adquiridas nos dois estágios anteriores.

3.3.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos

As múltiplas experiências culturais vivenciadas permitir-me-ão desenvolver intervenções que respeitem os direitos humanos, as necessidades especiais, as opções comportamentais, culturais, morais e religiosas de cada pessoa, no sentido de aculturar-me. A Ordem dos Enfermeiros alude à promoção de saúde referindo-se nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. Assim, todos os momentos de contato com o cliente pediátrico e respetivas famílias foram entendidas como oportunidades de intervenção. Assim coube-me adotar estratégias exploratórias e reflexivas sobre as experiências e vivências de cada cliente pediátrico e família, de forma a alcançar a “excelência do exercício” e desenvolver em pleno as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem: (E1. – assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde) e (E3. – prestar cuidados

específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem).

3.3.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas

“Momento Reflexivo V: Cuidar de um Cliente Pediátrico Cirúrgico”, “Momento Reflexivo VI: Cuidar de Um Cliente Pediátrico com Doença Crônica” e “Momento Reflexivo VII: Gravidez na Adolescência” (Apêndice IX)

As reflexões realizadas permitiram-me desenvolver referenciais e criar orientações de forma a compreender, por um lado, os períodos de crise ao longo do ciclo de vida da criança/jovem e família e desenvolver a seguinte unidade de competência: (E.2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas). Por outro lado, identificar as janelas de oportunidades para a promoção e proteção da saúde e na prevenção de doença.

Permitiu-me compreender que a saúde não é acumuladora, mas reflete o histórico de ações de educação para a saúde ao nível de estilos de vida e bem-estar do cliente pediátrico e família, de experiências e vivências em diversos contextos. O enfermeiro que cuida do cliente pediátrico deve integrar na sua prática uma enfermagem que envolva uma filosofia de cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos, e o trabalho emocional em pediatria de forma a criar uma relação intersubjetiva que se apresenta, nos seus pressupostos, uma identificação de pontos em comum, onde seja mais fácil o encetar da relação, com base na confiança de ambas as partes visando um objetivo terapêutico. Sabe-se que os pais ao serem confrontados com o internamento do seu filho, deparam-se com um acontecimento traumático para a criança/família suscitando vivências emocionais intensas, não sendo isenta de preocupações e stress. Sendo que se preconiza que no estabelecimento da relação intersubjetiva percebe-se o mundo da família, compreendendo que não somos o Outro, atendendo à diferenciação entre a esfera profissional e pessoal. Consequentemente, a hospitalização é geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise, interferindo com a clareza de pensamentos e com a memória (Goleman, 1996). Para o mesmo autor, pessoas emocionalmente fragilizadas/vulneráveis não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara.

A doença crónica é assim uma situação específica que compromete o desenvolvimento do cliente pediátrico ao longo da vida, criando ou acentuando dificuldades na adaptação a diversos contextos e/ou situações que potenciam o risco dessas perdas: identidade social, isolamento, desmotivação, exclusão social, entre outros.

A criança doente representa desafios ímpares para muitos profissionais de saúde. A singularidade da avaliação e do tratamento da criança radica nas diferenças a nível fisiológico, anatómico, e de desenvolvimento entre a criança e o adulto (Mecham, 1991).

Atualmente conhecem-se processos mediadores, agravantes e protetores que podem estar envolvidos no processo de hospitalização, permitindo dar “uma nova atenção à possibilidade de haver consequências não só negativas como também positivas” (Correia, 1996). Para Barros (2003), a hospitalização pode mesmo constituir uma oportunidade de desenvolvimento. Para tal é importante saber adequar a comunicação à idade ou estágio de desenvolvimento da criança/jovem de forma a identificar os fatores stressores presentes e, conseqüentemente, saber quais posso eliminar e/ou minimizar ao máximo, bem como saber utilizar recursos que atendam às suas necessidade e que minimizem os efeitos desta hospitalização, como a não separação dos pais ou pessoas significativas, e conhecer o sistema de suporte familiar disponível. Atualmente, porque estamos mais atentos, sabemos que “a ansiedade provocada pela desinformação por vezes é mais dolorosa do que a que é provocada pela verdade” (Silva, 2010), pelo que a informação não é dirigida apenas aos pais mas também à criança/jovem e irmãos, sendo que conforme a criança existem estratégias adequadas para preparar a informação, que implicam predominantemente o brincar utilizando bonecos/marionetas, livros para ler ou colorir, desenhos, álbuns de fotografias, vídeos, *playmobil*, atividades em grupo, material hospitalar, jogos.

As intervenções de promoção de saúde que os enfermeiros utilizam ao nível da hospitalização encontram-se pouco estudadas, mas sabe-se que é mais fácil o desenvolvimento da relação de cuidados com a criança a vivenciar uma doença aguda. Por outro lado, situações de doença crónica estão a aumentar na Europa, e pela sua duração e complexidade, as estratégias de enfermagem têm marcadamente repercussões na qualidade de vida: dinâmica familiar, ao nível da alteração de papéis, modificação de comportamentos, na adaptação a novas situações, e na prevenção de readmissões.

“ O Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização em Crianças dos 3 aos 12 Anos” (Apêndice X)

A melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória. Uma apreciação dos perigos e conflitos de cada período do desenvolvimento capacita o enfermeiro a orientar os pais/pessoa significativa sobre práticas educativas destinadas a prevenir potenciais problemas. Face ao refletido, e atendendo ao percurso formativo até esta terceira unidade de estágio, foi realizado uma apresentação à equipa que permitisse refletir ao longo da sessão, e *a posteriori* na sua práxis, nas seguintes questões que se direcionam para o acolhimento da criança no Hospital: ”Será que o enfermeiro no internamento reconhece a presença dos pais?”, “Envolve a criança nos cuidados de enfermagem de forma individualizada?”, “Demonstra afeto e sensibilidade para com pais e crianças?” e “Tem conhecimento da Brincadeira dirigida e do Brincar como parte inseparável do crescimento e desenvolvimento?”.

No sentido da aquisição de competências e habilidades de comunicação e relação terapêutica, e a intervir de uma forma antecipatória com as crianças e família, e dado que este serviço de pediatria aglomera crianças dos lactentes aos 18 anos menos um dia, pretendi desenvolver um percurso formativo, que sensibilizasse a equipa de enfermagem para as emoções perturbadoras e as manifestações do impacto na hospitalização das crianças e jovens nas diferentes idades tendo em conta a sua avaliação do desenvolvimento e quais as intervenções dirigidas que o enfermeiro poderia desenvolver. Sabe-se que recém-nascidos e lactentes sentem mais a separação, devido ao iniciar do processo de vinculação, os toddlers entre os 2 – 3 anos são mais suscetíveis a sentir vergonha; que os pré-escolares entre os 4 – 6 anos são crianças mais suscetíveis a sentir culpa pela sua doença; que crianças em idade escolar têm medo da lesão corporal ou perda do controlo do seu papel na escola, em casa, ...; que os adolescentes sofrem com a perda da privacidade, da separação das pessoas significativas (grupos de pares), e projetos escolares, hábitos de vida e/ou lazer, sendo estes exemplos de stressores em várias idades pediátricas aos quais devo estar desperta permitindo-me realizar cuidados de enfermagem pediátrica não traumáticos relativamente aos diferentes momentos críticos, desenvolvendo a unidade de competência (E3.3. – comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura).

Relacionar-se é estar com o outro e a comunicação, quando utilizada de forma adequada, é uma medida terapêutica eficaz considerada como um importante componente do cuidado, que pode minimizar os stressores da hospitalização identificados à medida que também lhe permite a expressão de sentimentos e pensamentos que possam causar dor física ou psicossocial, medo, ansiedade e sofrimento (Araújo e Silva, 2007).

Winkelstein (2006) sublinha que o relacionamento terapêutico é o substrato fundamental para um cuidar de enfermagem. Considerei a educação para a saúde dos profissionais uma estratégia de intervenção investindo no empoderamento da família e na capacitação das crianças e jovens, procurando uma disseminação dos padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem e boas práticas em saúde infantil.

Assim, identificaram-se como estratégias e recursos para a promoção de contextos favoráveis à saúde: gestão do conhecimento multissetorial/interdisciplinar; a identificação de características promotoras e protetoras da saúde de cada criança e família, a integração de formação e capacitação dos cuidadores visando gerir os cuidados de enfermagem de forma a minimizar o sofrimento e a dor e a prevenir comportamentos de regressão, atitudes depressivas, ansiedade de separação, problemas de alimentação e de sono.

Face ao elaborado na apresentação e, atendendo ao contextualizado, foi partilhado com a equipa de enfermagem a **“Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada”** (Apêndice XI) em forma de base de secretária, e a **“Caixa com o material sugerido para aplicação da escala e respetiva lista”**, que integram a evidência científica de boas práticas na área de saúde infantil e pediatria, sendo um recurso e uma estratégia para mobilizar conhecimento, adquirindo a seguinte unidade de competência (E3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil).

**“Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada” e a
“Caixa com o material sugerido para aplicação da escala e respetiva lista”.**

Em reunião com a EEESCJ identificaram-se os recursos e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para diagnosticar, registar sinais de alarme e perturbações do desenvolvimento, tendo em conta a avaliação do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social e as atividades promotoras do desenvolvimento.

Identificam-se como estratégias e recursos para a promoção de contextos favoráveis à saúde: os sistemas de informação, a monitorização e avaliação do estado de saúde e impacto da saúde do cliente pediátrico e família que permitam monitorizar a influência da hospitalização.

Uma das estratégias foi identificar se no sistema de registos informatizados Soarian® incluía-se no plano de cuidados diagnósticos relativos ao desenvolvimento infantil. A Observação e avaliação da criança/jovem são fundamentais para planear cuidados, intervenções precoces e respostas adequadas (Hockenberry & Wilson, 2014). De forma a contribuir para um *continuum* de cuidados na avaliação do desenvolvimento, tentei instituir uma cultura participativa de estrutura organizacional focando que a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada está amplamente aplicada e referenciada a sua utilização no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de Junho de 2013 (DGS, 2013) e que já está integrada nos Sistemas Informáticos utilizados nos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2013), sendo que a sua aplicação pode “ (...) servir como “padrão de referência da normalidade”, contribui[ndo] para focar a atenção nesta área da Saúde Infantil e, ainda, motivar e encorajar (...)” (PNSIJ, 2013) os profissionais de saúde a interpretarem os resultados obtidos à luz das competências que se esperam em cada etapa de desenvolvimento infantil, e adequar as suas estratégias de comunicação, relação terapêutica, negociação com os pais e promoção de saúde. A escala permite detetar alterações e atrasos no desenvolvimento da criança, facilitando o encaminhamento ou o planeamento de respostas adequadas a esta alteração (Sheridan, 2011). No entanto é fundamental considerar os fatores que influenciam o desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014) sendo que a hospitalização pode ser uma barreira à sua implementação. Na sala de atividades é possível observar o ritmo da criança durante a brincadeira/jogos sendo que a observação primordial ao longo deste processo, para uma avaliação eficiente e eficaz, pois permite um diagnóstico bem fundamentado (OE, 2010).

3.4. Unidade de Neonatologia

3.4.1. Caracterização do local de estágio:

A Unidade de Neonatologia que integrei inicialmente, localizada num Centro Hospitalar na região do Porto, presta assistência direta não só à população residente no concelho do Porto, mas também é um centro de referência para a maioria dos distritos do Porto, bem como Braga e Viana do Castelo ou para áreas mais alargadas, em contexto das Redes de Referência Hospitalar, como é o caso da neonatologia em que atua como referência de situações específicas do processo saúde-doença do recém-nascido do foro médico, cirúrgico, cardíaco e neurológico.

Esta Unidade comporta diversos serviços de saúde: a Unidade Autónoma da Mulher e da Criança – Pediatria A (pediatria médica, unidade neurológica pediátrica e unidade de hemato-oncologia); Pediatria B (cardiologia pediátrica e pediatria cirúrgica); Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Serviço de Urgência Pediátrica; Unidade de Ambulatórios e Neonatologia. Apresenta uma alta rotatividade de recém-nascidos prematuros que são transferidos para outras unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais, dando lugar a recém-nascidos que necessitem de cuidados altamente diferenciados como os médico-cirúrgicos. É constituída por 9 vagas de intensivos, 10 vagas de intermédios e 1 unidade de isolamento onde recém-nascidos em situações específicas de saúde, como recém-nascidos em cuidados altamente diferenciados sob protocolo de hipotermia induzida, *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), ou em cuidados paliativos se incluem. Numa perspetiva de melhoria contínua e com o intuito de aumentar a qualidade de assistência prestada aos clientes pediátricos a neonatologia integra alguns projetos, tais como: transporte do recém-nascido da alta para o domicílio; preparação para a alta e visitação domiciliária em situações específicas (crianças em situações específicas de saúde – em risco ou em ações paliativas/cuidados paliativos), e no decorrer do ano 2014, será o primeiro e único centro português acreditado e integrado na rede NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), centrando e individualizando os cuidados de observação e avaliação no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e em risco em parceria com a família.

A segunda Unidade Neonatologia está integrada num Hospital privado da região de Lisboa. Além desta Unidade o serviço contempla o bloco de partos, a admissão de grávidas, urgência obstétrica e ginecológica, a unidade de cuidados pós-parto e Internamento de puerpério.

Maioritariamente a admissão na unidade é realizada por transferência do bloco de partos, mas recebe também recém-nascidos com menos de 28 dias, nascidos neste Hospital ou em outras Unidades de Saúde após recorrerem ao Atendimento Permanente e que necessitem de Internamento.

A Unidade de Neonatologia apresenta um espaço físico agradável, com recursos tecnológicos modernos, que permitem a prestação de cuidados de saúde a recém-nascidos prematuros e/ou de alto risco podendo necessitar de intervenções médicas e cirúrgicas. No entanto, as principais causas de admissão são: recém-nascidos prematuros ou com doença respiratória.

Cada unidade de cuidados ao recém-nascido é individualizada, estando equipada com uma incubadora, rampas de oxigénio e ar comprimido, monitor cardiorrespiratório, insuflador manual, foco de luz, gavetas com material de enfermagem, cadeira e/ou cadeirão para os pais e/ou avós. Os pais podem estar presentes na Unidade 24 horas, os avós e irmãos cumprem um horário de visita das 12:00 às 21:00 que pode ser flexível. Outras pessoas significativas à criança/pais podem acompanhar o recém-nascido em situações ponderadas pela equipa de enfermagem. Existe uma linha telefónica direta da Unidade 24 horas disponível.

Os projetos para o ano corrente integram a formação interna no sentido de fundamentar a prática e a promoção da uniformização dos cuidados de enfermagem relativamente ao comportamento neonatal e aos cuidados neonatais.

3.4.2. Identificação das necessidades e objetivos específicos

Os dois últimos estágios decorreram na neonatologia que, efetuando-se em unidades de saúde diferentes, complementam-se. No primeiro estágio foca-se a criança pré-termo e em situações específicas do processo de saúde-doença e família integrada num programa de avaliação e cuidados individualizados para o desenvolvimento do recém-nascido – NIDCAP. Existem três profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com acreditação em NIDCAP tornando-se estes

facilitadores ativos da implementação do designado “*development care*” baseado nos cuidados individualizados e centrados na família com uma perspectiva de mudança de futuro nestas crianças. A formação em NIDCAP integra a observação reflexiva e avaliação da interação dinâmica e contínua entre o recém-nascido e o ambiente da unidade, do comportamento de prematuros antes, durante e após intervenções de interação de cuidados prestados em unidade de cuidados intensivos, intermédios e na pré-alta e transição para o ambulatório. Para que desenvolva habilidades e astúcia na manipulação do recém-nascido tendo em conta o desenvolvimento dos pontos fortes, as dificuldades e metas a alcançar do mesmo, de forma a delinear um plano de cuidados individualizado e orientado para o desenvolvimento e para a co-regulação da família delinee o seguinte objetivo: conhecer as orientações específicas promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e de risco.

Este processo dinâmico permitiu-me, no segundo local de estágio, desenvolver complementarmente a definição conceptual do cuidar, e difundir neste contexto profissional de forma a otimizar a qualidade dos cuidados através de, por exemplo, formação aos pares.

3.4.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas

“Partilha de Experiências vivenciadas na Neonatologia”

Os avanços nos cuidados intensivos neonatais e perinatais têm diminuído em muito as taxas de mortalidade para recém-nascidos prematuros e recém-nascidos com alto risco de comprometimento do desenvolvimento, sendo que o desenvolvimento saudável da criança e do jovem é um objetivo já iniciado no séc. XXI e que o recente PNSIJ 2013 faz novo enfoque em relação ao anterior referindo que:

o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere. A avaliação do desenvolvimento permite identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias.

Assim, cada vez mais prematuros extremos de 24 semanas de gestação sobrevivem ao ambiente extrauterino, sendo que daqui advêm sequelas associadas à Prematuridade: físicas, psicológicas, sociais e emocionais, sendo que “todo o cuidado prestado na Neonatologia tem um impacto positivo ou negativo no cérebro do recém-

nascido” (Tamez, 2009). O Mundo das Crianças em Neonatologia é experienciado em termos de: Tempo, Duração, Processo saúde/doença e Intensidade. Sabe-se que o primeiro ano de vida do recém-nascido é um período de crescimento e de aquisição de aptidões muito rápido caracterizado por diversos marcos de desenvolvimento. Neste período eles aprendem a sorrir, a reagir a estímulos, a reagir quando chamam pelo seu nome, a sentar-se sozinho durante uns minutos e a manter-se de pé. O recém-nascido tanto *in útero* como no meio externo apercebe-se do que o rodeia, vai desenvolvendo capacidades sensoriais e perceptivas necessárias para se relacionar, podendo através da visão, do paladar, do olfato, da audição e da resposta a estímulos tácteis e térmicos, influenciar e ser influenciado.

Segundo Tamez (2009) as áreas motoras do cérebro humano parecem contribuir para o desenvolvimento de algumas funções cognitivas, sendo que as estratégias para otimizar o desenvolvimento neuromotor e capacidade neuroplásticas em crianças nascidas pré-termo são importantes para otimizar o seu desenvolvimento cognitivo.

Por outro lado, o recém-nascido internado numa unidade de cuidados neonatais é considerado um neonato de alto risco; segundo Hockenberry & Wilson (2014), define-se neonato de alto risco como “um neonato, independentemente da sua idade gestacional ou do peso ao nascer, que apresente uma possibilidade maior que a normal de morbidade ou mortalidade”. O neonato de alto risco, em virtude da sua maior possibilidade de morbidade ou mortalidade, vai ter necessidades de cuidados físicos especiais dirigidos à sua condição de saúde, sejam cuidados dirigidos ao seu desenvolvimento ou cuidados dirigidos ao estabelecimento de uma vinculação segura, e tão precoce quanto possível, entre o neonato e os pais. Os cuidados físicos, prestados ao neonato, variam consoante a patologia específica. No recém-nascido doente o seu desenvolvimento está alterado aumentando a sua vulnerabilidade. Através da avaliação e documentação de competências limiáres à desorganização dos recém-nascidos de forma a obter a melhor compreensão que o desenvolvimento do sistema nervoso possa ter. Podendo ser uma porta aberta de atitudes de enfermagem que geram intervenções com vista ao desenvolvimento do recém-nascido no hospital e prestação de cuidados de suporte para a família da criança.

É necessário habilidade e sensibilidade para nutrir a criança e família de cuidados com afeto. Todas as crianças contam com segurança, proteção e intimidade, sendo que as experiências precoces com o ambiente da Unidade de Cuidados Neonatais

vêm alterar as respostas neuroendócrinas ao stress, a organização e as suas funções cerebrais, o que aumenta a responsabilidade de todos os envolvidos nos cuidados.

Esta partilha de experiências com a equipa da Unidade de Neonatologia e do serviço de obstetrícia contribuiu para transmitir que o cuidar em neonatologia não é somente cuidar para a estabilidade fisiológica, mas também para cuidar para o Desenvolvimento Neuropsicomotor do recém-nascido, devendo este ser um “Cuidado contínuo e individualizado que apoia a maturação do neonato e o envolvimento da sua família” (Alls, 1995). Durante esta comunicação partilhou-se a aplicabilidade de instrumentos de avaliação em enfermagem como a: Escala de Avaliação das Competências Alimentares – EFS (Early Feeding Skills); as escalas de avaliação da Dor e a Escala de Braden Q, além da experiência do “Momento Reflexivo VIII – Estudo de Caso: Recém-Nascido sob Protocolo de Hipotermia”. De forma a complementar esta partilha de experiências definiu-se a seguinte Instrução de Trabalho: “**Protocolo de Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento**” (Apêndice XII) que permitiu o desenvolvimento da seguinte unidade de competência (E2.4. Providencia cuidados à criança (...) promotoras da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportados na evidência).

