



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidar o Conforto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Sofia Condesso Brito

Orientação: Professora Maria Dulce Damas Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidar o Conforto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Sofia Condesso Brito

Orientação: Professora Maria Dulce Damas Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Professora Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida
Malcata

Orientador: Professora Maria Dulce Damas Cruz

Setúbal, 2023

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante
(Antoine de Saint-Exupéry, 2015)

AGRADECIMENTOS

A todos os que estiveram ao meu lado ao longo desta caminhada, que acreditaram em mim e me deram força nos momentos mais desafiantes, contribuindo para a concretização de mais uma etapa.

À minha mãe, que foi uma rede de suporte.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração, boa disposição e risadas sem fim.

À professora Dulce Cruz, pela orientação, momentos de reflexão e incentivo.

A todos os colegas enfermeiros, que me receberam nas suas equipas, pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento e experiências.

A todas as crianças e famílias, com quem tive a oportunidade de me cruzar e que me inspiraram a ser melhor.

A todos o meu sincero agradecimento!

RESUMO

A promoção do conforto tende a ser um resultado dos cuidados de enfermagem com especial relevância para o contexto pediátrico. Para tal, é importante que o enfermeiro considere a visão holística do binómio criança/família e o conforto como um foco na parceria de cuidados, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares mais complexos.

O presente relatório visa evidenciar o percurso formativo, dando visibilidade à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das específicas na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, das competências de mestre, bem como o trabalho realizado na área da promoção do conforto da criança/jovem e família, através da metodologia de projeto, tendo em conta as necessidades específicas de cada contexto clínico.

O desenvolvimento do projeto de intervenção contribuiu para a reflexão da temática junto das equipas, fomentando a mudança, traduzindo-se em ganhos em saúde e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Conforto, Parceria de Cuidados, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Comfort promotion is a result of nursing care, with particularly relevance to the pediatric setting. Thus, from primary care to secondary and tertiary care, it is mandatory for the nurse to consider a holistic approach of the child/family dyad and comfort as one of the main focuses of partnership in care.

This report highlights our educational journey, showcasing the acquisition and development of both general and specific competencies of a pediatric nurse, as well as the competencies obtained through a masters' degree. It also focuses on our intervention project, promotion of comfort to the child/adolescent and family, outlining its development using project methodology and its implementation tailored to the specific needs of clinical settings.

The intervention project motivated the team reflection on the subject, fostered change and achieved health gains and higher quality of nursing care.

Key words Comfort, Partnership Care, Nurse Specialist Pediatrics and Child Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA** *American Psychological Association*
- CCEE** Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- CCF** Cuidados Centrados na Família
- CDE** Código Deontológico dos Enfermeiros
- CEEESIP** Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
- CIPE** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CSP** Cuidados de Saúde Primários
- DGS** Direção-Geral da Saúde
- ECDP** Equipa de Cuidados Domiciliários Pediátricos
- EEESIP** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EIHSCPP** Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos
- MESIP** Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- OE** Ordem dos Enfermeiros
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PNSE** Programa Nacional de Saúde Escolar
- PNSIJ** Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- PNV** Plano Nacional de Vacinação
- REPE** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- RN** Recém-Nascido
- RNPT** Recém-Nascidos Pré-Termo
- SNS** Serviço Nacional de Saúde
- SUP** Serviço de Urgência Pediátrica
- UC** Unidade Curricular
- UCC** Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCINP** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
- UICD** Unidade de Internamento de Curta Duração
- USF** Unidade de Saúde Familiar
- VD** Visita domiciliária

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA .	14
1.2. CONCEITOS E MODELOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	21
2.1 UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	21
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS .	23
2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	25
2.4 INTERNAMENTO DE PEDIATRIA MÉDICA E CIRÚRGICA	26
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO/ METODOLOGIA DE PROJETO	30
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	30
3.2 OBJETIVOS	33
3.3 PLANEAMENTO e EXECUÇÃO	34
3.4 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	42
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	42
4.2 COMPETÊNCIAS ESEPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	47
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ÍNDICE ANEXOS

Anexo I – Certificado de Participação no Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos.....	63
--	-----------

ÍNDICE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário sobre o conforto e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor	66
Apêndice B – Formação em Serviço “Técnicas não Farmacológicas para o alívio da Dor”.....	68
Apêndice C - Formação em Serviço “Segurança do recém-nascido no transporte em sistema de retenção e teste de apneia”.....	70
Apêndice D – Norma de Procedimento “Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido em sistema de retenção – teste de apneia”.....	72
Apêndice E – Formação em Serviço Urgência Pediátrica “Técnicas Não Farmacológicas para o alívio da Dor”.....	74
Apêndice F – Formação em Serviço “Intervenções não Farmacológicas para o alívio da Dor - BuzzyBee®”.....	76
Apêndice G – Norma de Procedimento “Cuidados de Enfermagem na utilização do dispositivo para o alívio da dor nos procedimentos dolorosos (Buzzy®)”.....	78
Apêndice H – Questionário de Avaliação da Qualidade da Sessão.....	80
Apêndice I – Estudo de Caso RN e Família.....	82
Apêndice J – Resumo Artigo Científico “Estratégias de <i>coping</i> dos enfermeiros perante a morte em Pediatria: uma revisão sistemática”.....	84
Apêndice K – Pósters “Cuidados com o Sol”.....	86
Apêndice L – Folheto “Cuidados com o Sol”.....	89

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, presente no ciclo de estudos do primeiro semestre, do segundo ano, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O relatório, enquanto elemento de reflexão, pretende espelhar o percurso formativo e refletir acerca da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências relativas aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEEESIP) e as Competências de Mestre.

Assim, destacam-se como documentos norteadores para este percurso o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS).

No cumprimento dos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de mestre e da atribuição pela Ordem dos Enfermeiros do título de especialista, o estágio foi repartido em dois momentos, Estágio I e Estágio Final, englobando todos os contextos de cuidados à criança/jovem e família. O Estágio I foi realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) numa Unidade de Saúde Familiar (USF). O Estágio Final englobou os contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica. O relatório pretende ainda dar visibilidade ao projeto de intervenção desenvolvido, seguindo as fases inerentes à metodologia de projeto. A metodologia de projeto tem como objetivo principal a

resolução de uma problemática. Constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, pois pretende a aquisição de competências que permitam uma articulação entre o conhecimento teórico e posterior aplicabilidade prática, através de uma prática baseada na evidência (Ruivo & Ferrito, 2010).

A linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” norteou o projeto, privilegiando o conforto. A escolha desta temática baseou-se no interesse pessoal, decorrente