“Protocolo de Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento”

O internamento na unidade de cuidados neonatais, segundo Hockenberry (2006), induz uma ampla variedade de estímulos, sendo o ambiente super estimulante, o que pode conduzir a uma alteração do desenvolvimento do neonato. Atualmente as neonatologias, valorizam as práticas humanizadas no contexto da UCIN o cuidado com a manipulação, postura, som, luz, stress e dor, à luz do conhecimento das capacidades do recém-nascido, não podem deixar de ser considerados pela equipa. Para minorar esta estimulação excessiva, que afeta os recém-nascidos, e permitir a vinculação precoce através da interação e maior proximidade e atenção dos pais, deve estabelecer-se políticas de cuidados de desenvolvimento que visem a redução de ruídos através da restrição de atividades produtoras dos mesmos. Nesta lógica contribuiu o facto de ter realizado estágio num local onde dão prioridade à observação sistemática de recém-nascidos, sendo que esta avaliação permite oportunidades de apoio ao desenvolvimento como: Inclusão e apoio aos pais; Estruturação de um ambiente físico adequado ao

recém-nascido e família; Organização e planeamento de intervenções transdisciplinares e de enfermagem adequadas à individualidade do recém-nascido e família; Apoio na alimentação permitindo a valorização do recém-nascido e a vinculação com os pais, aumenta a confiança no cuidar e contribui para o desenvolvimento do recém-nascido. Fez-me questionar se eu “sou um agente de stress ou desconforto? Ou de calma, nutrição de afetos e confiança? (Alls & Gilkerson, 1998)”.

O programa NIDCAP envolve a avaliação e observação do recém-nascido durante a interação com o **cuidador** e o **ambiente**, através do *Assesment of Preterm Infants' Behavior* (APIB). A APIB é um instrumento de avaliação sistemática do desenvolvimento comportamental de recém-nascidos prematuros, e de termo baseado na Teoria de desenvolvimento Síncrono-Ativo e baseia-se na “*The Neonatal Behavioral Assesment Scale*” (NBAS), que avalia a organização comportamental e permite a recomendação de intervenções que poderão facilitar o equilíbrio **de 5 subsistemas** (Autonómico, Motor, Estado Comportamental, Atenção e Interação social e Autoregulador).

A avaliação destes Subsistemas permite: determinar a tolerância do recém-nascido às manipulações; determinar a maturidade de cada subsistema; avaliar sinais de stress comportamentais (Tónus muscular - extensão dos membros inferiores; postura; caretas; eliminação; soluços, regurgitação, bocejo; alteração no ritmo cardíaco/baixas de SaO₂; estado do sono/habilidade em permanecer no estado de alerta; alteração de cor) durante a interação com o ambiente; e assim desenvolver um plano de cuidados específico para cada recém-nascido.

No âmbito do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, e tendo em conta a satisfação das necessidades do neonato torna-se essencial ter presente os pontos 7, 8 e 9 da Carta da Criança Hospitalizada que de um modo geral dizem respeito ao ambiente hospitalar que deve ser adequado às diferentes necessidades da criança, à equipa de saúde que deve assegurar a satisfação das necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família, e por último à organização da equipa de saúde que deve assegurar a continuidade dos cuidados. Assim sendo, foi realizado o protocolo de cuidados de apoio ao desenvolvimento, que permite o planeamento de intervenções que satisfaçam o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo ou em situações específicas do processo saúde/doença e que permita ao cliente pediátrico e família o caminhar para a autorregulação (falar com o recém-nascido antes de o manusear, dar intervalos entre as

mudanças de posição, falar suavemente, apenas um estímulo presente em um momento, fornecer fronteiras e possibilitar posturas terapêuticas, medidas de contenção tátil, respeitar o princípio da linha mediana, apoiar na manutenção da flexão, utilizar constantemente toque firme e suave e não rápido e doloroso.

“Reformulação da Escala de Auto-avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido” (Apêndice XIII)

Relativamente aos pais, o internamento de um filho numa unidade de cuidados neonatais tem as seguintes consequências: Separação destes com o filho; Condiciona problemas socioeconómicos, visto que crescem os encargos para acompanhar o filho; receio da tecnologia usada nos cuidados de saúde; luto pela criança idealizada durante a gravidez, em virtude da patologia da criança; alteração do papel parental, uma vez que, grande parte dos cuidados são realizados por outras pessoas que não os pais; receio do regresso a casa, em que, temem não conseguir prestar os cuidados que a criança necessita.

Os fatores acima descritos levam a que os pais/famílias se encontrem num momento de grande ansiedade, conduzindo a maiores dificuldades em “ouvir e integrar as informações” (Kenner *et al.*, 1998, citando Kersten, 1984) fornecidas pelos enfermeiros durante a preparação para o regresso a casa, comprometendo assim o sucesso deste processo, uma vez que é através destas informações e com a devida conjugação destas, com o treino de capacidades, que se poderá promover a aquisição de competências essenciais no cuidar do recém-nascido.

Neste processo de desenvolvimento, é preciso integrar a criança numa abordagem holística, para que os pais possam atender às necessidades do desenvolvimento infantil – neuropsicomotor, físico, emocional e social.

Para a Reformulação da Escala de Auto-avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido do Hospital, agruparam-se os cuidados antecipatórios do primeiro ano de vida previstos no PNSIJ 2013, mais concretamente a 1ª semana de vida preconizada pela DGS na idade chave neste programa-tipo de atuação – Alimentação, Saúde Oral, Higiene, Posição de deitar, Hábitos de Sono, Hábitos Intestinais e de Cólicas, Crescimento e Desenvolvimento, Acidentes e Segurança, Temperatura normal e febre, Sintomas/sinais de alerta, Sintomas/sinais comuns,

Vacinação – vantagens e reações, vida na creche/ama/outros atendimentos e relação emocional; a documentação de registo de enfermagem em utilização no Hospital e tendo por base a pesquisa bibliográfica e os instrumentos existentes na área de competências parentais.

Para a sua aplicação sistematizada obteve-se uma grelha de observação, que foi alvo de aplicação sistematizada junto dos pais cujos filhos se encontram internados pelo menos 24 horas na Unidade de Neonatologia, cujo resultado permitiu levantar hipóteses da realidade. Assim a aplicação desta escala possibilitou compreender o impacto da utilização dos seguintes métodos pedagógicos (método expositivo, método demonstrativo, método interrogativo e método ativo) na Neonatologia, e consequentemente compreender se o prestador de cuidados compreende os ensinamentos que lhe são realizados e que tipo de interação existe entre a família e o enfermeiro.

A atividade “**Reformulação da Escala de Autoavaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido**” enquadra-se no sentido de perspetivar a promoção da Qualidade em Saúde na Unidade. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere especial relevância à adequação dos meios e à atuação do Sistema de Saúde, orientadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças, tal implicou equacionar perspetivas de aperfeiçoamento e implementação, concetualizando o cuidar de forma holística incorporando os cuidados antecipatórios preconizados pela DGS no primeiro ano de vida e a consequentemente uniformização das ações de promoção da saúde e prevenção da doença realizadas pelos enfermeiros da unidade favorecendo uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

A Reformulação da Escala de Autoavaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido permitiu ainda criar janelas de oportunidade para desenvolver um quadro de referência e instruções de trabalho que permitam o desenvolvimento do potencial para a emoção e prevenção da doença e sinalização e articulação com o serviço de obstetrícia e cumprir a seguinte unidade de competência (E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança).

Por outro lado, permitiu compreender a necessidade de atualização, realização e utilização de suporte informacional, já que esta é amplamente referenciada na literatura como uma estratégia útil.

Foram elaborados os seguintes suportes informativos: **“Preparação de Biberões”**, que foi disponibilizado para outros serviços como o serviço de Obstetrícia, rentabilizando assim os recursos existentes. Os folhetos sugeridos antes de serem implementados foram avaliados, com o intuito de cada enfermeiro validar o procedimento. As ações educativas individuais é um recurso importante no cuidar do cliente pediátrico e família e traduzem-se como uma influência positiva na adesão a comportamentos saudáveis.

3.5. Atividades comuns aos Locais de Estágio

“Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde”

Os Momentos de Registo Reflexivo pretendem sustentar as preocupações e inquietudes que foram surgindo ao longo do percurso de desenvolvimento de competências os diferentes contextos de estágio, procurando contemplar os temas definidos e já identificados ao longo deste capítulo.

“Elaboração de um Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem“ ao longo das unidades de saúde que permita compilar, analisar resultados esperados e mobilizar a evidência científica”

O Dossier temático é uma metodologia de trabalho que utilizei através da construção crítica de conhecimento, com resumos por mim elaborados que englobam tópicos, conceitos e artigos que pesquisei sobre quatro temáticas que fui definindo: (1) A Saúde: Risco, Vulnerabilidade e Pobreza; (2) Cuidar Pediátrico: O Ambiente Humanizado (3) O Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização, (4) Necessidades dos pais/família que interferem no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem, e por fim, (5) **Mapa Conceptual da Área Temática segundo o Modelo de Betty Neuman** (Apêndice XIV)

CONCLUSÃO

4.1. Considerações Éticas

Durante o percurso de desenvolvimento para a aquisição de competências tive de ser resiliente no sentido de desenvolver sensibilidade para um caminho de prática avançada para lidar com os stressores, que foram surgindo perante situações não só mais comuns como também mais adversas e específicas.

Este percurso permitiu-me desenvolver mecanismos de *coping*, e perceber, não só os de quem prestamos cuidados, como também, o dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados. Conhecer-los, considerá-los nas suas capacidades e habilidades, potenciá-los e saber utilizá-los permite-me cuidar do cliente pediátrico como ser holístico que é, sob uma filosofia de cuidados centrados na família, conduzindo a uma tomada de decisão consistente sobre os cuidados de enfermagem. Esta encontra-se bem explícita nos protocolos/normas/procedimentos operacionais que vigoram nas unidades locais, bem como no código de conduta profissional espelhado nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: “a relação terapêutica no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.” (OE, 2001). Ao longo deste percurso valorizei ainda mais o cumprimento de promessas e o respeito pela confiança, pilar do princípio da relação de intersubjetividade entre profissional/cliente pediátrico/família.

Reformular a informação, clarificar a mensagem transmitida, responder às questões colocadas perceber se a mensagem transmitida acompanhou o ritmo de cada familiar, só assim se pode proceder a um consentimento informado em se respeita o ser humano e o direito pela liberdade de expressão e opinião, sendo que “as opiniões da criança devem ser levadas em consideração em relação à sua idade e ao seu grau de maturidade”, Convenção dos Direitos da Criança (1989). Deste modo, julgo também ter desenvolvido competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e em concreto (A2.1. Promove a proteção dos Direitos Humanos) (OE,2009).

Como futura EEESCJ agi sustentada numa prática baseada na evidência, em prol do desenvolvimento da qualidade da minha prestação de cuidados, interpretando, refletindo e utilizando os resultados de pesquisas nas atividades que delineeii, tive em

conta os valores e expectativas e as informações que obtive soube o cliente pediátrico e família e os diferentes contextos, de forma a aumentar a qualidade de cuidados por mim prestados, e otimizar resultados em saúde tendo em conta os s antecipatórios e por conseguinte a tomar decisões relativas à melhor resposta na situação particular de cuidados, sempre com o maior interesse da criança e o melhor bem, assegurando a individualidade e princípios de beneficência, justiça, autonomia, vulnerabilidade. Este fato permitiu aumentar a minha experiência clínica; ampliar os meus conhecimentos incorporando recursos; disponibilizar-me mais, envolvendo a equipa com o intuito de aumentar o suporte emocional da família, nos diferentes contextos; no fundo estou mais desperta para a mudança e conseqüentemente consolidei a minha autonomia responsável e mais segura.

4.2. Perspetiva Futura

Com este relatório desenvolvi o conceito de políticas saudáveis na perspetiva de confrontar-me com a importância e o impacto da promoção e educação para a saúde nas várias unidades locais de estágio, conferindo *empowerment* ao cliente pediátrico e família, desenvolvendo o conhecimento científico, a práxis e a satisfação dos enfermeiros.

Permitiu-me assumir posições de liderança, suporte, parceria e/ou advocacia para desenvolver a minha práxis. Obter uma capacidade de intervenção promotora da saúde, prevenção e diagnóstico precoce das necessidades do cliente pediátrico, e assim a maximização da saúde em processo de saúde-doença.

Atendendo aos objetivos gerais e específicos e às competências adquiridas foi possível identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo de desenvolvimento e de otimização da promoção da saúde, bem como atuar e adquirir conhecimentos facilitadores de estratégias em equipa.

O que persegui ativamente, e afetou a minha procura ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências para aquisição da EEESCJ, foram situações nas quais a minha atitude é absorvida pelo meu esforço e afeição. O enfermeiro deve saber distinguir o desenvolvimento e crescimento normal da criança para poder avaliar, planear e intervir, reconhecendo rapidamente uma criança doente. A perspetiva do cuidar é assim a prestação de cuidados humanizados contribuindo para um ambiente

propício ao desenvolvimento das potencialidades do recém-nascido, criança e jovem e família.

Clarifico que o trabalho emocional, e a forma como lidamos com as nossas emoções e com as dos outros, é um aspeto fundamental na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família/pessoas significativas, pois permite transmitir “sensibilidade afetiva e compreensão pelo Outro e lidar, simultaneamente, com a influência das emoções na sua pessoa” (Diogo, 2015).

Aparentemente, a dimensão emocional é tão relevante como qualquer outra nos cuidados de Enfermagem, pois ajuda no estabelecimento das relações e na transmissão do sentimento de segurança e de confiança nas intervenções (Diogo, 2012). Segundo Watson (2002), citada por Diogo e Rodrigues (2012), o “processo de cuidados é um processo relacional” e “um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos”, o que é especialmente relevante no contexto de cuidados pediátricos, em que há um grande desgaste emocional, especialmente nas situações específicas de saúde. Por isso o enfermeiro especialista deve ter sempre presente a gestão das emoções na prática de cuidados, pois isso influencia o relacionamento com a criança/jovem e família/pessoas significativas, com a própria equipa e, conseqüentemente, a qualidade e a efetividade dos cuidados prestados. O desafio é desflorar. É clarificar que prestar cuidados humanizados, é a valorização da experiência humana das emoções que confere “(...) ao acto de cuidar o encanto, o sentido, o impulso e motivação que preenche o vazio dos *cuidados técnicos* conferindo, simultaneamente, sentido à dinâmica relacional no cuidar (...)” (Diogo, 2006). O processo de conhecer o sistema-pessoa, é assim o resultado da interação dinâmica desta com o ambiente, sendo que os seus processos de aprendizagem e recursos identificados na linha normal de defesa, linha flexível de defesa, e linhas de resistência de cada ser humano o influenciam e são influenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- Alarcão, M. (2003) – *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bowlby, John (1981) – *Cuidados maternos e saúde mental*. Brasil: Martins Fontes.
- Brazelton, T. (1995) – *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos de vida*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T.(2002) – *Dar atenção à Criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Brazelton, T (1992). *Tornar-se Família – O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T & Cramer, B. (1989). *A Relação Mais Precoce – Os Pais, os Bebés e a Interação Precoce*. Lisboa: Terramar
- Brazelton, T. & Nuget, J. (2001). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. British Library: Mac Keith Press.
- Castro, L & Ricardo, M. (1994) – *Gerir o trabalho de projeto: uma manual para professores e formadores*. (4ª ed.) Lisboa: Texto Editora.
- Collière, M. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Collière, M (1999). *Promover a Vida*. (3ªed.). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. (3ª ed.). Filadélfia: F. A. Davis Company.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (3ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Gasper, E. & Haggarty, R. (2006). *The psychological preparation of children for hospitalisation*. Londres: Elsevier.
- Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no Hospital Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2013) – *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). (Volume 1 e 2). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- McEwen, M. & Wills, E. (2009). *Bases teóricas para Enfermagem*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Nightingale, F. (1946) – *Notes on Nursing: What it is, and it is not*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (2002). *Compreender as Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001) – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Patel, D. (2011). *Neurodevelopment disabilities. Clinical care for children and young adults*. Springer Book.
- Phaneuf, M. (2001) – *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. (2000)- *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Schön, D. (1983). *The Reflective practioner: how professionals think in action*. Nova Iorque: Basic Books, cop.
- Sheridan, Mary; Frost, Marion & Sharma, Ajay (2001) – *From Birth to Five Years – Children's Development Progress*. Londres: Routledge.
- McNerny, T.K.; Adam, H.M.; Campbell, D.; Kamat, D.K. & Kelleher, K.J. (2013). *Pediatric Primary Care*. (5ª ed.). Philadelphia: Elsevier.

- Tamez, R (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan.
- Watson. J. (2002) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Artigos

- Araújo, Y; Collet, Neusa; Moura, F. & Nóbrega R. (2009). Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. *Texto contexto Enferm., Florianópolis*, 18(3), 498-505.
- Barradas, A; Rodrigues, J. & Pereira, M. (2009). O cuidar multicultural como estratégia no futuro. *Nursing*, 252, 8-15
- Botelho, S. M. (2011). *Representações sociais de mães sobre prematuros hospitalizados e o cuidar materno* (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.
- Carvalho, J., Araújo, A., Costa, I., Brito, S., & Souza, N. (2009). Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 734-738.
- Cruz, I., Maria, M., Maria, L. & Maria, S. (2005). Uma Perspetiva histórica sobre o Cuidado. *Sinais Vitais*. (58), 47-54.
- Cerullo, J., Cruz. D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-America de Enfermagem*.
- Souza, L., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J. & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 729-733.
- Casey, A. (1995) – Partnership nursing: influences of involvement of informal careers. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (6), 1058-1062
- Felicíssimo, A. & Sequeira, P. (2007). A família como unidade de intervenção em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 71, 31-34.
- Ferreira, M.; Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*, 51-58
- Gomes, I. (2006) – Dimensão Espiritual nos Cuidados de Enfermagem: Que Realidade? *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 8, 55-61

- Gomes, C., Trindade, G., & Fidalgo, J. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 105-116
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: the last frontier for evaluation. *Elsevier: Nursing Education in Practice*, 11(2), 71-164
- Leininger, M. (1988) – *Caring, an essential human need: proceedings of three National Caring conferences*. Detroit: Wayne State University Press.
- Machado, M.; Alves, M.; Couceiro, M. (2011) – Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5),195-204.
- Mendes, M.; Martins, M. (2012) – Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 3 (6), 113-121.
- Mercer, R. – Becoming a mother versus maternal role attainment (2004). *Journal of Nursing Scholarship*. San Francisco, 36(3), 226-232
- Pires, A. (2007) – Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 72, 47-49.
- Rocha, S.; Dornelas, L. & Magalhães, L. (2013). Instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo no Brasil: revisão da literatura. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 21(1), 109-117.
- Rouck, S.; Leys M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. *Patient Education & Counseling*, 76(2), 159-173.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Sousa, P. (2013) – Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24-28.
- Sparrow, J. & Brazelton, T. (2006). A Development Approach for the prevention of common behavioral problems. *Brazelton Touchpoints Center*, 1-18.
- Tanner, A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Neto, J. & Rodrigues, B. (2010). Tecnologia como Fundamento do Cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enferm*, 19(2), 372-377.

- Nunes, T. (1994). O Ambiente da Criança. *Cadernos de Pesquisa de São Paulo*, 89, 5-23.

Documentos Legislativos

- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde.
- Conselharia de Protecção Social Direcção Geral da Família, da Criança e das Adoções (2006). *Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças*. KOLOR Litógrafos: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.
- Direcção Geral da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2001-2016: Análise de Planos Nacionais de Saúde de Outros Países*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010): *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer nº4/2010 de Outubro (2010). *Escala de avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil dos 0-5 anos SGSII: Existência de Validação para a População Portuguesa e Valor para o fim a que se destina*. Ordem dos

Enfermeiros, nº 8705 (20.10.2010). 1-3.

- UNICEF (1989) - *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas, Portugal

ANEXOS

ANEXO I – Modelo Conceptual de Enfermagem de Betty Neuman

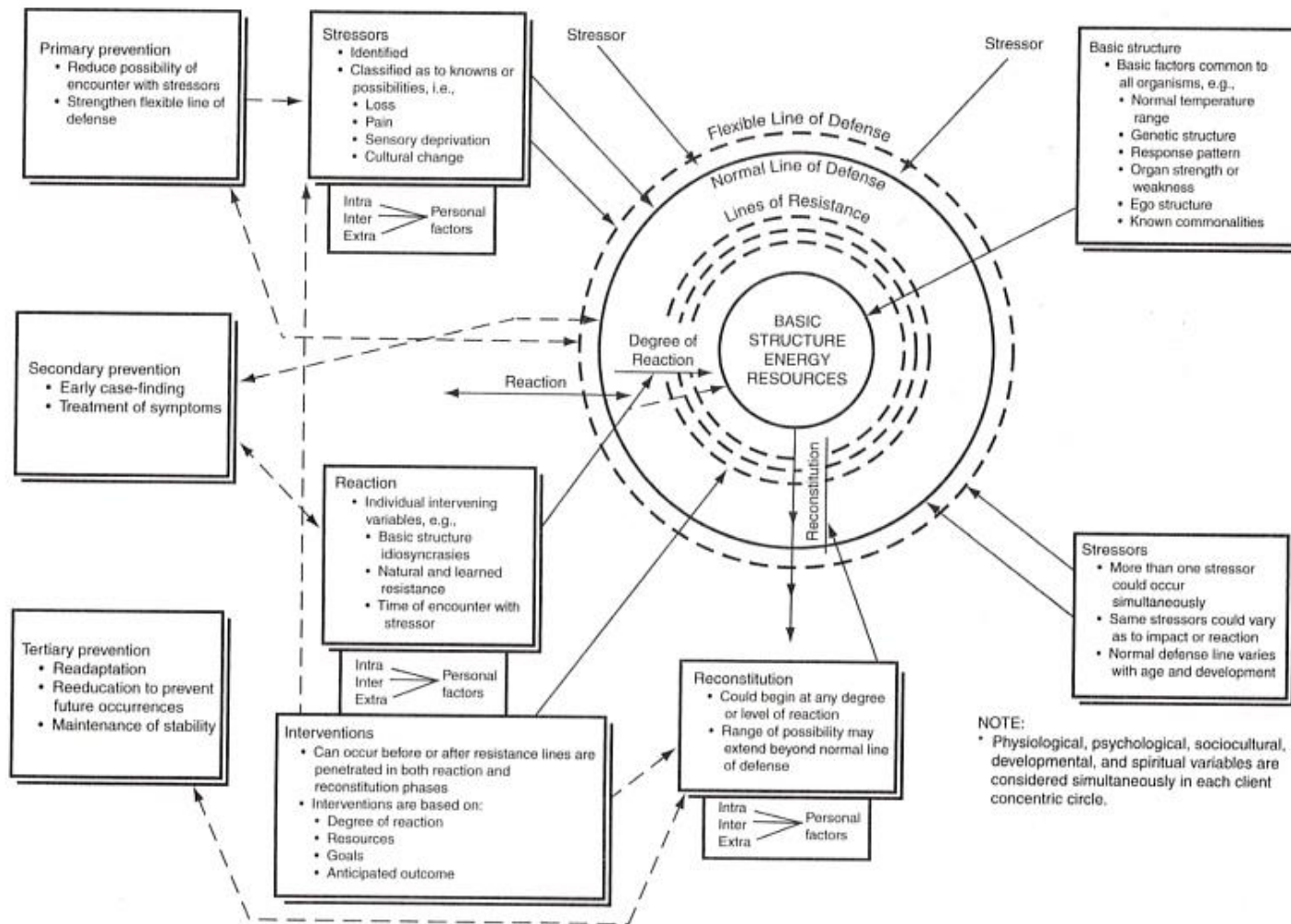


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

**ANEXO II – Regulamento n.º104/1998: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro
Especialista**

Ficam notificados todos os interessados, de que o processo supra identificado, foi encerrado.

A decisão de encerramento do processo foi determinada por: Insuficiência de bens para satisfação das custas do processo e das restantes dívidas da massa insolvente (art.º 230 al. d) e artigo 232.º n.º 1, 2 e 7 do CIRE).

Efeitos do encerramento: Os previstos no disposto no art.º 233.º do CIRE.

09/02/2011. — O Juiz de Direito, *Dr.ª Cristina Rebelo*. — O Oficial de Justiça, *Lurdes Lemos*.

304332911

CONSELHO SUPERIOR DOS TRIBUNAIS ADMINISTRATIVOS E FISCAIS

Deliberação (extracto) n.º 485/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. António Manuel de Macedo de Almeida, juiz conselheiro da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer, em comissão de serviço, as funções de consultor da Casa Civil do Presidente da República e de secretário do Conselho de Estado — desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilção.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.
204339854

Deliberação (extracto) n.º 486/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Abel Ferreira Atanásio, juiz conselheiro, da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer o mandato de presidente do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa e do Tribunal Tributário de Lisboa e, em acumulação, do Tribunal Administrativo e Fiscal de Almada — nomeado para, em regime de

acumulação, exercer as funções de presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.
204339943

Deliberação (extracto) n.º 487/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011, foi reformulada a delegação de poderes operada por deliberação de 25 de Janeiro de 2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25, de 4 de Fevereiro de 2011 [Deliberação (extracto) n.º 349/2011], e foram delegados na Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, Juíza Conselheira Fernanda Martins Xavier e Nunes, e no Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra, Juiz Conselheiro Abel Ferreira Atanásio, os poderes para a organização e aprovação conjunta dos mapas de férias dos juizes em exercício de funções nos Tribunais Administrativos e Fiscais de Loulé, Beja e Sintra, mantendo-se quanto ao mais a delegação de poderes operada pela referida deliberação de 25 de Janeiro de 2011.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.
204340039

Deliberação (extracto) n.º 488/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Benjamim Magalhães Barbosa, juiz de direito, em comissão permanente de serviço como juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, e actualmente em comissão de serviço como Coordenador do Departamento de Formação do Centro de Estudos Judiciários — provido, a título definitivo, no lugar de juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, mantendo a comissão de serviço no Centro de Estudos Judiciários.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.
204339992



ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 122/2011

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que

permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea *d*) do artigo 30.º, da alínea *o*) do artigo 20.º e da alínea *i*) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.

2 — 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.

3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º
Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”, são as competências que 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.

c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

d) “Domínio de competência”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º
Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º
Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º
Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º
Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º
Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV)

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Descritivo

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.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão. A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica. A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.	A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.4.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

Competência

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.4 — Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.5 — Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros. A2.1.8 — Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.
A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. A2.2.2 — Adota e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória. A2.2.4 — Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5 — Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.	B1.1.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2 — Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3 — Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Competência

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Descritivo

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas. B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3 — Lidera programas de melhoria.	B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional escrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

Descritivo

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

Regulamento n.º 123/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Preâmbulo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al*, 2007).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE@1.0.

**ANEXO III – Regulamento n.º123/2011: Regulamento das Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

Regulamento n.º 123/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Preâmbulo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à

criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al*, 2007).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE@1.0.

Assim:

Nos termos da alínea *c*) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea *o*) do artigo 20.º e da alínea *i*) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são as seguintes:

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Competência

E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Critérios de avaliação

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

Competência

E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo

Mobiliza 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.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4 — 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.	E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de <i> coping </i> e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

Competência

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4 — Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizada no dia 18 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma

APÊNDICE II – Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Estudante de Mestrado: Ana Rita Pinheiro de Sousa Figueira

Docente: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA

Ano Letivo 2014-2015

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. ENQUADRAMENTO	4
2. ATIVIDADES E OBJETIVOS/CONTEXTO DE ESTÁGIO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	09

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretende contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista da Saúde da Criança e Jovem (EEESCJ).

1. ENQUADRAMENTO

O tema escolhido classifica-se como atual e oportuno, e permitirá o meu envolvimento empreendedor e criativo segundo a temática – “Promoção do Desenvolvimento do Recém-nascido, Criança e Jovem”.

A sua implementação permitirá consolidar a importância do cuidar e das intervenções de enfermagem que presto durante a minha prática profissional, sendo que as competências que vou adquirir, num processo dinâmico, reflexivo e adaptativo, vão-me permitir integrar conhecimento para uma prática avançada, com o intuito de desenvolver uma postura autónoma, responsável, criativa e participante no processo de ensino-aprendizagem que me irá ser facilitado, aplicando o saber ser, o saber estar e o saber fazer às diversidades e adversidades dos diferentes campos de estágio. Assim, o meu percurso de formação pretende expor, de forma sistemática, o desenvolvimento de competências ao nível das intervenções de enfermagem a adquirir acerca das alterações reais ou potenciais no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença, constituindo a problemática abordada no projeto.

Este projeto de estágio está indissociavelmente ligado à formação empírica e às experiências que vou acolhendo no exercício da minha profissão em contexto de Neonatologia e ao fato de estar consciente que o crescente aumento da sobrevivência infantil enfatiza o processo de desenvolvimento. No entanto, a elaboração do projeto escrito, compreende não só a influência dos empreendimentos tecnológicos modernos na sobrevivência; como também identifica que o crescente interesse por este tema é devido ao reconhecimento de que a prevenção de problemas e/ou patologias associadas neste período exerce mudanças relativamente duradouras na constituição do ser pessoa, abrevia Carvalho (2012). Durante a revisão da literatura identifica-se que a aplicação humana é que determina os potenciais riscos e benefícios da sua utilização, sendo necessário o desenvolvimento de competências que qualifiquem os enfermeiros envolvidos no cuidar desde a conceção, permitindo uma tomada de decisão que envolva a ciência e a tecnologia, vinculando-a com os valores éticos.

O desenvolvimento infantil foi assim uma das questões prementes do século XX, sendo que “a evolução da saúde infantil é uma história de sucesso, resultado da melhoria das condições socioeconómicas, das reformas e intervenções específicas na saúde” (Machado *et al.*, 2011). Esta “sustentabilidade requer monitorização através dos

indicadores do PNS que define, como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida.” (Machado, 2011). Como tal, a “Saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente (...) é determinante. (...) a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços” (DGS, 2005), além de que a estimulação parental também é um enorme contributo para o desenvolvimento de uma vida.

Conceptualizar o processo de desenvolvimento infantil necessita da adoção de referenciais teóricos de forma a definir com rigor os diagnósticos de enfermagem para que se possa delimitar intervenções de enfermagem a adotar e identificar estratégias de enfermagem no âmbito da promoção do processo de saúde/doença. Assim, para a compreensão da problemática adotou-se o Modelo Conceptual de Sistemas de Betty Neuman integrado numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

O desenvolvimento transcorre em determinados períodos do crescimento e ocorre por sequência de etapas específicas salientando-se as características mais significativas do desenvolvimento humano por etapas do ciclo de vida – a vida intra-uterina e o estabelecimento de relação/vinculação mãe/recém-nascido no período pré-natal e neonatal e importância dessa relação precoce no desenvolvimento e na experiência de paternidade e maternidade; a interação mãe/filho integrada no fenómeno de vinculação e sua importância no decorrer da infância; a evolução da estrutura cognitiva e psicológica integrada nos estádios de desenvolvimento ao longo da idade pré-escolar e escolar e a importância do contexto social e das relações interpessoais no desenvolvimento da identidade no pré-adolescente e adolescente.

Independentemente dessas mudanças características que ocorrem, que parecem ser universais, é importante salientar que cada criança tem o seu próprio padrão de desenvolvimento. Assim, essas características individuais que marcam o desenvolvimento infantil e juvenil iniciam-se desde a concepção, e envolve uma abordagem multiconceitual: “Crescimento físico, maturação neurológica, construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança” (Carvalho, 2012), permitindo ao recém-nascido, criança e jovem desenvolver capacidades e adquirir competências que respondam às suas necessidades e às do contexto onde se inserem.

Este sentido de maximização e potenciação da saúde direciona-nos para a Promoção da Saúde e, conseqüentemente, para a Carta de Ottawa (1986) que “ainda permanece como

peça central de direcionamento das estratégias de promoção à saúde” (Heidmann *et al.*, 2006) orientando as diversas conferências internacionais⁹ nas estratégias de alcance de plena saúde, dando maior enfoque à dimensão social e ao conceito de *empowerment*, permitindo uma nova concepção de promoção da saúde não centrada na doença. Heidmann (2006) citando OMS (1986) define o conceito de promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. (...) Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.”

As actividades delineadas permitirão compreender este quadro abrangente de características infantis e juvenis identificando características, intensidades e naturezas específicas do desenvolvimento, na vivência e adaptação de diversos contextos e/ou situações.

A enfermagem emerge como resultado do pensamento crítico e da metodologia de investigação desenvolvida durante a prática clínica. Assim, compete ao enfermeiro conhecer e valorizar experiências e vivências inerentes ao conceito pessoa como ser holístico; e construir uma parceria de cuidados, que é única, e que perspetive e garanta uma continuidade de cuidados numa dimensão holística. Os Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EEESCJ (2011) torna clara algumas esferas de ação do Enfermeiro Especialista nesta área, sendo que um dos focos de intervenção é “ (...) a promoção e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (...)”.

Partindo desta premissa, e ao considerar como principal dificuldade, descrever e intervir nas alterações reais ou potenciais de desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, criança e jovem a questão de partida enunciada no projeto foi descrita da seguinte forma:

Quais são as alterações reais ou potenciais de desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem que o enfermeiro deve considerar na sua prática de cuidados?

⁹ Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que decorrem em diferentes países sendo as principais: Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Santa Fé de Bogotá 1992, Port of Spain 1993, Canadá 1996 Jacarta 1997, Rede de Megapaíses 1998, México 2000, Bangucoque 2005.

Consequentemente, o objeto de estudo são as **intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspectiva holística relacionada com o processo saúde-doença.**

2. Atividades e Objetivos/Contexto de Estágio

Unidade de Saúde I: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Objetivo: Compreender a interação entre o ambiente e o desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem nos diferentes contextos.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a população pediátrica atribuída à Saúde escolar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de Saúde Escolar (estratégias, recursos, articulação):
 - Intervenções desenvolvidas pelos Enfermeiros de Saúde Escolar;
 - Recursos materiais e da comunidade utilizados pelos Enfermeiros;
 - Papel do Enfermeiro Especialista no processo de articulação com a equipa de profissionais de saúde, famílias, crianças e instituições.
- Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença.

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas atividades de Saúde Escolar. - Interação informal com os pais, crianças e/ou jovens. - Reuniões com as Coordenadoras dos estabelecimentos de Ensino e com Educadores e Professores. - Reuniões com a Psicóloga clínica e Assistente Social da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. - Participar na Reunião Mensal de ligação entre a Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar e a Saúde Escolar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. - Identificação e registo dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica que integre conceitos da Saúde Mental e Psiquiátrica na Criança e no jovem. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiras da Saúde Escolar. Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Mental. Pais. Coordenadoras e Educadoras e/ou Professores das escolas dos Agrupamentos Escolares inerentes à Saúde Escolar da Unidade de Cuidados Personalizados. <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Questionários. Relatórios de Saúde Escolar 2013/2014. Instrumentos de monitorização. Sistema de Informação SINUS. Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 – em discussão pública. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem “.

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e estudo de caso de 3 situações problemáticas em famílias que o centro de saúde, em parceria com os agrupamentos escolares, já identificaram como de risco ou em perigo e na comunidade de forma a compreender melhor as dinâmicas familiares e o desenvolvimento social, emocional, moral, cognitivo em idades-chave da criança. - Identificar e registar stressores parentais que afetem a parentalidade. - Identificar e registar os stressores universais, conhecidos e desconhecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica que integre conceitos da Saúde Mental e Psiquiátrica na Criança e no jovem. - Interação informal com os pais da Escola Básica aquando a entrega dos questionários SDQ. - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem. 	<p>Humanos</p> <p>Pais. Coordenadora. Educadora/Professor.</p> <p>Materiais</p> <p>Listas de Alunos do Agrupamento de Escolas. Documento sobre aplicação dos questionários SDQ com consentimento informado aos pais. Sistema de Informação SINUS. Programa Nacional de saúde Escolar 2014 – em discussão pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. - Documento síntese das características da população alvo de cuidados. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem “.
Reflexivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde. 			

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Participar, no mínimo, em dois dias na Consulta de Saúde Infantil e ao Adolescente. - Identificar stressores parentais que afetem a parentalidade. Identificar e registar os stressores universais, conhecidos e desconhecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica que integre conceitos da Saúde Mental e Psiquiátrica na Criança e no jovem. - Interação com os pais e crianças e/ou jovens. - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem. 	<p>Humanos</p> <p>Enfermeira da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Pais. Crianças e Jovens.</p> <p>Materiais</p> <p>Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Sistema de Informação SINUS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. - Documento síntese das características da população alvo de cuidados. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem “.
Instrumentais	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da escala de Mary Sheridan preconizada no PNSIJ. 			
Reflexivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde. 			

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Participação no projeto da Saúde Escolar com início no ano letivo de 2014-2015. - Interação informal com os pais, crianças e/ou jovens. - Reuniões com as Coordenadoras dos estabelecimentos de Ensino e com Educadores e Professores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica que integre conceitos da Saúde Mental e Psiquiátrica na Criança e no jovem. - Interação com os pais e crianças e/ou jovens. - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem. 	<p>Humanos</p> <p>Enfermeira da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Pais. Crianças e Jovens.</p> <p>Materiais</p> <p>Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Programa SINUS</p>	<p>Elaboração de pelo menos três reflexões críticas sobre os contributos da aplicação do SDQ para a minha aprendizagem</p>
Instrumentais	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ - <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>), (Goodman, 1997). 			
Reflexivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde. 			

Unidade de Saúde: Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar de Lisboa

Objetivo: Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil associado ao processo saúde-doença.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a população pediátrica referenciada à Urgência Pediatrica deste centro hospitalar;
- Identificar as estratégias de Acolhimento ao Cliente Pediátrico e Família utilizadas pelos enfermeiros no Serviço de Urgência;
- Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença: Utilização do Brincar Terapêutico.

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Participar nas atividades de Triagem em Urgência Pediátrica, Unidade de Internamento de Curta Duração e Sala de Tratamentos. - Identificar stressores universais, conhecidos e desconhecidos do recém-nascido, criança e jovem em situações de contexto de urgência. - Identificação de sinais de alarme nas diferentes etapas do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem. - Desenvolvimento de pelo menos um estudo de caso que reflita a estrutura de uma história de saúde pediátrica em contexto de urgência ou emergência pediátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica Comunicação em Pediatria, o Brincar Terapêutico e o Acolhimento Humanizado. - Interação com os pais e crianças e/ou jovens. - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem. - Revisão da Literatura sobre técnicas de comunicação em pediatria, focando o Brincar Terapêutico: “Orientações aos Pais sobre as Atividades Lúdicas no hospital” 	<p>Humanos Enfermeira da Urgência Pediátrica. Crianças e Jovens</p> <p>Materiais Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Revisão da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem”.
Instrumentais	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Procedimento Setorial – Armazenamento e Rotina de Higienização dos Brinquedos”. - Elaboração de um Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem“- Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. – “O Ambiente Humanizado” 	<p>“Cartaz: A Árvore dos Brinquedos – Acolhimento no Hospital e Brincadeira”</p>		
Reflexivas	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde. “Momento Reflexivo IV: Acolhimento no Serviço de Urgência – Triagem como ponte de Acolhimento no processo de Hospitalização”. 			

Unidade de Saúde: Internamento de Pediatria de um Hospital de uma Entidade Pública Empresarial (EPE), na região de Lisboa.

Objetivo: Prestar cuidados especializados ao recém-nascido, jovem e criança numa perspetiva holística.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a população pediátrica referenciada ao Internamento de Pediatria.
- Aprofundar os stressores universais, conhecidos e desconhecidos, no processo de Hospitalização do cliente pediátrico e família
- Identificar as estratégias de gestão da doença aguda ou em situações de doença crónica em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pelo menos dois estudos de caso que reflita as diferentes opções comportamentais, morais e religiosas das crianças/famílias cuidadas, tendo em conta a questão da Multiculturalidade e Socialização. - Formação aos profissionais acerca do Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização em Crianças, tendo em conta o desenvolvimento do processo de pensamento de cada criança ou jovem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da Literatura sobre o processo de hospitalização do cliente pediátrico e família. 	<p>Humanos</p> <p>Enfermeira do Internamento de Pediatria. Crianças e Jovens</p> <p>Materiais</p> <p>Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Revisão da Literatura Sistema de Informação Soarian®</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem
Instrumentais	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de estratégias de enfermagem de diminuição do Impacto de Hospitalização no cliente pediátrico e família. - Aplicação das escalas de classificação da dor para crianças. 			
Reflexivas	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação da elaboração de um Portfólio: Modelo de Reflexibilidade crítica ao longo das unidades de saúde: “Momento Reflexivo V: Cuidar de um Cliente Pediátrico Cirúrgico”; “Momento Reflexivo VI: Cuidar de Um Cliente Pediátrico com Doença Crónica” - Continuação da elaboração do Dossier temático “Estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem: O Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização”. 			

Unidade de Saúde: Unidade de Neonatologia de um Centro Hospitalar da Região do Porto e Unidade de Neonatologia de um Hospital Privado da Região de Lisboa.

Objetivo: Conhecer as orientações específicas promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo ao jovem

Tarefas	Atividades	Metodologias	Recursos	Avaliação
Formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados e acompanhamento de pelo menos dois recém-nascidos pré-termo e respetivas famílias em função do programa NIDCAP. - Identificar os sinais de stress e de estabilidade segundo a teoria sinativa do desenvolvimento de All's (1982). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica: Modelo de atuação no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido pré-termo; NIDCAP. - Formação aos Profissionais na Biblioteca do H. CUF Descobertas sobre Partilha de Experiências. - Divulgação de artigos. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiras da Unidade de Neonatologia Profissionais de Saúde acreditados pelo programa NIDCAP Crianças e Jovens Profissionais de Saúde <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Revisão da Literatura Programa NIDCAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos. - Dossier temático “estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem”.
Instrumentais	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da documentação de enfermagem (impressos diários de enfermagem, folhas de avaliação, folhas de transferência, terapêutica) e do sistema de informação utilizado na Unidade de Neonatologia de um Centro Hospitalar do Porto. - Construção do Protocolo de Cuidados para o Desenvolvimento segundo as características do programa NIDCAP e a Teoria Sinativa de All's (1982) - Reformulação e Aplicação da Escala de Auto-avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido 			
Reflexivas	<ul style="list-style-type: none"> - Formação aos Profissionais: Partilha de Experiências vivenciadas na Neonatologia. - Continuação da elaboração do Dossier temático “Estratégias de intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem: Necessidades dos pais/família que interferem no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem 			

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2013) – *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). (Volume 1 e 2). Loures: Lusociência.

Artigos

- Carvalho, J., Araújo, A., Costa, I., Brito, S., & Souza, N. (2009). Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 734-738.
- Machado, M.; Alves, M.; Couceiro, M. (2011) – Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5),195-204.

Documentos Legislativos

- Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2001-2016: Análise de Planos Nacionais de Saúde de Outros Países*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

**APÊNDICE III – Projeto de Saúde Escolar 2014-2017: Questionário de
Dificuldades e Capacidades (SDQ) – adaptado para a população portuguesa**

**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SAÚDE ESCOLAR**

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)

Projeto de Saúde Escolar
Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) – adaptado para a
população portuguesa

LISBOA
Ano 2014-2017

ÍNDICE	
NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
2. ENQUADRAMENTO	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
ANEXOS	10
Anexo I – Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ), Versão Pais	
Anexo II - Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ), Versão Professores	
APÊNDICES	17
Apêndice I – Protocolo de Consentimento Informado	

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no âmbito da Saúde Escolar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar, associado ao Agrupamento de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, pretendendo dar a conhecer o projeto da Saúde Escolar – Aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) em crianças do pré-escolar em dois Jardins de Infância, para a prevenção de alterações emocionais e comportamentais.

A Saúde Escolar como Programa Nacional referenciado pela Direcção Geral de Saúde pretende delinear-se como um processo de promoção e educação para a Saúde e bem-estar na Escola, prevenindo ou reduzindo, de forma holística, comportamentos de risco e/ou problemas de saúde associados ao ambiente ou a estilos de vida. O Plano Nacional de Saúde Escolar 2014 – em discussão pública, refere como um dos seus eixos estratégicos a capacitação da comunidade educativa de forma a promover a Saúde Mental das crianças e jovens.

Atualmente são realizadas reuniões e formações entre profissionais de saúde, educadores e/ou professores, pais e crianças, que têm desempenhado um papel relevante na obtenção de resultados em vários temas da saúde escolar, contribuindo para o desenvolvimento infantil. No entanto a evolução demográfica da população, os novos modelos de sociedade e de família, a crise económica e social e as desigualdades regionais (PNSE, 2014), têm impacto na Saúde das crianças sendo que a investigação e introdução de novos projetos permite facilitar a perceção das alterações de competências sociais, emocionais e comportamentais de cada criança de forma a desenvolver estratégias de intervenção protetoras, tendo em conta a comunidade considerada de risco em que estas escolas se inserem.

A Saúde Escolar, tendo em conta o eixo da Capacitação da comunidade educativa e o ambiente de trabalho em equipa e multidisciplinaridade, propõe a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades, adaptada para a população portuguesa (versão pais e professores), com o intuito de perspetivar estratégias para toda a comunidade escolar para que se reflita uma melhoria do bem-estar individual e da sociedade, a proteção da saúde e prevenção da doença e o desenvolvimento de competências individuais, emocionais e sociais em crianças do pré-escolar.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*), (Goodman, 1997), adaptado à população portuguesa (Fleitlich, Fonseca e Gaspar [2005]).

Palavras-chave

Crianças do pré-escolar, Comunidade Educativa, Saúde Escolar.

Comunidade participante

Escola Básica e Jardim-de-Infância

Data de Início

Outubro de 2014.

Duração

3 Anos.

2. ENQUADRAMENTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de promoção da Saúde Mental Infantil e Juvenil pode ter várias interpretações, sendo que a mais simples é que a promoção da saúde mental é igual à redução do número de crianças e jovens com doença mental na comunidade (World Health Organization [WHO], 2005). A pertinência do seu estudo justifica-se pelo simples fato de o resumo executivo do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)¹⁰ afirmar que: uma em cada cinco crianças evidencia problemas de Saúde Mental, sendo que este número tende a aumentar; e a mesma proporção identifica que apenas essa criança recebe cuidados de saúde que visem o seu bem-estar emocional, social e comportamental espelhando-se sobre as famílias e a comunidade. Sabe-se que as perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência acarretam grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas delas podem ser precursoras de perturbações na idade adulta. Assim, o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve transformar-se numa prioridade, indo de encontro ao referido no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), que afirma que crianças e adolescentes são grupos de intervenção prioritária.

O desenvolvimento infantil foi uma das questões prementes do século XX, sendo que “a evolução da saúde infantil é uma história de sucesso, resultado da melhoria das condições socioeconómicas, das reformas e intervenções específicas na saúde” (Machado *et al.*, 2011). Esta “sustentabilidade requer monitorização através dos indicadores do Plano Nacional de Saúde que define como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida.” (Machado, 2011). Como tal, a “Saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente (...) é determinante (...) para a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços” (DGS, 2005), além de que a estimulação parental também é um enorme contributo para o desenvolvimento de uma vida.

O desenvolvimento transcorre em determinados períodos do crescimento e ocorre por sequência de etapas específicas salientando-se as características mais significativas do desenvolvimento humano por etapas do ciclo de vida – a vida intra-

¹⁰ Fonte: Associação Americana de Psiquiatria da infância e da adolescência (AACAP) em conjunto com a Organização mundial de Saúde (OMS) – Região Europeia.

uterina e o estabelecimento de relação/vinculação mãe/recém-nascido no período pré-natal e neonatal e importância dessa relação precoce no desenvolvimento e na experiência de paternidade e maternidade; **a interação mãe/filho integrada no fenômeno de vinculação e sua importância no decorrer da infância; a evolução da estrutura cognitiva e psicológica integrada nos estádios de desenvolvimento ao longo da idade pré-escolar** e escolar e a importância do contexto social e das relações interpessoais no desenvolvimento da identidade no pré-adolescente e adolescente.

Independentemente dessas mudanças características que ocorrem, parecendo ser universais, é importante salientar que cada criança tem o seu próprio padrão de desenvolvimento. Assim, essas características individuais que marcam o desenvolvimento infantil e juvenil iniciam-se desde a concepção, e envolve uma abordagem multiconceitual: “Crescimento físico, maturação neurológica, construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança” (Carvalho, 2012), permitindo ao recém-nascido, criança e jovem desenvolver capacidades e adquirir competências que respondam às suas necessidades e às do contexto onde se inserem.

Este sentido de maximização e potenciação da saúde direciona-nos para a Promoção da Saúde dando maior enfoque à dimensão social e ao conceito de *empowerment*, permitindo uma nova concepção de promoção da saúde não centrada na doença. Heidmann (2006) citando OMS (1986) define o conceito de promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (...) Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.”

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2006) refere que, a Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Assim, o projeto da Saúde Escolar delineado permitirá compreender um quadro de características emocionais e comportamentais das crianças do pré-escolar, identificando a intensidade e natureza específica no desenvolvimento da saúde mental, na vivência e adaptação a diversos contextos e/ou situações. A comunidade escolar que cuida destas crianças deve possuir os conhecimentos necessários que permita um cuidado mais efetivo na área da promoção e prevenção da saúde mental, procurando o seu bem-estar

nas dimensões: física, cognitiva, afetiva, social, espiritual e ambiental, tornando a criança competente na resposta às necessidades de interação no seu meio e ambiente, coexistindo.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados compreende uma população da área geográfica em freguesias muito abrangentes, sendo que a Saúde Escolar acolhe principalmente dois [Mega]Agrupamentos Escolares com população proveniente das freguesias identificadas. O Sistema educativo acolhe uma população heterogénea no que diz respeito aos tipos de famílias, habilitações literárias, condições socioeconómicas e contexto cultural, fruto da democratização das sociedades e dos fluxos migratórios, importando compreender como a comunidade educativa previne o abandono escolar e promove o desenvolvimento de competências individuais, sociais e perspetiva a vida ativa/profissional destas crianças e jovens.

Este é o ambiente onde as crianças submetidas ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) estão inseridas (iliteracia, baixos rendimentos, habitação social e diferentes culturais), sendo que todos eles são fatores que propiciam alterações emocionais e comportamentais, fazendo todo o sentido perceber como promover a Saúde Mental em crianças do pré-escolar provenientes destas freguesias. Assim, compreender as alterações reais ou potenciais de cada criança, delimitar as intervenções a adotar com estas crianças do pré-escolar e comunidade educativa, e encaminhá-las de forma atempada e correta identificando estratégias de promoção do processo de saúde/doença, constitui a finalidade deste projeto de Saúde Escolar.

Assim propõe-se a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) em dois jardins de infância, em crianças do pré-escolar, que estejam dentro dos seguintes critérios de seleção:

- a) Crianças com idades compreendidas entre os cinco e os seis anos;
- b) Crianças que já tenham frequentado o Jardim de Infância no ano letivo 2013-2014;
- c) Crianças que no ano letivo de 2015-2016 irão frequentar o primeiro ano do primeiro ciclo.

O SDQ é o instrumento utilizado para identificar alterações emocionais e comportamentais. Foi elaborado por Robert Goodman (1997) e a sua aplicação está

validada para a população portuguesa¹¹, na versão para pais e versão para professores, e pode ser aplicado em crianças e adolescentes dos 5 aos 16 anos de idade.

Este questionário é formado por cinco escalas: sintomas emocionais (5 itens), problemas de comportamento (5 itens), hiperatividade/déficit de atenção (5 itens), problemas de relacionamento com os colegas (5 itens) e comportamento pró-social (5 itens). O seu preenchimento é breve em que os 25 itens descrevem os atributos positivos e negativos das crianças e adolescentes. Cada item tem três possibilidades de resposta, designadamente (não é verdade), (é um pouco verdade) e (é muito verdade). Os valores atribuídos a cada um dos itens estão *standardizados* de 0 (não é muito verdade) a 2 (é muito verdade) para todos os itens à exceção dos itens 7, 11, 14, 21 e 25, em que o sentido de resposta é o inverso.

Os resultados de cada escala são obtidos pela totalidade dos valores e dos itens dessa escala e o resultado do Total das Dificuldades corresponde à soma dos valores das seguintes escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, e Problemas de Relacionamento com os Outros. Os resultados do Total das Dificuldades e de todas as escalas podem ser de seguida interpretados como normais, limítrofes e anormais, tendo por base os valores *standardizados*.

Para a colheita de dados foi solicitada a autorização do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas e a Coordenadora das Escolas Básicas para a realização deste projeto em dois Jardins de Infância. Assim, como é necessária a autorização da educadora e a sua colaboração, bem como o consentimento informado dos pais das crianças elegíveis de acordo com os critérios do projeto e que queiram participar no projeto de Saúde Escolar.

¹¹ De acordo com Portela (2011) em Portugal, o SDQ foi traduzido e adaptado por Fleitlich, Fonseca e Gaspar (2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Almeida, P. (1996). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2013) – *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). (Volume 1 e 2). Loures: Lusociência.

Artigos

- Becker, A.; Woerner, W.; Hasselhorn, M.; Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2)2, 11-16.
- Carvalho, J., Araújo, A., Costa, I., Brito, S., & Souza, N. (2009). Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 734-738.
- Ford, T.; Collishaw, S.; Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 953-61.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R.; Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Machado, M.; Alves, M.; Couceiro, M. (2011) – Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5),195-204.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147 (6), 598-611.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631.
- Rutter, M. (1999). Resilience concept and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21 (2), 119-144

Documentos Legislativos

- Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

I – ANEXOS

Anexo I – Questionário de Dificuldades e Capacidades, Versão Pais

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	E um pouco verdade	E muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo II – Questionário de Dificuldades e Capacidades, Versão Professores

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELAÇÕES COM OS COLEGAS

NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

II – APÊNDICES

Caros Pais/Encarregados de Educação

Os questionários apresentados estão inseridos no projeto de Saúde Escolar no corrente ano de 2014 a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

A equipa de Saúde Escolar vem assim solicitar a vossa participação, inteiramente voluntária, para o preenchimento deste questionário, assim como a autorização para que a Educadora dos vossos filhos também participe, preenchendo um questionário relativamente ao comportamento dos vossos filhos no Jardim Infantil – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ – Versão Professores).

Caso aceitem participar, basta preencher os dados abaixo solicitados, assim como o questionário.

Em ambos os casos, os questionários serão tratados de forma anónima e os dados só serão analisados em termos grupais, pelo que a confidencialidade dos dados será totalmente garantida, e também está garantido que os dados não terão influência na passagem do seu filho ou educando para a primária.

Após o preenchimento dos questionários, coloquem-nos dentro do envelope fechado, e entreguem à Educadora. Nessa altura avisem a Educadora que ela tem de preencher o questionário referente ao vosso filho, caso autorizem.

Data de nascimento do seu filho:

Sexo do Filho: F M

Nacionalidade do Filho: Portuguesa Outra

Com quem mora? Mãe Pai

Escolaridade da Mãe

Escolaridade do Pai

Nacionalidade da Mãe: Portuguesa Outra

Nacionalidade do Pai: Portuguesa Outra

Doença Crónica: Não Sim Qual?

Deficiência Física: Não Sim Qual?

Dificuldades de Aprendizagem ou Desenvolvimento: Não Sim

Autorizo a que a Educadora do meu filho/educando preencha o SDQ

Apêndice I – Protocolo de Consentimento Informado

**APÊNDICE IV – Momento Reflexivo II: Qual o Papel do Enfermeiro Especialista
de Saúde Infantil no Bloco de Partos?**

A Compreensão do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) exige uma atenção e reflexão constante, já que a prática do cuidar deve ser individualizada à criança e família para a maximização do seu potencial de saúde. Durante a consulta da criança e do adolescente na UCSP observa-se a dinâmica familiar e a vinculação já existente com o recém-nascido e lactente, conhece-se os recursos familiares e sociais e identifica-se a natureza das dificuldades dos pais, as capacidades individuais de cada um e pretende-se motivar os pais para a continuação da vigilância na Saúde.

Na primeira consulta de Saúde Infantil que participei, a EEESCJ indagou se eu já tinha refletido no papel do EEESCJ em um Bloco de Partos ou nas primeiras horas do nascimento, e que contributos eu prestava ou poderia prestar de forma a otimizar o processo de vinculação.

Em um primeiro momento, justifiquei-me rapidamente, referi que as Salas de Bloco Operatório são frias, que a taxa de cesarianas no hospital é elevada e que parte da equipa multidisciplinar não estava desperta para a mudança de forma a existir maior contato pele-a-pele e uma adaptação à mama precoce, se possível, ainda em Bloco de Partos. No entanto, durante a partilha de experiência de contexto em Hospital Privado com a EEESCJ concluí que a minha dimensão intuitiva do cuidar me tem permitido desenvolver a minha prestação profissional e de prática do cuidar e conseqüentemente levar à satisfação do cliente. Sinto que a minha prestação não era de todo consciente e por mim perceptível, eu era influenciada pelas minhas emoções e percebia em parte as emoções e sentimentos dos pais mas não estava suficientemente desperta. Surgiu então um problema que emerge da prática e que me levou a refletir e a analisar a minha prática em contexto de Bloco de Partos, de forma a capacitar-me e a melhorar a minha prestação visando o aumento da qualidade de cuidados e o meu bem-estar emocional.

Questionei-me que problemáticas é que podem surgir em situação de Bloco de Partos que integrem o recém-nascido e família? Que fenómenos estão associados aos Pais, que se expressam através de emoções e que o enfermeiro pode atuar? Que intervenções de enfermagem acrescentam emoções positivas a esta vivência enaltecendo o processo de vinculação?

Os cuidados centrados na família permitem ao enfermeiro, durante uma interação estar atento à individualidade de cada família, de uma forma holística e conseqüentemente à sua dimensão emocional.

Por constante observação, sei que a grande maioria dos enfermeiros de bloco de partos da unidade onde presto cuidados foca-se na relação recém-nascido-pai, quando na sala de reanimação a enfermeira o veste, ou na relação recém-nascido-mãe quando a enfermeira circulante o mostra, ou durante o processo de adaptação à mama na unidade de cuidados pós-parto.

O que se preconiza é a humanização do ambiente em bloco de partos, proporcionando conforto à parturiente e recém-nascido. Segundo o Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento de Maternidades (2008), citando Rolim e Cardoso o objetivo é “Promover um relacionamento único, uma ligação afetiva entre recém-nascido e família, pelo apoio e promoção de condições para que os pais, possam ver e tocar o seu bebé, proporcionando um ambiente acolhedor”. Por outro lado humanizar significa olhar para o cliente de forma holística, compreendendo o significado dos aspetos sociais e culturais de cada nascimento, repetindo-os de forma a facilitar o vínculo afetivo entre o recém-nascido e família. “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: [...] Contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” Código Deontológico dos Enfermeiros.

No entanto, desta reflexão destacam-se outras atitudes – intervenções terapêuticas: música no bloco de partos, relação de cuidados enfermeiro-cliente; medo da intervenção cirúrgica (cesariana) ou de um parto eutócico ou instrumentado, participação parental; gestão de respostas emocionais dos clientes: recém-nascido na Neonatologia, recém-nascido com baixo índice de Apgar; examinar e assistir o recém-nascido; e estabelecer prioridades se necessidade de reanimação imediata, não esquecendo a presença do pai na sala e informando-o assim que oportuno dos procedimentos adotados e se necessário de forma a poder participar nas decisões.

Na sala de reanimação, num recém-nascido saudável, o pai deve ser incentivado a participar, tirando fotografias a este, ao peso, à primeira roupinha; pode vesti-lo; confortá-lo, conversar e tranquilizá-lo de forma a transmitir segurança.

No Bloco de Partos pode ser estabelecido contato pele-a-pele mas também iniciar-se o estabelecimento da amamentação, se assim a mãe o desejar, devendo o profissional mostrar-se interessado e atento às dificuldades da mãe, permitindo e beneficiando o alojamento conjunto.

A separação precoce e prolongada do recém-nascido-mãe é uma preocupação e que interfere com o papel parental. Quando o recém-nascido é prematuro, de idade

gestacional inferior a 37 semanas ou quando ocorre uma situação específica no processo de saúde doença, ou mesmo quando tem sinais de SDR, o recém-nascido é separado da mãe e transferido para a neonatologia. Um local muito diferente do ambiente *in utero*, devido ao ruído, luminosidade, procedimentos que pode ser dolorosos e/ou manipulações excessivas. Mesmo que seja por pouco tempo gera emoções de medo, receio, ansiedade aos pais, o recém-nascido fica privado do aconchego, do odor da pele materna e do colostro dando lugar ao cheiro da solução alcoólica das mãos ou de outros produtos. Nestes recém-nascidos de risco, a enfermeira que faz a transferência para a Neonatologia deve atender à família, às suas emoções e necessidades de forma a minimizar o impacto: dar informação, esclarecer sobre os procedimentos e equipamentos tecnológicos, atentar às manifestações e comportamentos do recém-nascido e ensinar ao pai, salientar características positivas do recém-nascido, permitir quando possível a sua observação e estimular o toque terapêutico e o diálogo, tirar fotografia e levar à mãe na UCPP.

Sabe-se que as experiências iniciais da vida com estimulação negativa, ou falta de estimulação apropriada, torna o recém-nascido mais suscetível a apresentar atraso no desenvolvimento. É imprescindível que o enfermeiro identifique as emoções e sentimentos durante as vivências de cuidar em Bloco de Partos, de forma a desenvolver estratégias de gestão emocional.

Para melhorar a minha prestação devo usar conscientemente as minhas emoções no Bloco de Partos, o que advirá da experiência e da partilha de situações com a equipa multidisciplinar, da reflexão sobre a prática e do treino sistemático em Bloco, de forma a prover e a melhorar o cuidar. “ A questão estrutural para a qualidade de cuidados, situa-se para além do número de enfermeiros, coloca-se inevitavelmente também, no tipo de Enfermeiro, ou seja nas suas qualificações”, Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento de Maternidades (2008). Humanizar o ambiente e sensibilizar a equipa multidisciplinar para se tornar flexível e facilitadora do envolvimento dos pais no nascimento dos seus filhos imediatamente após o nascimento; e ter a capacidade de compreender as mudanças verificadas na situação de saúde do recém-nascido ou família e introduzir, a um nível profundo de habilidades e conhecimentos, as medidas necessárias à resolução de problemas, gerindo os cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Documentos Legislativos

- Parecer nº7/2011 de Julho de 2011. *Condições para o funcionamento de Maternidades*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer nº7/2012 de Julho de 2012. *Plano de Parto*. Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Manterna e Obstétrica.
- Parecer nº16/2012 de Setembro de 2012. *Unidades de saúde Amigas do Bebê*. Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Manterna e Obstétrica.

Artigos

- Moura, F. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 452-455.
- Santos, I. & Okasaki, E. (2012). Assistência de Enfermagem ao Parto Humanizado. *Revista de Enfermagem*, 13(1), 64-68.
- Silva, R.; Serrano, S. & Cristoffel, M. (2006). A Enfermeira Obstetra e a Política de Humanização do parto. *Enfermería Global*, 9, 1-12.

APÊNDICE V – Momento reflexivo III: Um parecer sobre a vacinação – Quais os fatores associados ao Não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação

A experiência profissional é fonte para o desenvolvimento do conhecimento e fonte de aprendizagem através da prática reflexiva. Ao longo do percurso de estágio em Cuidados de Saúde Primários identificaram-se situações de Não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) no Registo Centralizado de Vacinação (RCV) e SINUS, sendo que algumas das razões apontadas pelos pais eram comuns às referidas no decorrer da minha práxis profissional. A minha intenção com esta reflexão é identificar as barreiras para o Não Cumprimento do PNV, e conhecer a forma como o enfermeiro pode contribuir para a motivação e continuidade da Vigilância Epidemiológica na Saúde.

A Vigilância Epidemiológica/Saúde Ambiental onde se enquadra a Monitorização do Programa Nacional de Vacinação é uma das seis áreas funcionais na dependência direta da Direção do Departamento de Saúde Pública, segundo o novo organograma da ARS de 20 de Julho de 2012 (atualizada a 12 de Novembro de 2012). O Cumprimento do PNV insere-se nas atividades das Instituições de Saúde, sendo que na UCSP existe como programas de promoção da saúde que se articula com a Consulta de Saúde Infantil e do Adolescente e em parceria com a Saúde Escolar através do Programa Nacional de Saúde Escolar.

No não cumprimento do PNV importa conhecer as famílias em que o cliente pediátrico se integra, de forma a permitir identificar os motivos, destacando-se os seguintes: Cumprimento do Plano Nacional de Vacinação no país residente de origem; motivos de dimensão cultural – crenças e valores, sociais, e económicos. Negociar com a família significa conhecê-la profundamente, identificando os seus recursos familiares e sociais e a natureza das dificuldades dos pais ou pessoas significativas - capacidades, habilidades e conhecimentos individuais de cada um; e de que forma estão despertos para e motivados para a importância e continuação da vigilância na Saúde. Na UCSP os exames oportunistas permitem atender às necessidades singulares do cliente pediátrico e família permitindo uma aumento de número de crianças vigiadas e conseqüentemente uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde com o intuito de alcançar maiores ganhos em saúde, de informar e de partilhar conhecimento com as famílias podendo ir ao encontro do cumprimento do esquema cronológico preconizado pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV). Esta mobilização de conhecimentos é importante dado que em todos os minutos o cliente pediátrico/família exige de nós respostas eficazes para a satisfação das suas necessidades.

Apesar de não termos conhecimento acerca de tudo, é importante saber admitir que não se sabe e procurar saber, complementado o nosso conhecimento com recursos disponíveis ou procurando novos. O enfermeiro deve trabalhar numa perspetiva multidisciplinar e um Enfermeiro Especialista deve desenvolver um Saber Científico, um Saber Ser e um Saber Prático, de forma a melhorar a capacidade de comunicação e de estabelecer uma relação empática visando um objetivo terapêutico. De forma sistematizada desenvolvi os quadros orientadores que me permitem conhecer os parâmetros a avaliar no não cumprimento do PNV e adequar os cuidados antecipatórios avaliando as razões já referidas anteriormente, de forma a informá-los dos benefícios e dos riscos individuais e coletivos do não cumprimento do PNV.

O PNV é universal e gratuito, e “(...) a par da água potável, a vacinação é a mais potente das medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde. (DGS, 2015)”. Permite a imunização individual e a “imunidade de grupo”, sendo uma questão de Saúde Pública, envolvendo a Sociedade. Pois, “(...) as doenças evitáveis pela vacinação ainda ocorrem em diversas partes do mundo, incluindo a Europa”, sendo que a imunização pela doença embora possa conferir proteção pode evoluir para complicações graves e até mesmo com conseqüente morte. Por outro lado, a imunidade de grupo “confere proteção aos que não podem ser vacinados, por exemplo, por ainda não terem atingido a idade recomendada para a administração de vacinas”. A Imunização em Portugal surge em primeira Ordem como prevenção da doença por razões essencialmente científicas de “(...) natureza epidemiológica, nomeadamente as taxas de incidência, de prevalência e de mortalidade das doenças que se pretendiam evitar com a vacinação” (DGS, 2015). Atualmente integra-se como programa de promoção da saúde, do indivíduo e comunidade, faz-se de forma faseada e programada em Cuidados de Saúde Primários, segundo calendário com esquema de vacinação recomendado.

Atualmente, o PNV baseia-se nos mesmos pilares de sempre: é universal (destina-se a todas as pessoas presentes em Portugal), gratuito para o utilizador com financiamento do Orçamento de Estado e utiliza vacinas eficazes, seguras e de qualidade. As vacinas são integradas no programa de forma faseada e programada, de acordo com a sua importância para a saúde do indivíduo e da comunidade.

Na realidade hospitalar privada, as famílias estão bastante informadas, sabem onde procurar informação. No entanto, a informação deve ser partilhada, analisada e gerida. Hoje em dia, porque estamos mais atentos sabemos que “a ansiedade provocada pela desinformação por vezes é mais dolorosa do que a que é provocada pela verdade”

(Silva, 2010). É importante identificar qual o país residente de origem das famílias, pois conforme as regiões ou país a epidemiologia das doenças é diferente, adaptam-se os esquemas vacinais e conseqüentemente o Programa de Vacinação. Por outro lado foca-se que “O PNV é dinâmico, efetivo (as doenças estão controladas ou eliminadas), seguro, adequado a novas vacinas e à epidemiologia das doenças no nosso país” (DGS 2015).

Importante também é referir que a Vacinação é um momento crítico para o recém-nascido, criança ou adolescente sendo que deve haver um cuidar para a preparação da criança para o procedimento, que implica dor, pelo que a informação não passa só pelos pais mas também pela criança/jovem, sendo que conforme a criança existem estratégias adequadas para a preparar para a preparar, pois sabe-se que a vacinação é “o procedimento doloroso mais frequente no contexto pediátrico” (Demore & Cohen, 2005). Os comportamentos mais frequentes nas crianças são: chorar, resistência verbal e procura de informação; nos pais – comentários securizantes, de crítica e de intimidação; e nos enfermeiros – comentários securizantes, crítica, desculpar-se e empatia. O conhecimento destes comportamentos permite delinear estratégias de distração da criança, permitindo que deixe de se focar no medo e na dor e estratégias de *empowermet* e segurança aos pais de forma a otimizar o bem-estar da família.

Esta reflexão é uma oportunidade para o meu desenvolvimento e permitiu-me explorar e clarificar as barreiras que levam ao não Cumprimento do PNV e conseqüentemente identificar aspetos a dar visibilidade à Imunização individual e em Grupo, resultando em identificação do foco sensível na área da assistências à criança: adesão à vacinação e as dificuldades para a alteração positiva de mentalidade através de intervenções de enfermagem que permitam a negociação e que favoreçam a evolução e desenvolvimento do País.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livro

- Biscaia, A.; Martins, J.; Carreira, M.; Gonçalves, I.; Antunes, A. & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação. 2º Inquérito Serológico Nacional Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde.

Documentos Legislativos

- Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro (2008). Plano Nacional de Vacinação 2012.
- Direcção-Geral da Saúde (2002). *Cadernos da Direcção Geral da Saúde: A Vacinação e a sua História*. Lisboa: Ministério da Saúde, Nº2., 1-36.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Programa Nacional de Vacinação: Orientações Técnicas 10*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2015). *Perguntas e Respostas sobre Vacinaçã*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Orientação nº 006/2012 de Março de 2012. *Programa Nacional de Vacinação - PNV 2012 - VASPR (Vacina combinada contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola) e a alergia ao ovo*. Direcção-Geral da Saúde.
- Parecer da Comissão de Vacinas da Sociedade de Infecçiology Pediátrica e Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014). *Recomendações sobre Vacinas: Actualização*. Sociedade Portuguesa de Pediatria.

**APÊNDICE VI – Procedimento Setorial: Armazenamento e Rotina de
Higienização dos Brinquedos**

	Procedimento Setorial	
	ARMAZENAMENTO E ROTINA DE HIGIENIZAÇÃO DOS BRINQUEDOS	

APROVAÇÃO

1. OBJETIVO

Uniformizar o procedimento de utilização do brinquedo, armazenamento e da sua higienização no serviço de urgência.

2. ÂMBITO DA APLICAÇÃO

O Presente Procedimento Setorial aplica-se à Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e Sala de Tratamentos do Serviço de Urgência do Hospital, que assiste crianças e jovens.

3. RESPONSABILIDADES

3.1.Pela implementação do Procedimento:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência;

Elo dinamizador do CCIH;

Enfermeiro responsável pela UICD;

3.2.Pela revisão do Procedimento

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência;

Elo dinamizador do CCIH

Enfermeiro responsável pela UICD

4. DEFINIÇÕES

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

AO – Assistente operacional

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

6. REFERÊNCIAS

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
26	Controlo de Infeções	26.13; 26.22; 26.35
36	Serviço de Urgência	36.10
42	Serviços de Pediatria e Adolescência	42.21
51	Tratamento de Crianças e Jovens	51.15
52	Gestão de Serviços	52.92; 52.93
53	Ambiente e Equipamento	53.51

- CHLC “CIH.127 – A Higienização dos Brinquedos”.
- CHLC “COM.104 – Materiais de Informação destinados a utentes”.
- Brazelton, T. (1995) – *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos de vida*. Lisboa: Editorial Presença.
- Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2013) – *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). (Volume 1 e 2). Loures: Lusociência.
- Sheridan, Mary; Frost, Marion & Sharma, Ajay (2001) – *From Birth to Five Years – Children’s Development Progress*. Londres: Routledge.
- McInerney, T.K.; Adam, H.M.; Campbell, D.; Kamat, D.K. & Kelleher, K.J. (2013). *Pediatric Primary Care*. (5ª ed.). Philadelphia: Elsevier.

7. DESCRIÇÃO

A doença, hospitalização e os procedimentos que se preconizam não traumáticos inerentes são causadores de crises na criança, alterando as suas rotinas familiares. A ansiedade da separação dos pais e/ou pessoa significativa, a dor ou perda do controlo geram reações na criança como medo e ansiedade. Estar dor psicossocial é minimizada não só pela permanência o maior tempo possível dos pais e/ou pessoa significativa no hospital como também pela qualidade do tempo despendido dos profissionais de saúde com os pais e/ou pessoa significativa já que esta relação desempenha um papel determinante no comportamento da criança.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

A criança precisa de fazer aprendizagens prolongadas e sucessivas para que mantenha o seu nível potencial de crescimento e desenvolvimento social, espiritual, físico, emocional. O desenvolvimento como processo global, único, contínuo e dinâmico deve manter-se estimulado respeitando as características individuais de cada criança, favorecendo aprendizagens significativas e diferenciadas através de experiências ricas e variadas.

O brincar permite que a criança se designe, se expresse e interprete o mundo. A atividade lúdica vai-se modificando consoante a criança vai crescendo, na sua relação com os objetos e com os outros. Assim é à medida que a criança tem brincadeiras mais elaboradas que vai desenvolvendo estratégias de *cooping*.

A escolha do brinquedo permite que recrie o seu mundo segundo o seu nível de desenvolvimento, daí a importância em oferecer-lhe materiais que a absorvam, que despertem a sua curiosidade, que provoquem a sua atividade e solicitem a sua criatividade.

O brincar é uma atividade inerente à criança, no entanto só existe atividade lúdica com qualidade se houver parâmetros exigentes de segurança. Segurança é sinónimo de prevenção no sentido de antecipação de eventuais fatores geradores de acidentes, ou dano.

O hospital pode ser para a criança um local seguro e agradável, devendo ser promotor de atividade lúdica.

7.1. Escolha dos Brinquedos

Através da brincadeira a criança experimenta o seu Eu e a realidade, permitindo à criança atualizar as suas possibilidades, assumindo experiências favoráveis como um valor positivo, tomando consciência de existir e do seu agir à medida também que as suas interações vão-se desenvolvendo organizando-se em atividades cada vez mais combinadas e conseqüentemente elaboradas. Permite um sentido de conquista sobre o mundo que a rodeia. Os profissionais devem ter em atenção o nível de autonomia da criança na escolha do brinquedo.

A Escolha dos Brinquedos integra o procedimento multisectorial definido em CHLC “CIH.127 – A Higienização dos Brinquedos” a partir dos mesmos define-se os seguintes

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

brinquedos na promoção do desenvolvimento da criança durante o acolhimento na Urgência do HDE, especificamente na Sala de tratamentos e na Unidade de Internamento de Curta Duração.

1º ano de Vida: Estimulação Visual (móviles, tapete, Espelhos inquebráveis), Auditiva (Brinquedos com música, Brinquedos com apitos, Brinquedos com Sons de animais, Roca, Chocalhos), Tática (Cubos de cores vivas, papel) e Cinética (Bola Pendente, Brinquedos de empurrar e puxar).

Toddlers (1 aos 3 anos de Vida): Brinquedos musicais, Brinquedos de Manipulação (copo, escova, colher, telefone), Brinquedos de encaixe, Puzzles com peças grandes e simples, Livros de figuras, cubos, Jogos simbólicos (faz-de-conta e imitação).

Pré-Escolar (3 aos 6 anos): Jogo imaginativo e imitativo (ensinar canções e versos), Jogos de regras e de promoção da personalidade (saber lidar com a timidez, vaidade, liderança), Cubos coloridos, Jogos de construção (Legos e Puzzles), Brinquedos de manipulação (utensílios domésticos).

Escolar (6 aos 12 anos): Livros, Puzzles, Jogos eletrônicos e de computador, Jogos de equipa.

Adolescência (12 aos 18 anos): Jogos eletrônicos e de computador, Livros, Desenho, Música.

7.2. Armazenamento e Rotina de higienização do brinquedo

- O ensino da importância da higienização das mãos às crianças, pais e/ou pessoas significativas, antes e depois da utilização dos brinquedos é da responsabilidade dos profissionais de saúde;
- Todas as crianças, pais e/ou pessoas significativas poderão ter acesso aos mesmos;
- O acesso aos brinquedos é estabelecido através de um assistente profissional ou enfermeiro.
- Os brinquedos encontram-se em caixa identificada e apropriada, em que conste o inventário dos mesmos.

- A construção e atualização do inventário é da responsabilidade do elo de ligação responsável pela caixa de brinquedos nomeada pela Sra. Enfermeira-Chefe;

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

- No final da brincadeira o brinquedo deve ser colocado em outra caixa previamente definida como “brinquedos a reprocessar”, que se encontra na sala dos sujos.
- Em todos os turnos os brinquedos devem ser contabilizados pela assistente operacional destacada na Unidade de Internamento de Curta Duração, segundo o inventário existente e assinalada a sua contabilização em registo próprio – anexo III;
- Os brinquedos em falta, devem ser reportados à chefe de equipa de turno e informado o elo de ligação responsável pela caixa de brinquedos.
- A equipa da unidade clínica deve proceder à desinfeção de todos os brinquedos respeitando as regras estabelecidas na CHLC “CIH.127 – A Higienização dos Brinquedos”.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I – Folha de calendarização e registo dos procedimentos de higienização efetuados e definidos.

8.2. Anexo II – Folha de inventário dos brinquedos existentes na caixa de Brinquedos da Urgência do Hospital Dona Estefânia.

8.3. Anexo II – Registo diário da validação dos brinquedos existente na caixa de brinquedos.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.

APÊNDICE VII – Orientações aos Pais sobre as Atividades Lúdicas no Hospital



Orientações aos Pais sobre Atividades Lúdicas no Hospital

A Hospitalização e os procedimentos inerentes constituem-se como stressores na vida de uma criança. Geram medo da separação dos pais, dor e perda de controlo do mundo da criança. Representam uma alteração das rotinas que lhe são familiares.

Brincar permite que a criança se expresse e interprete o mundo à sua volta. “Brincar é um direito”.

Os brinquedos pessoais da criança são os preferidos! Não devem ser partilhados!

O Hospital dispõe de material lúdico: brinquedos, desenhos para pintar, livros, jogos ...

Sempre que desejar solicite este material junto de um profissional de saúde.

Questione o profissional de saúde sobre as regras de utilização dos brinquedos.

**APÊNDICE VIII – Poster A3: A Árvore dos Brinquedos – Acolhimento no
Hospital e Brincadeira**

A Árvore dos Brinquedos



O Acolhimento no Hospital e a Brincadeira:

A criança precisa de fazer aprendizagens prolongadas e sucessivas para que mantenha o seu nível potencial de crescimento e desenvolvimento social, espiritual, físico e emocional.

Elaborado por: Ana Rita P. S. Figueira, 5º Curso de Mestrado de Enfermagem, Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, ESEL. Orientação da Professora Doutora Paula Diogo e Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria Teresa Moura.
Fonte: Brazelton, T. Berry (1995) – O Grande Livro da Criança. Lisboa: Editorial presença. ISBN: 972-23-1930-2. Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, David (2013) – Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed. Volume I). Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1. Sheridan, Mary (2001) (revisto por: Frost, Marion; Shama, Ajay) – From Birth to Five Years – Children's Development Progress. Londres: Routledge. ISBN: 0-203-13324-2.

APÊNDICE IX – Momento Reflexivo VII: Gravidez na Adolescência

No período de estágio no Internamento de Pediatria verificou-se um internamento de um lactente e de uma mãe adolescente. A Gravidez na Adolescência já tinha sido uma problemática identificada durante o estágio na unidade de cuidados de saúde primários, tendo-me sensibilizado e despertando-me o interesse em compreender as particularidades e a complexidade da maternidade na adolescência, de forma a compreender o meu papel na intervenção não só do processo de saúde-doença do lactente, mas também na aquisição de habilidades que me permitissem desenvolver estratégias de intervenção com uma mãe adolescente. A mãe de 16 anos manteve-se a estudar, e avó era a companhia do lactente e a cuidadora principal durante o internamento.

São múltiplas as definições de adolescência na literatura representando fundamentalmente um período durante o qual, sob o efeito da maturação sexual nos seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais, o indivíduo reformula a imagem de si próprio e dos outros e do sistema de relação do seu Eu com o meio, até à organização definitiva da sua personalidade. Uma fase entre o ser criança e o ser adulto.

Assim, a Adolescência é uma fase evolutiva do Ser Humano, e é marcado pelo desenvolvimento da autonomia e formação da identidade, gerando situações de confrontação com o Eu, com a escola (desadaptada, repressiva e prolongada), com a família (repressiva, superprotetora e rejeitante) e a sociedade cujos valores são muitas vezes discrepantes, até uma adaptação interna às mudanças físicas e comportamentais, sociais e cognitivas, gerando ansiedade, e desequilíbrio emocional.

A Mãe adolescente enfrenta uma dupla transição – a adolescência e a maternidade, pelo que pode ter as dimensões do desenvolvimento, emocional e de suporte social comprometida, assim como, as suas necessidades e projetos futuros.

Na Gravidez na Adolescência existem fatores predisponentes, sendo multicausal como: fatores familiares – relação familiar conflituosa, gravidez precoce na família, fatores individuais – baixo nível de escolaridade ou abandono escolar, impulsividade, explosão da sexualidade, fatores sociais – nível socioeconómico desfavorecido, questões culturais. E existem consequências físicas (alteração da imagem corporal, baixa de autoestima) sociais (estigmatização social, abandono escolar precoce, carências económicas, precaridade laboral).

Fatores protetores conhecidos são o fato de a mãe continuar a estudar, o que aumenta as suas oportunidades de emprego e possibilita um nível socioeconómico favorável, a presença de um número reduzido de filhos, o casamento antes ou depois do

nascimento do bebê aumenta as oportunidades econômicas e o suporte emocional e social da família (Figueiredo 2001).

Assim, o meu papel como enfermeira deve passar pela análise da apreciação das competências da mãe, identificando as suas necessidades e conhecimentos significados, expectativas, e bem-estar físico e emocional, avaliar as condições pessoais, sociais e comunitárias que podem ajudar a mãe adolescente a fazer as suas transições e assim identificar com que frequência o bebê é visitado, quais as preocupações da mãe, como falar das suas dúvidas e as esclarece, acompanha a recuperação do filho, se está atenta as mudanças no bebê e se tem apoio familiar.

Bobak (1999), refere que o adolescente tem as seguintes especificidades: egocentrismo e pensamento concreto diminuem a habilidade para se tornar mãe, dificuldades em reconhecer os problemas e obter os recursos necessários, a manutenção do relacionamento com o pai da criança, favorecer o comportamento materno adequado aumenta o sentimento de confiança e segurança da mãe potenciando o desenvolvimento da confiança, auto estima e social da criança, inexperiência e desconhecimento de doenças e risco potenciam bebês negligenciados.

Numa mãe adolescente com suporte social é importante promover a relação com os elementos desse suporte, e com o enfermeiro de referência, promover o desenvolvimento da vinculação e parentalidade, estimular a continuidade do percurso escolar, proporcionar as atividades adequadas ao estágio de desenvolvimento e proporcionar cuidados antecipatórios após a alta hospitalar, sem suporte social identificar recursos que possam ser mobilizados para o apoio informado dos recursos existentes e desenvolver um plano de intervenção promovendo a continuidade de cuidados da mãe adolescente ao filho e aos elementos de referência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros e Artigos

- Bobak, I; Lowdermilk, D.; Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4^a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Canavarro, M. (2001), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. & Pereira, M. (2001). *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspetivas Teóricas*. Coimbra. Quarteto editora.
- Lopes, M. (2012). Apoiar na parentalidade Positiva: áreas de intervenção de enfermagem. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciência da Saúde.
- Soares, I. & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na Adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 16(3) 373-384.

**APÊNDICE X – O Desenvolvimento Infantil: O Impacto da Hospitalização em
Crianças dos 3 aos 12 Anos**

O
Desenvolvimento
Infantil:

O Impacto da
Hospitalização em Crianças
dos 3 aos 12 Anos.

Lisboa
Dezembro de 2014

Diapositivo 1

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

5º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura, Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Desenvolvimento Infantil:
O Impacto da Hospitalização em Crianças dos 3 aos 12
Anos.

Docente Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo
Enfermeira Orientadora: Enfermeira Andreia Gonçalves
Discente: Ana Rita P. S. Figueira

Lisboa
Dezembro de 2014

Diapositivo 2

Sumário

- o Identificação do Projeto
- o Área Temática
- o Teorias do Desenvolvimento
 - o Toddler (1-3 Anos)
 - o Pré-Escolares (3-6 Anos)
 - o Escolares (6-12 Anos)
- o Intervenções de Enfermagem
- o Stressores da Hospitalização
- o O Brincar Terapêutico

Diapositivo 3

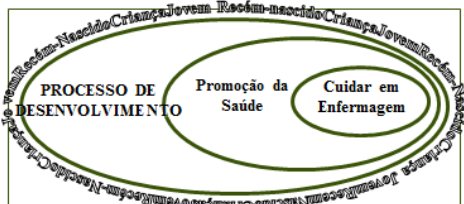
Identificação do Projeto

- o **Tema:** Promoção do Desenvolvimento do Recém-Nascido, Criança e Jovem
- o **Problema:** Alterações reais ou potenciais no desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem que o enfermeiro deve conhecer
- o **Objeto de Estudo:** Compreender as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido numa perspetiva holística relacionada com o processo saúde-doença.

O Cuidar Holístico na promoção do desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem integrado no Modelo de Enfermagem de Betty Neuman.

Diapositivo 4

Área Temática: Palavras-Chave



Diapositivo 5

Área Temática

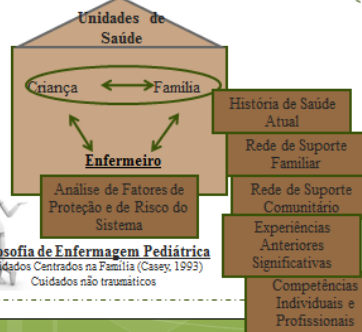
Promoção do Desenvolvimento

Identificação de stressores percebidos pelo Enfermeiro e pelo Sistema Pessoa

Enfermeiro



Filosofia de Enfermagem Pediátrica
Cuidados Centrados na Família (Casey, 1993)
Cuidados não traumáticos



Diapositivo 6

Cuidados Centrados na Família	Cuidados Não Traumáticos
<ul style="list-style-type: none"> Capacitação Empoderamento 	<p>Cuidados Terapêuticos: Abrangem a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou a palição de condições agudas ou crônicas</p> <p><u>Princípio de não causar dano</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família. Promover uma sensação de controle. Prevenir ou minimizar a lesão corporal ou dor.

Diapositivo 7

Refletindo...

...Acolhimento no Hospital

Será que o enfermeiro no internamento reconhece a presença dos pais?

Envolve a criança nos cuidados de enfermagem de forma individualizada?

Demonstra afeto e sensibilidade para com pais e crianças?

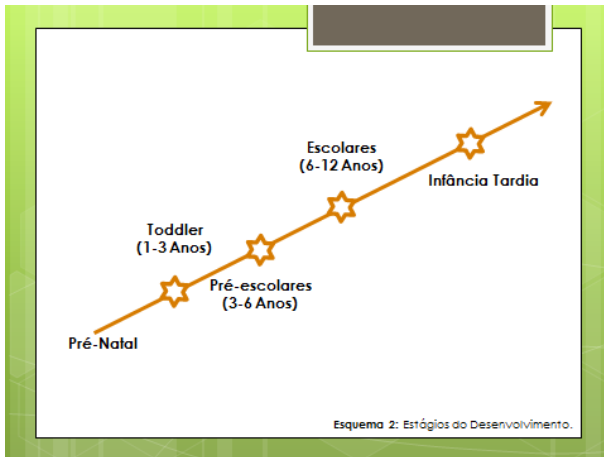
Tem conhecimento da Brincadeira dirigida e do Brincar como parte inseparável do crescimento e desenvolvimento ?

Diapositivo 8

Teorias do Desenvolvimento

Estágios de Desenvolvimento

Diapositivo 9



Diapositivo 10

Toddler (1-3 Anos):

- Desenvolvimento Psicosexual segundo Freud
- Desenvolvimento Psicossocial segundo Erikson
- Desenvolvimento Cognitivo segundo Piaget

Diapositivo 11

...Segundo Freud

Estágio Anal (1-3 Anos)	Estágio Fálico (3-6 Anos)
<ul style="list-style-type: none"> Fonte de Prazer: Centralizado na região anal Conflito: <ul style="list-style-type: none"> Controlo do esfíncter. Cedência ou oposição às regras de higiene Características da Personalidade: Obstinação, Meticulosidade, Ordem compulsiva Vs Crueldade, Destruição, Desordem. 	<ul style="list-style-type: none"> Fonte de Prazer: Órgãos genitais tornam-se uma região importante a explorar. Conflito: <ul style="list-style-type: none"> Complexo de Édipo e de Electra Características da Personalidade: Orgulho/Humildade; Sedução/Timidez; Castidade/Promiscuidade.

Diapositivo 12

...Segundo Erikson

- Crise:
Autonomia Vs Vergonha/Dúvida
- Núcleo de Relações:
 - Pais
- Comportamentos:
 - Dominar, Proteger, Largar, Deixar, Negativismo “não” ou “eu faço” e Ritualismo (manter as coisas iguais e consistência das mesmas).
- Virtudes:
Força de Vontade.

Diapositivo 13

...Segundo Piaget

Estágio Sensorio-Motor (0-2 anos)

- Progressão da atividade reflexa, através da repetição de comportamentos, até ao comportamento imitativo.
- Desenvolvimento de capacidades e competências perceptivas e sensoriais.
- Formação de Esquemas mais complexos – Habilidades motoras grossas, para habilidades motoras finas.
- Noção de causalidade (sentido de causa/efeito) – demonstram curiosidade, experimentação e apreciação.
- Desenvolvem sentido de individualidade à medida que se diferenciam do ambiente – noção de permanência.
- Iniciam a linguagem e o pensamento representacional.

Diapositivo 14

Estágio Pré-Operacional (2-7 Anos)

- Predomina o Egocentrismo.
- Aumenta o uso da linguagem e do pensamento simbólico – Desenhos, Brincar de faz-de-conta, Imitação doméstica.
- Desenvolvimento da conceção de tempo, espaço e causalidade.
- Irreversibilidade do Pensamento, Pensamento Mágico, Incapacidade da Conservação, Animismo.

Diapositivo 15

**Pré-Escolares
(3-6 Anos):**
Desenvolvimento
Psicossexual
segundo Freud
Desenvolvimento
Psicossocial
segundo Erikson
Desenvolvimento
Cognitivo segundo
Piaget

Diapositivo 16

**Estágio Fálico
(3-6 Anos)**

...Segundo Freud

...Segundo Erikson

- o **Crise:**
Iniciativa Vs Culpa
- o **Núcleo de Relações:**
Pares
Maior facilidade no contacto com desconhecidos.
- o **Comportamentos:**
Preocupação com a aceitação dos seus comportamentos.
- o **Virtudes:**
Formação da consciência moral.

Diapositivo 17

...Segundo Piaget

Estágio Pré-Operacional (2-7 Anos)

- o Egocentrismo e Pensamento Mágico.

Diapositivo 18

**Escolares
(6-12 Anos):**
Desenvolvimento
Psicossexual
segundo Freud
Desenvolvimento
Psicossocial
segundo Erikson
Desenvolvimento
Cognitivo segundo
Piaget

Diapositivo 19

**Período de Latência
(6-12 Anos)** ...Segundo Freud

- **Fonte de Prazer:**
Aquisição de Conhecimento.
- **Conflito:**
Resolução do Complexo de Édipo.
Desinvestimento na higiene pessoal e do corpo.
- **Características da Personalidade:**
Envolve-se com os pares.
Vergonha e pudor.

Diapositivo 20

...Segundo Erikson

- **Crise:**
Produtividade Vs Inferioridade
- **Núcleo de Relações:**
Pares
- **Comportamentos:**
Construção da auto-imagem e da auto-estima.
- **Virtudes:**
Investimento no desenvolvimento cognitivo,
procurando desenvolver as suas capacidades.

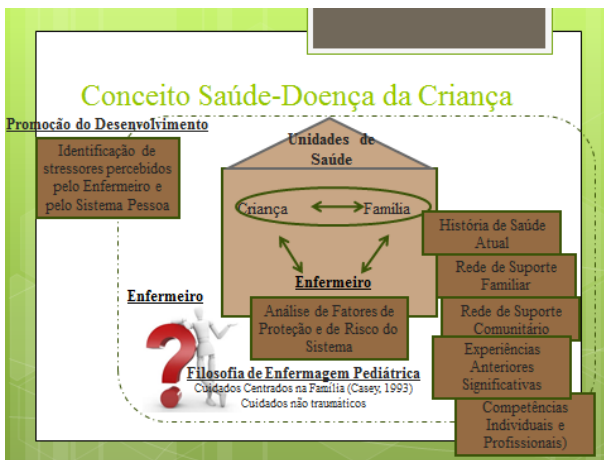
Diapositivo 21

...Segundo Piaget

Estágio Pré-Operacional (2-7 Anos)
Operações Concretas (7-11 Anos)

- Lidam com diferentes aspectos em simultâneo mas não com o abstrato.
- Pensamento mais lógico e coerente (classificam, ordenam, organizam).
- **Desenvolvem o conceito de conservação** (volume, peso e número mantêm-se mesmo que se altere a forma).
- Raciocínio indutivo e pensamento menos auto-centrado, **mais socializado**.
- Aumento muito significativo da linguagem.

Diapositivo 22



Diapositivo 23

Toddler (1-3 Anos)
Intervenções de Enfermagem

Diapositivo 24

Manifestações dos Toddler:

- Sentem a perda de controlo perdendo a capacidade de utilizar os seus mecanismos de *coping*, tornando-se estes ineficazes.
- Os estímulos sensoriais podem não ser legíveis – não têm mecanismos suficientes para perceber o que se passa e para se sentirem emocionalmente bem (excesso de estímulos e privação dos outros – voz familiar, brinquedo, animal)
- Alteração das rotinas a perda de controlo desencadeia negativismo e alterações bruscas de humor.
- Protesto físico por Restrição de Movimentos.

Diapositivo 25

O Enfermeiro

- Promove a presença dos pais.
- Numa situação particular:
 - Sabe quem vai estar presente, quem a substitui, como irá ser apoiada.
 - Informa os pais antecipadamente para que possam compreender as reações da criança e todas as situações.
- Questiona como é que a criança exerce a sua autonomia? – colheita de dados – comer, beber, vestir, dormir, comunicação, relações interpessoais;
- Dá oportunidade aos pais de manterem o papel parental.

Diapositivo 26

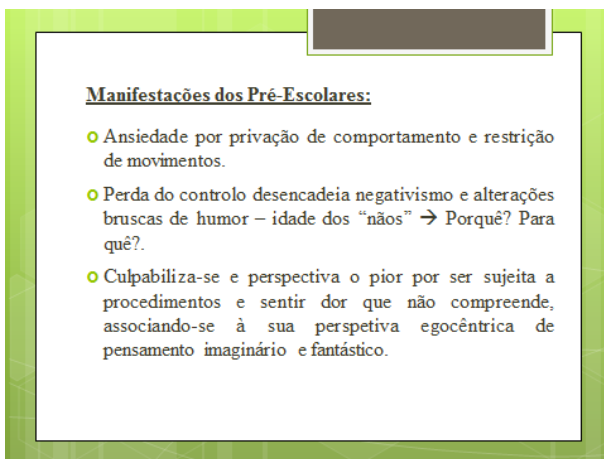
O Enfermeiro

- Não deve restringir ou minimizar – redução ao máximo da sensação de imobilização.
- Conta e ouve histórias; promove a brincadeira com fantoches, palhaços, música. **Atenção:** Animismo
- Oferecer a possibilidade de escolha (pensos, posição do penso, o copo de beber).
- Transmitir uma ordem e um pedido de cada vez e atenção ao conceito de tempo (concentração por períodos reduzidos – 5/10min.).

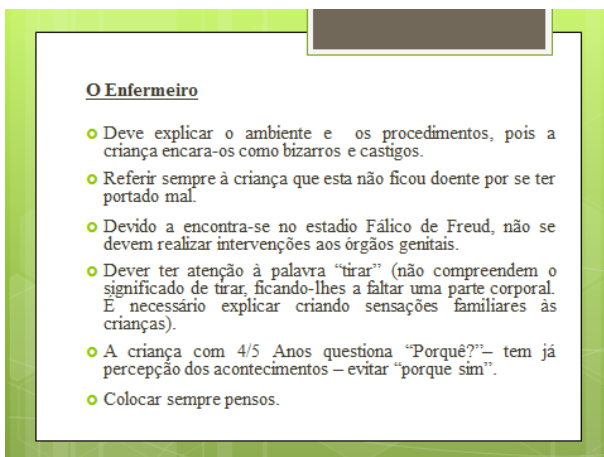
Diapositivo 27



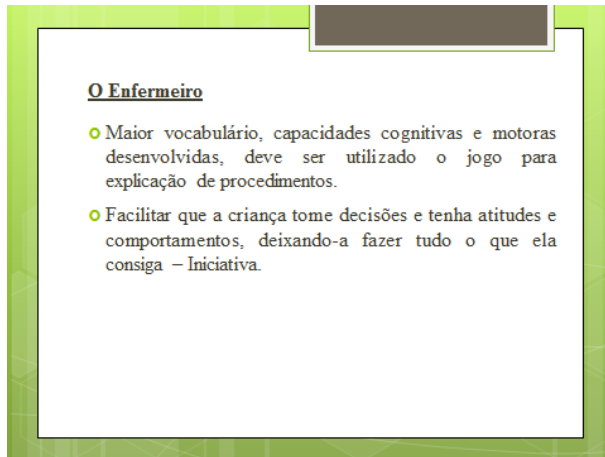
Diapositivo 28



Diapositivo 29



Diapositivo 29



O Enfermeiro

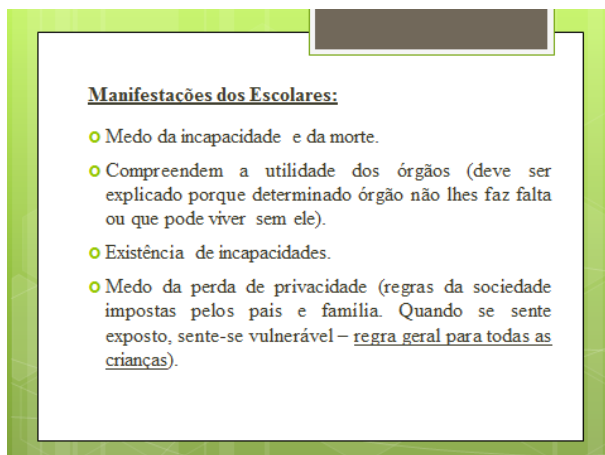
- Maior vocabulário, capacidades cognitivas e motoras desenvolvidas, deve ser utilizado o jogo para explicação de procedimentos.
- Facilitar que a criança tome decisões e tenha atitudes e comportamentos, deixando-a fazer tudo o que ela consiga – Iniciativa.

Diapositivo 30



**Escolares
(6-12 Anos)**
Intervenções de
Enfermagem

Diapositivo 31



Manifestações dos Escolares:

- Medo da incapacidade e da morte.
- Compreendem a utilidade dos órgãos (deve ser explicado porque determinado órgão não lhes faz falta ou que pode viver sem ele).
- Existência de incapacidades.
- Medo da perda de privacidade (regras da sociedade impostas pelos pais e família. Quando se sente exposto, sente-se vulnerável – regra geral para todas as crianças).

Diapositivo 32

O Enfermeiro

- Encorajar a independência e deixar que a criança coloque questões
- Prevenir e minimizar a lesão corporal (percepção da criança) – Pensamento mais elaborado.
- Querem saber não só o porquê?, mas também como funciona.
- Orientar para os comportamentos esperados (mantendo o auto-controlo), já tem desenvolvido o conceito temporal.
- Promover o desenvolvimento utilizando o jogo.
- A preparação para procedimentos pode não ter efeito mesmo após as explicações. No entanto, permite que a criança não fique a pensar que a qualquer momento pode ficar “traumatizada”.

Diapositivo 33

Stressores da Hospitalização

- Ambientais
Ruído, Luzes brilhantes e intensas, escuro, equipamentos.
- Físicos
Imobilização, Dor, Lesão Corporal
- Psicológicos
Procedimentos, Perda de Controlo, Privação do Comportamento.
- Sociais
Separação dos Pais e/ou Pessoas Significativas e/ou Pares.
Alteração das rotinas. Perda de Controlo e Autonomia.

Diapositivo 34

Linguagem em Pediatria

- *Incisão* – abertura especial;
- *Edema* – alto;
- *Maca* – cama com rodinhas;
- *Fezes* – cocô ou caca;
- Dor – dor;
- Cortar ou remover – (ex: fazer com que as amígdalas fiquem boas)
- Avaliar a temperatura – ver se estás quente;
- Anestesia – sono especial;
- Catéter – palhinha especial;
- Monitor – televisão especial;
- Eléctrodos – autocolantes ou cromos especiais.

Diapositivo 35

Emoções Perturbadores



Diapositivo 36

Comunicar com as Crianças

- Proporcionar o tempo à criança para se sentir à vontade.
- Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados, contato visual prolongado ou outro tipo de contato considerado como ameaçador.
- Falar com os pais se a criança se apresenta, inicialmente, envergonhada.
- Comunicar através do objeto de transição antes de questionar a criança.
- Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante.

Diapositivo 37

Comunicar com as Crianças

- Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança.
- Falar de modo claro, concreto empregando palavras simples e frases curtas.
- Sugestões de modo positivo.
- Oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta existe.
- Ser honesto com a criança.
- Facilitar a expressão das suas preocupações e medos.
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação.

Diapositivo 38

Acolher... Comunicar... Brincar...

- Brincar é genético na criança e é fundamental para o seu desenvolvimento psicossocial.
- Através da interpelação da criança com os brinquedos ela desenvolve o raciocínio, a criatividade e a compreensão do mundo.
- "Toda criança tem o direito ao descanso e ao lazer, e a participar de atividades de jogo e recreação, apropriadas à sua idade, e a participar livremente da vida cultural e das artes"

(31º Artigo – CDC, ONU, 1990)

Acolher... Comunicar... Brincar...

Brincar é “o trabalho da criança” e é a sua **Linguagem Universal da Criança**. É uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta

(Hockenberry, 2013)

- A Bincadeira pode ser espontânea ou direcionada.
- O brincar terapêutico é utilizado para reduzir as consequências negativas da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para os procedimentos terapêuticos.

Diapositivo 40

Bibliografia

- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Davie, M. (2012). Developmental assessment in the over 5s. *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice*. Ed No 97; pp. 2-8
- Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, David (2013) – *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. Volume I). Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1;
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Guia: Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pinto, M. (2009). Vigilância de Desenvolvimento Psicomotor e Sinais de Alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N.º 25; pp. 677 – 687.
- Rocha, Solange; Dornelas, Lílian; Magalhães, Livia (2013). Instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo no Brasil: revisão da literatura. *Cadernos de Terapia Ocupacional*. São Paulo. Vol. 21 (1), pp. 109-117.
- Sheridan, Mary (2001) (foi revisto por: Frost, Manion; Sharma, Ajay) – *From Birth to Five Year – Children's Development Progress*. Londres: Routledge. ISBN: 0-205-13524-2
- Sparrow, J.; Brazelton, T.B. (2006) A Development Approach for the prevention of common behavioral problems. In: McInerney, F.K.; Adair, H.M.; Campbell, D.; Kamat, D.K.; Kelleher, K.J. (2013). *Pediatric Primary Care* 5ª ed. Philadelphia: Elsevier

Diapositivo 41

APÊNDICE XI – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan
Modificada

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12 meses

	4 - 6 semanas	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral: levanta a cabeça. • Decúbito dorsal: postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Tração pelas mãos: cabeça cai. • Sentado(a): dorso em arco e mãos fechadas. • Suspensão vertical: cabeça ereta e membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral: apoio nos antebraços. • Decúbito dorsal: postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Tração pelas mãos: cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé: flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral: apoia-se nas mãos. • Decúbito dorsal: levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Tração pelas mãos: faz força para se sentar. • Mantém-se sentado(a) sem apoio. • De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15min. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passa de decúbito dorsal a sentado. • Tem equilíbrio sentado(a). • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Segue uma bola pendente a 20 a 25cm. em ¼ de círculo (de lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém mãos abertas: junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão palmar. • Leva os objectos à boca. • Transfere objectos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Tem interesse visual para perto e longe.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm. do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue os sons a 45cm. do ouvido. • Vocaliza sons monossilábicos e dissilábicos. • Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90cm. abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habituando-se depressa. • Dá pelo nome e volta-se. • <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). • Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri. • Boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe pelo copo com ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora no vestir levantando os braços. • Muito dependente do adulto. • Demonstra afeto.
Sinais de Alarme	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). • Apresenta hipertonicidade na posição de pé. • Nunca segue a face humana. • Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). • Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fixa, nem segue objetos. • Não sorri. • Não há qualquer controlo da cabeça. • Mãos sempre fechadas. • Membros rígidos em repouso. • Sobressalto ao menor ruído. • Chora e grita quando se toca. • Pobreza de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de controlo da cabeça. • Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. • Não olha nem pega em qualquer objeto. • Apresenta assimetrias. • Não reage aos sons. • Não vocaliza. • Desinteresse pelo ambiente. • Apresenta irritabilidade. • Tem estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se senta. • Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não tem preensão palmar, não leva objectos à boca. • Não reage aos sons. • Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização. • Apático(a), sem relação com familiares. • Engasga-se com facilidade. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aguenta o peso nas pernas. • Permanece imóvel, não procura mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. • Não responde à voz. • Não brinca nem estabelece contacto. • Não mastiga.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 meses – 5 anos

	18 meses	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Anda bem. Apanha brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Corre. Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem equilíbrio momentâneo num pé. Sobe escadas alternadamente. Desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé sem apoio 3 a 5 seg. Sobe e desce as escadas alternadamente. Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé 3 a 5 seg., com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 3 cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 6 cubos. Imita rabisco circular. Gosta de ver livros. Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos. Imita (3 anos) e copia (3 anos e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. Combina 2 cores geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e verde). 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói escada de 6 cubos. Copia a cruz. Combina e nomeia 4 cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos. Copia o quadrado e o triângulo. Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o primeiro nome. Fala sozinho(a) enquanto brinca. Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o nome completo e o sexo. Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. Apresenta linguagem compreensível. Apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correcta – pode haver confusão nalguns sons.
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. Segura a colher e leva alimentos à boca. Não gosta que lhe peguem. Exige muita atenção. Indica necessidade de ir à casa de banho. Começa a copiar atividades domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Coloca o chapéu e os sapatos. Usa bem a colher. Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. Vai sozinho(a) à casa de banho. Come com colher e garfo. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços. Gosta de brincar com crianças da sua idade. Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho(a). Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). Escolhe o(a)s amigo(a)s. Compreende as regras do jogo.
Sinais de Alarme	<ul style="list-style-type: none"> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. Anda sempre na ponta dos pés. Apresenta assimetrias. Não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. Não responde quando o(a) chamam. Não vocaliza espontaneamente. Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não anda sozinho(a). Deita os objetos fora. Não constrói nada. Não parece compreender o que se lhe diz. Não pronuncia palavras inteligíveis. Não se interessa pelo que está em seu redor. Não estabelece contacto. Não procura imitar. Tem estrabismo. 		<ul style="list-style-type: none"> Hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. Apresenta perturbação do comportamento. 	

Elaborado por: Ana Rita P. S. Figueira, 5º Mestrado de Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL.

Fonte: Adaptado de Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

APÊNDICE XII – Protocolo de Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento

Protocolo de Cuidados para o Desenvolvimento

1. OBJECTIVO

Esta Instrução de Trabalho visa descrever os procedimentos de promoção do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido prematuro e de termo.

2. ÂMBITO

Esta Instrução de Trabalho aplica-se a todos os enfermeiros do Hospital Privado da Região de Lisboa, que exercem funções na Neonatologia.

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS**Referências**

- Als. H.; Lester, B.; Tronick, E., & Brazelton, TB (1982). Para uma avaliação sistemática do desenvolvimento comportamental dos bebês prematuros.
- Als. H.; Lester, B.; Tronick, E., & Brazelton, TB (1982). Manual para a avaliação do comportamento dos prematuros (APIB).
- Als. H.; Lester, B.; Tronick, E., & Brazelton, TB (1982). Para uma avaliação sistemática do desenvolvimento comportamental dos bebês prematuros.
- Gardner, S.; Carter, B.; Enzman-Hines, M. & Hernandez, J. (2006). *Merenstein and Gardner's Handbook of Neonatal and Intensive Care*. United States of America. Mosby Elsevier.
- Tamez, R (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan.
- Tamez, R. N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ªed.). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Definições**Desenvolvimento**

Para Mussen *et al.* (1995) o desenvolvimento é definido como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. Existem mudanças características que ocorrem em todos os recém-nascidos, parecendo ser universais, mas é importante

salientar que cada criança tem o seu próprio padrão de desenvolvimento. Assim, essas características individuais que marcam o desenvolvimento infantil e juvenil iniciam-se desde a concepção e envolve uma abordagem multiconcetual: “Crescimento físico, maturação neurológica, construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança” (Carvalho, 2012).

Cuidar para o Desenvolvimento Neuropsicomotor

Nem o cérebro em desenvolvimento, nem o ambiente se encontram isolados, estando dependentes um do outro para todas as atividades do cuidado refere Gibbins *et al.* (2008). O recém-nascido, tanto *in útero* como no meio externo apercebe-se do que o rodeia, vai desenvolvendo capacidades sensoriais e perceptivas necessárias para se relacionar, podendo através da visão, do paladar, do olfato, da audição e da resposta a estímulos tácteis e térmicos, influenciar e ser influenciado.

Segundo Tamez (2009) as áreas motoras do cérebro humano parecem contribuir para o desenvolvimento de algumas funções cognitivas, sendo que as estratégias para otimizar o desenvolvimento neuromotor e capacidade neuroplásticas em crianças nascidas pré-termo são importantes para otimizar o seu desenvolvimento cognitivo. O enfermeiro é o facilitador ativo da implementação do designado “development care” baseado nos cuidados individualizados e centrados na família. Reconhece as vulnerabilidades nas dimensões: física, psicológica e emocional do recém-nascido prematuro ou com doenças específicas focando-se na minimização de potenciais complicações no cérebro a curto e longo prazo associadas com o ambiente da Neonatologia, tendo uma perspectiva de mudança de futuro das crianças. “Qualquer perturbação do desenvolvimento psicomotor, ainda que ligeira, pode ter um impacto enorme no desempenho e na qualidade de vida da criança/adolescente através de dificuldades escolares e de integração social, mas também na sua futura vida adulta, a nível profissional e pessoal” (Ferreira, 2013), desta forma a taxa de sobrevivência de um recém-nascido prematuro ou com uma doença específica não é uma avaliação adequada do sucesso de cuidados numa instituição de saúde.

Para minorar esta estimulação excessiva, que afeta os recém-nascidos, e permitir a vinculação precoce através da interação e maior proximidade e atenção dos pais, deve estabelecer-se políticas de cuidados de desenvolvimento que valorizam as práticas humanizadas e a vinculação no contexto de Neonatologia.

O fato de se poupar sistematicamente o recém-nascido a estímulos desnecessários e ao stress - cuidado com a manipulação, posicionamento, ruído, luminosidade, e dor; à luz do conhecimento das capacidades do recém-nascido, poderá contribuir para o desenvolvimento mais harmonioso (Henriques *et al.*, 2008).

O programa NIDCAP envolve a avaliação e observação do recém-nascido durante a interação com o cuidador e o ambiente, através do *Assessment of Preterm Infants' Behavior* (APIB). A APIB é um instrumento de avaliação sistemática do desenvolvimento comportamental de recém-nascidos prematuros, e de termo baseado na Teoria de desenvolvimento Síncrono-Ativo e baseia-se na “*The Neonatal Behavioral Assessment Scale*” (NBAS), que avalia a organização comportamental e permite a recomendação de intervenções que poderão facilitar o equilíbrio de 5 subsistemas – Autônomo, Motor, Estado Comportamental, Atenção e Interação social e Autorregulador).

A avaliação destes Subsistemas permite: determinar a tolerância do recém-nascido às manipulações; determinar a maturidade de cada subsistema; avaliar sinais de stress comportamentais (Tónus muscular - extensão dos membros inferiores; postura; caretas; eliminação; soluços, regurgitação, bocejo; alteração no ritmo cardíaco/baixas de SaO₂; estado do sono/habilidade em permanecer no estado de alerta; alteração de cor) durante a interação com o ambiente; e assim desenvolver um plano de cuidados específico para cada recém-nascido.

Objetivos

- Identificar o comportamento individual e a informação fisiológica do recém-nascido e as influências do ambiente.
- Proporcionar ao recém-nascido prematuro e de termo oportunidade para um desenvolvimento neuropsicomotor adequado, humanizando e individualizando o cuidar.
- Delinear um plano de cuidados individualizado, humanizado e orientado para o desenvolvimento e para o desenvolvimento do papel parental.
- Compreender as intervenções de enfermagem que proporcionam a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor e o restabelecimento de funções do recém-nascido.

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

a) Organização do Comportamento

Proteção do Sono

- Atender à organização do comportamento para identificar os estados de excitação do recém-nascido tendo em conta as modificações ambientais e os tempos dos recém-nascidos – emocionalmente, comportamentalmente e fisicamente preparado para a manipulação;
- Organizar os procedimentos em equipa multidisciplinar ao longo das 24 horas, tentando preservar os períodos de sono, evitando a multiplicação de procedimentos invasivos.
- Apoiar a transição entre estados de excitação, despertando suavemente a criança para o estado vígil antes de iniciar os cuidados, com voz e toque suaves e facilitar o retorno ao sono, evitando períodos prolongados de estimulação;
- Conhecer o estado de excitação de cada recém-nascido, observando os padrões e as respostas individuais, partilhar o conhecimento com os pais – luminosidade e ruído, sono noturno.
- Identificar intervenções que promovam o estado de sono do recém-nascido – Método-Canguru, banho enrolado, toque positivo.
- Explicar aos pais a importância da segurança no sono – Síndrome de Morte Súbita.

b) Toque Terapêutico

- Promover um tempo de transição do estado de sono-vigília, se o procedimento não poder ser adiado. O recém-nascido sente que vai ser manipulado, deve-se chamar cuidadosamente pelo nome, e colocar a mãe sobre o corpo evitando a interrupção abrupta do sono.
- Facilitar o aconchego durante os procedimentos: contenção com as mãos ou cobertor, envolvendo delicadamente a cabeça do recém-nascido com uma mão e com a outra curvando o corpo e fletindo as extremidades.
- Esperar pela resposta comportamental e fisiológica do recém-nascido, se manter sinais de stress e dor esperar até que o recém-nascido atinja a estabilidade, recuperando e dando continuidade ao procedimento ou cuidado.

- Avaliar a Dor, segundo a Escala de Avaliação da Dor do Recém-Nascido (Instrução de Trabalho de Avaliação da Dor), e o comportamento organizacional pelo menos de 4/4horas ou em cada manipulação durante procedimentos ou atividades de cuidado.
- Prolongar o conforto do recém-nascido após um procedimento através da contenção facilitada, dócil e prolongada com as mãos sobre a extensão corporal do recém-nascido.
- Encorajar a família a confortar o recém-nascido e a envolver os pais no plano de minimização da dor e do stress do comportamento do recém-nascido.

c) Posicionamento

- Adequar o posicionamento tendo em conta os seguintes princípios: flexão ligeira ou neutra do pescoço, ombros ligeiramente em rotação, cotovelos fletidos, mãos na face ou na linha média, tronco ligeiramente enrolado com inclinação pélvica, anca na linha média parcialmente fletida e em adução e flexão dos joelhos.
- Quando em decúbito dorsal criar limites e suportar a cabeça, o tronco e as extremidades do recém-nascido de forma a não gerar desorganização e desconforto.
- Garantir o apoio postural ao recém-nascido durante o sono, alimentação, cuidados de higiene e conforto e procedimentos rentabilizando as próprias competências e apoiando o conforto e a estabilidade fisiológica.
- Posicionar e manipular o recém-nascido em, contenção e alinhamento durante as atividades de cuidados: posicionamentos que proporcionem a estimulação de um pé contra o ninho de fronteira ou cobertor, segurar a mão, apertar as duas mãos em conjunto, levar a mão à boca ou rosto, agarrar o cobertor, aconchegar o tronco.
- Utilizar material de posicionamento adequado – rolos, ninhos, *frogs*.
- Avaliar e registar o posicionamento a cada manipulação e modificar de forma a proporcionar o desenvolvimento simétrico.

d) Nutrição

- Utilizar sucção não-nutritiva sempre que possível durante a alimentação entérica.
- Manter a linha média quando se utiliza a contenção para a alimentação.
- Apoio ao aleitamento materno ou à escolha de cada família, oferecendo a informação adequada.

e) Ambiente

- Facilitar um contexto calmo e tranquilo – redução da intensidade da luz da unidade, utilização de uma cobertura de pano sobre a incubadora, redução do ruído de fundo e o de cada elemento da equipa; de forma a promover o estado de sono ativo e profundo.
- Escurecer as luzes do teto para facilitar a abertura dos olhos e a atenção visual do recém-nascido.
- Proteger os olhos das crianças de luzes intensas durante a observação ou procedimentos.
- Considerar o rosto humano como estímulo visual mais apropriado.
- Intervenções mais invasivas com o apoio de duas pessoas.
- Explicar aos pais e visitas sobre a prevenção de infeções através da lavagem e desinfeção das mãos ao entrarem na unidade e ao interagirem com o recém-nascido.

f) Cuidados Centrados na Família

- Incentivar os pais no seu papel parental: Método mãe-canguru, toque positivo, conversarem com voz suave, massagem, vestir, cuidados de higiene e conforto, alimentação, mudança da fralda sem elevação das pernas e quadris acima do nível do tronco, e outras interações.
- Utilização da escala de autoavaliação das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido para compreender se o prestador de cuidados identifica os ensinamentos que lhe são realizados e que tipo de interação existe entre a família e o enfermeiro.
- Oferecer informação aos pais sobre os cuidados de que o recém-nascido irá necessitar e como eles podem participar
- Oferecer a oportunidade aos pais de escolherem estar presentes durante as manipulações e procedimentos invasivos.
- Permitir que os pais expressem as suas preocupações no seu papel parental. Não forçar a interação e incentivar os pais a iniciar esse contacto.
- Identificar recursos que possam ser úteis para os pais: necessidades espirituais, sociais, emocionais, de grupos de apoio.
- Manter o registo da interação dos pais com os filhos. Dar feedback positivo quando os pais realizam algum cuidado.
- Promover a consistência nas informações oferecidas aos pais.

**APÊNDICE XIII – Reformulação da Escala de Auto-avaliação das Competências
Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Breve Revisão da Literatura

**Reformulação da Escala de Competências Parentais nos Cuidados ao
Recém-Nascido**

LISBOA
ABRIL, 2015

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. BREVE REVISÃO DA LITERATURA	4
2. EXTRACÇÃO DE DADOS DE 3 ARTIGOS	8
3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA AVANÇADA: REFORMULAÇÃO DA ESCALA DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO	10
APÊNDICES	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

NOTA INTRODUTÓRIA

A família tem um papel fundamental no processo de doença da criança, pelo que atender às suas necessidades é fulcral. Os cuidados de enfermagem na unidade de neonatologia baseiam-se na filosofia de cuidados centrados na família, onde os pais progressivamente desenvolvem competência de cuidar do seu recém-nascido. Pelo que o enfermeiro deve supervisionar este processo, de forma a potenciar os cuidadores. Por outro lado, o processo de supervisão permite desenvolver competências profissionais de reflexão-na-acção, e conseqüentemente é necessário desenvolver instrumentos de avaliação de competências parentais de forma a avaliar e validar também as informações de promoção e educação da e para a saúde.

Esta breve revisão da literatura tem como objetivo conhecer as evidências científicas no que se refere às necessidades dos pais/famílias e os instrumentos existentes na área de competências parentais e definir a necessidade de existência e reformulação da Escala Avaliação **das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido**”.

Esta escala enquadra-se no sentido de perspetivar a promoção da Qualidade em Saúde na Unidade de neonatologia, mas explorar os conceitos de Supervisão em Enfermagem, Satisfação dos Pais, Parceria e Parentalidade aumentando os meus conhecimentos e habilidades e despertando para as necessidades que podem apresentar durante o internamento do recém-nascido na Unidade de neonatologia.

Os artigos analisados partem da satisfação das mães e do conhecimento das próprias através de entrevista ou preenchimento de questionário de forma a caracterizar as suas necessidades, inferindo-se três dimensões de cuidados: segurança na prestação de cuidados ao recém-nascido, filosofia de cuidados centrados na família focando a comunicação com os profissionais; e a preparação para o regresso a casa.

Palavras-chave: Satisfação dos Pais, Avaliação das Competências parentais, Supervisão e Parceria.

1. BREVE REVISÃO DA LITERATURA

A família é uma “constante na vida da criança” (Hockenberry, 2013, p. 11), sendo fundamental desenvolver um cuidar que os abranja como um todo, imperando a Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF). A equipa multidisciplinar que cuida do cliente pediátrico deve potenciar as forças da família, apoiando, respeitando e encorajando a mesma, através da construção de uma relação terapêutica, intervindo na crise. Para que este cuidar seja otimizado, é fundamental desenvolver competências de escuta, comunicação, acolhimento e compreensão da situação que estão a experienciar, permitindo focalizar a atenção nas necessidades da família para que estas sejam respondidas e a sua capacidade de decisão maximizada, valorizando o conhecimento que a família possui sobre a criança. Compete ao enfermeiro conhecer e valorizar experiências e vivências, e construir uma parceria garantindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* para enfrentar o processo de doença da criança, e possibilitar uma continuidade de cuidados (Hockenberry, 2013) integrada. Assim a família são os melhores prestadores de cuidados para a criança, sendo esta a mediadora entre ela e o mundo (Casey, 1993). A Ordem dos Enfermeiros corrobora com esta afirmação no sentido em que afirma que o enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem estabelece parceria de cuidados com a pessoa significativa à criança, em qualquer contexto em que ela se encontre, “(...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável e ou doente, e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza, recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista de saúde da Criança e do Jovem, 2010).

Relativamente aos pais, o internamento de um filho numa unidade de cuidados neonatais tem as seguintes consequências: Separação destes com o filho; Condiciona problemas socioeconómicos, visto que crescem os encargos para acompanhar o filho; receio da tecnologia usada nos cuidados de saúde; luto pela criança idealizada durante a gravidez, em virtude da patologia da criança; alteração do papel parental, uma vez que, grande parte dos cuidados são realizados por outras pessoas que não os pais; receio do regresso a casa, em que, temem não conseguir prestar os cuidados que a criança necessita. Os fatores acima descritos levam a que os pais/famílias se encontrem num momento de grande ansiedade, conduzindo a maiores dificuldades em “ouvir e integrar

as informações” (Kenner et al., 1998, citando Kersten, 1984) fornecidas pelos enfermeiros durante a preparação para o regresso a casa, comprometendo assim o sucesso deste processo, uma vez que é através destas informações e com a devida conjugação destas, com o treino de capacidades, que se poderá promover a aquisição de competências essenciais no cuidar do recém-nascido. Neste processo de desenvolvimento, é preciso integrar a criança numa abordagem holística, para que os pais possam atender às necessidades do desenvolvimento infantil – neuropsicomotor, físico, emocional e social, desta forma o enfermeiro na Neonatologia tem de desenvolver ações de educação para a Saúde relativamente aos cuidados aos recém-nascidos de forma a contribuir para a sua crescente autonomia e adaptação, promovendo o desenvolvimento de competências potenciando as capacidades de cada elemento da família. Assim, a supervisão e educação para a saúde permite não só a organização dos clientes e família/pessoas significativas de quem cuidamos, sendo este sistema o grande beneficiado; bem como as ações do enfermeiro possibilitam o seu desenvolvimento no sentido de promover a segurança das práticas clínicas, promover a qualidade de cuidados e o desenvolvimento de competências supervisoras.

Por outro lado este processo de supervisão é um processo de suporte à prática profissional, promovendo a prática reflexiva sobre os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros na Unidade de Neonatologia prendendo-se não só como processo de formação e promoção da qualidade dos cuidados, mas como um processo mais vasto, de forma a colocarem-se preocupações no decurso do seu exercício, ao nível da segurança das práticas – ao nível do risco clínico, e desenvolvimento de competências e suporte dos pares. É oportuno compreender na prática de enfermagem centrada na família como é que o enfermeiro supervisiona, forma, orienta, utiliza as capacidades da família e avalia o que desenvolve relativamente aos pais ao mesmo tempo que lhes incute atitudes de responsabilidade, de interesse e segurança nos cuidados; e por outro lado perceber o que os pais perspetivam dos cuidados prestados pelos enfermeiros e de como integram as informações que lhe são dadas, tendo em vista o desenvolvimento do conhecimento e a aquisição de novas competências. A supervisão clínica é assim, uma estratégia de obtenção de resultados positivos nos cuidados de enfermagem, já que havendo procura e empenho na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, irá existir ganhos em saúde que permitem a produção de evidência científica que possibilita a

orientação dos profissionais durante a prática clínica – “Enfermagem com mais enfermagem” (Silva, 2007), estando intrínseco à lógica de enfermagem avançada.

O Enfermeiro deve estar consciente e atento às alterações de necessidades dos pais, atendendo a conhecê-las e dar-lhes resposta através de um cuidar refletido e humanizado. Assim, esta revisão da literatura tem como objetivo a reformulação da Escala de Autoavaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido do Hospital. A atividade **“Reformulação da Escala de Autoavaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido”** enquadra-se no sentido de perspetivar a promoção da Qualidade em Saúde na Unidade. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere especial relevância à adequação dos meios e à atuação do Sistema de Saúde, orientadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças, tal implicou equacionar perspetivas de aperfeiçoamento e implementação, concetualizando o cuidar de forma holística incorporando os cuidados antecipatórios preconizados pela DGS no primeiro ano de vida e a conseqüentemente uniformização das ações de promoção da saúde e prevenção da doença realizadas pelos enfermeiros da unidade favorecendo uma cultura de melhoria contínua da qualidade. A Reformulação da Escala de Autoavaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao Recém-Nascido permitiu ainda criar janelas de oportunidade para desenvolver um quadro de referência e instruções de trabalho que permitam o desenvolvimento do potencial para a emoção e prevenção da doença e sinalização e articulação com o serviço de obstetrícia. Por outro lado, permitiu compreender a necessidade de atualização, realização e utilização de suporte informacional, já que esta é amplamente referenciada na literatura como uma estratégia útil.

Assim para a realização desta atividade, agruparam-se os cuidados antecipatórios do primeiro ano de vida previstos no PNSIJ 2013, mais concretamente a 1ª semana de vida preconizada pela DGS na idade chave neste programa-tipo de atuação – Alimentação, Saúde Oral, Higiene, Posição de deitar, Hábitos de Sono, Hábitos Intestinais e de Cólicas, Crescimento e Desenvolvimento, Acidentes e Segurança, Temperatura normal e febre, Sintomas/sinais de alerta, Sintomas/sinais comuns, Vacinação – vantagens e reações, vida na creche/ama/outros atendimentos e relação

emocional; a documentação de registo de enfermagem em utilização nas duas Unidades de Neonatologia dos locais de estágio escolhidos e tendo por base a pesquisa bibliográfica aqui exploradas de forma a conhecer as evidências científicas no que se refere às necessidades dos pais/famílias e os instrumentos existentes na área de competências parentais.

Para dar resposta formulou-se a seguinte Questão:

“Quais os conhecimentos que os pais/família/pessoas significativas podem ser potenciados e que prestam ao recém-nascido numa Unidade de Neonatologia, de forma a sentirem-se competentes no cuidado ao recém-nascido?”

Assim apresenta-se neste documento, em quadro, a análise de dados extraídos de três artigos seleccionados, no sentido de contribuir para uma melhor compreensão de até que ponto os pais/família de crianças internadas na neonatologia se sentem competentes no cuidar do seu recém-nascido: artigo 1 – “Competências Maternas Auto Percebidas no contexto da Prematuridade”; artigo 2 – “Avaliação da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal na Perspetiva dos Pais” e artigo 3 – “Stress e Satisfação das Mães em Cuidados Intensivos Neonatais”.

2. Extração de dados de 3 artigos

	Fatores que interferem com as competências no cuidado ao recém-nascido	Emoções e sentimentos experienciados pela família	Planeamento da alta	Fatores que interferem com a competência materna	Dificuldades	Estratégias de Suporte
<p>Artigo 1: Competências Maternas Auto Percebidas no contexto da Prematuridade</p>	<p><u>Negativos</u></p> <p>Idade gestacional</p> <p>Peso do nascimento.</p> <p><u>Positivos</u></p> <p>Duração do internamento</p> <p>Competências cognitivo-motoras (atividades orientadas para satisfazer a alimentação, higiene vestir assegurar a temperatura corporal proteger do perigo e promover a mobilidade).</p>	<p>Capacidades cognitivas e afetivas maternas (ternura, atenção, interesse quanto às necessidades e desejos do recém-nascido</p> <p>Estabelecimento de uma relação positiva.</p>	<p><u>Negativo</u></p> <p>Não existência de um plano para a alta.</p> <p>Insegurança na alta</p> <p><u>Positivo</u></p> <p>Aumenta as competências maternas</p> <p>Diminui a ansiedade</p> <p>Aumenta as estratégias de coping</p> <p>Permite fornecer informação associada à explanação oral e envolvimento dos pais no processo</p>	<p>Características sociofamiliares (personalidade, idade, história de desenvolvimento, características do emprego)</p> <p>Características do recém-nascido (idade gestacional, peso ao nascer)</p> <p>Preparação para o regresso a casa.</p>	<p><u>Dimensão cognitivo-motora</u></p> <p>Selecionar a tetina mais adequada</p> <p>Distinguir vomitar de bolsar</p> <p>Reconhecer sinais de engasgamento</p> <p>Segurar o bebé durante o banho</p> <p>Conhecer a temperatura ideal</p> <p>Reconhecer no bebé sinais de calor</p> <p>Reconhecer sinais de dificuldade respiratória</p> <p>Atuar em caso de paragem respiratória.</p> <p>Dimensão cognitivo-afetiva:</p> <p>Assegurar os períodos de sono e repouso ao bebé</p> <p>Identificar o motivo do choro</p> <p>Identificar os períodos de indisponibilidade do bebé para interagir</p> <p>Identificar dúvidas acerca dos cuidados ao bebé e perceber as suas necessidades</p>	

<p>Artigo 2 : Avaliação de Assistência de enfermagem em Unidade Neonatal na perspectiva dos Pais</p>		<p>Medo, Insegurança e Expetativa</p> <p>Alterações comportamentais</p> <p>Resistência a cuidar da criança</p> <p>Dificuldade em ajudar nos cuidados</p> <p>Pesadelos constantes</p>	<p><u>Negativo</u></p> <p>Não existência de um plano para a alta.</p>	<p>Preparação para o regresso a casa</p>	<p>Orientar para a confortar o recém-nascido durante e após os procedimentos.</p>	<p>Informação realista coerente e compreensiva que permita a integração na preparação para o regresso a casa – questionar se os pais querem estar presentes ou sair durante procedimentos técnicos, e incluir nas tomadas de decisão sobre o cuidado ao recém-nascido.</p>
<p>Artigo 3: Stress e satisfação das Mães em Cuidados Intensivos Neonatais</p>	<p>Quanto maior a informação dada a mãe menor é o stress sentido maior a satisfação</p> <p>Grande importância do contato e comunicação com os profissionais mesmo que a criança evolua positivamente</p>	<p>Medo e Angústia associado essencialmente à separação física do recém-nascido</p>		<p>Promoção da participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido, diálogo e reforço da importância recém-nascido mãe</p>	<p>Comunicação com o enfermeiro fonte de informação e de apoio importantes</p> <p>Enfermeiros ajudam no desenvolvimento de estratégias e recursos para lidar com a experiencia</p>	<p>Linguagem adaptada, honesta nível culrutal</p>

3. Contributos para a Prática Avançada: Reformulação da escala de competências Parentais de Cuidados ao Recém-Nascido

A síntese inicial dos artigos permitiu uma abordagem exploratória sobre a temática da parentalidade na Unidade de Neonatologia e permitiu o desenvolvimento de conceitos como: Vinculação, Competências Parentais, Parceria e Satisfação dos Pais.

Os artigos analisados partem da satisfação das mães e do conhecimento das próprias através de entrevista ou preenchimento de questionário de forma a caracterizar as suas necessidades, inferindo-se três dimensões de cuidados: segurança na prestação de cuidados ao recém-nascido, filosofia de cuidados centrados na família focando a comunicação com os profissionais; e a preparação para o regresso a casa.

Esta breve exploração da temática permitiu-me não só explorar os conceitos referidos anteriormente e pesquisa de novas fontes bibliográficas, como também aumentar conhecimentos e habilidades e um despertar para as necessidades que podem apresentar durante o internamento do recém-nascido na Unidade de neonatologia.

Os resultados obtidos contribuíram para desenvolver cada vez mais os cuidados centrados na família e adequados às suas necessidades e, portanto, holísticos, reforçando a importância de aprender ao longo de toda a vida profissional, despertando o raciocínio crítico e a possibilidade de adquirir, aperfeiçoar e partilhar conhecimentos para a utilização individual ou em equipa, contribuindo para o fenómeno da transformação.

APÊNDICE: Reformulação da escala de competências Parentais de Cuidados ao Recém-Nascido

Por favor, em cada item, assinale (X) a opção que lhe parecer mais correta relativamente aos conhecimentos que tem e cuidados que presta ao seu bebé. Use para o efeito a seguinte grelha.

À medida que vai adquirindo conhecimento/competências, atualize a grelha, colocando a data.

Ensino	Conhecimento ou competência	Não tenho conhecimento/ não sei fazer	Tenho algum conhecimento/ faço com ajuda	Tenho conhecimento/ sei fazer	Validação na alta
	Alimentação				
	Consigo identificar os sinais de fome e saciedade do bebé				
	Sei qual o intervalo e duração das refeições				
	Consigo colocar o meu filho a eructar (arrotar)				
	Consigo realizar a manobra de desengasgamento				
	Amamentação				
	Sei quais são os fatores de sucesso da amamentação				
	Consigo posicionar o meu filho para lhe dar de mamar				
	Consigo identificar os sinais de boa pega				
	Sei quais os problemas relacionados com a amamentação e como resolvê-los				
	Sei quais os hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis que devo ter durante a amamentação				
	Extração de leite por Bomba				
	Sei realizar a extração de leite por bomba				
	Sei como conservar e transportar o leite materno				
	Alimentação por biberão				
	Sei como preparar o biberão (leite materno ou adaptado)				
	Consigo dar a totalidade do leite por biberão				
	Sei como higienizar os utensílios de alimentação				
	Higiene e conforto				
	Sei como fazer a higiene do bebé (frequência, temperatura da água, produtos de limpeza e hidratação)				
	Consigo dar banho parcial				
	Consigo dar banho total				
	Sei quais são as condições que favorecem a mumificação do coto umbilical				
	Consigo higienizar o coto umbilical				
	Identifico quando o bebé tem frio ou calor e qual a temperatura ambiente adequada				
	Sei quais as características e como higienizar a roupa do bebé				
	Eliminação				
	Sei identificar as características de eliminação (urina e fezes)				
	Sei como prevenir e tratar o eritema pelas fraldas				

Ensino	Conhecimento ou competência	Não tenho conhecimento/ não sei fazer	Tenho algum conhecimento/ faço com ajuda	Tenho conhecimento/ sei fazer	Validação na alta
	Consigo mudar a fralda e fazer a higiene perineal				
	Consigo realizar a massagem abdominal para alívio das cólicas				
	Consigo estimular a eliminação intestinal através de estimulação ou aplicação de microclister				
	Desenvolvimento e interação				
	Sei identificar as competências e estádios do comportamento do bebé				
	Sei identificar as causas do choro do bebé				
	Consigo acalmar o bebé quando ele chora				
	Sei como posicionar o bebé corretamente no berço				
	Sei quais as rotinas para estabelecer padrões de sono/vigília				
	Sei quais as vantagens do Método mãe-canguru				
	Sei quais os períodos e locais adequados para dar passeios e como prevenir infeções (visitas)				
	Sei sobre vigilância e promoção de saúde				
	Prolemas de saúde				
	Consigo fazer lavagem nasal				
	Sei como prevenir e antecipar riscos (acidentes)				
	Sei identificar os sinais de alerta e conheço as unidades de saúde que posso contactar				
	Consigo administrar a medicação/suplementos para fazer em casa				

Lista de verificação na alta	Validação
Boletim Individual de Saúde	
Boletim de Vacinação	
Rastreio auditivo Neonatal <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> Potenciais evocados	
Diagnóstico Precoce	
Marcação de consulta de neonatologia e especialidades	
Marcação de consultas de vigilância de saúde	
Marcação de exames	
Disponibilizar medicação no domicílio	
Notas de alta (enfermagem e médica)	
Sistema de Retenção automóvel <input type="checkbox"/> Teste de sistema de retenção automóvel <input type="checkbox"/> Demonstrar uso sistema de retenção	
Marcar follow-up	
Disponibilizar o contacto da unidade	

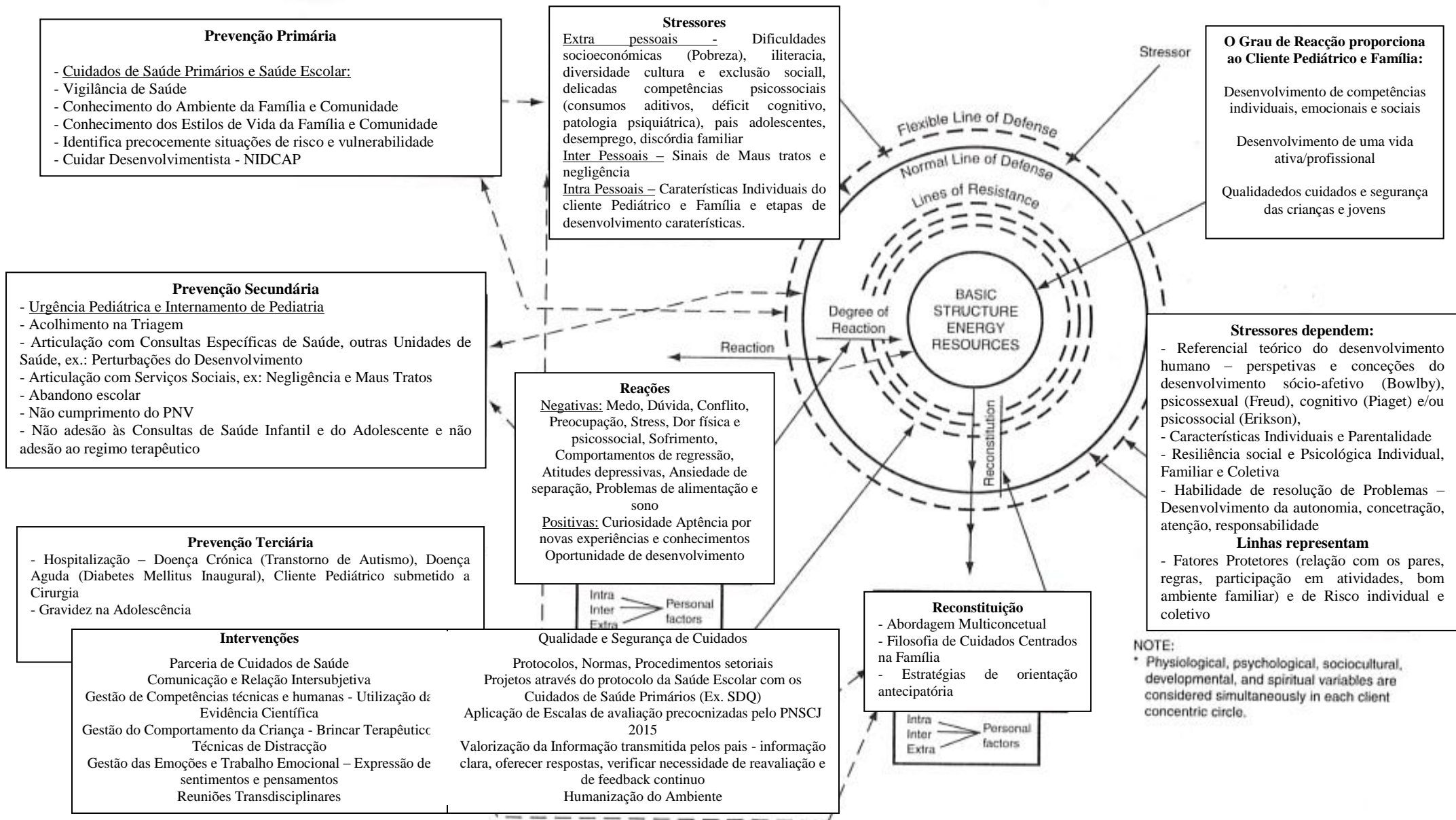
Data ___/___/___ Enf. que deu alta: _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigos

- Kayna, T.; Fernanda, T.; Edilaine, G. & Sarah, N. (2010). Avaliação da Assistência de Enfermagem em Unidade Neonatal na Perspetiva dos Pais. *Cogitare Enfermagem*, 15(3) 460-466.
- **Gustavo, R.; Linda, C.; Ramos, M.; Mais, T. Guimarães, H. & Viana, V. (2011). Stress e Satisfação das Mães em cuidados intensivos Neonatais. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2) 157-166.**
- **Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Universidade de Aveiro.**
- Rouck, S.; Leys M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. *Patient Education & Counseling*, 76(2), 159-173.
- Reid, T.; Ros, B.; Booth, N. & Weindling, M. (2007). Perceptions of parent–staff communication in Neonatal Intensive Care: The development of a rating scale. *Article Journal of Neonatal Nursing*, 13(1), 24-35.
- Mitchell-DiCenso, A.; Guyat, G.; Paes, B.; Blatz, S.; Kirpalani, H.; Fryers, M.; ... A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care (1996). *Article Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (3), 313-318.
- Alderson, P.; Hawthorne, J. & Killen, M. (2006). Parents' experiences of sharing neonatal information and decisions: Consent, cost and risk. *Social Science & Medicine*, 62(6) 1319-1329.

**APÊNDICE XIV – Mapa Conceptual da Área Temática segundo o Modelo de
Betty Neuman**



Mapa Conceptual da Área Temática segundo o Modelo de Betty Neuman,
Adaptado de The Neuman Systems Model (Betty Neuman, 1970)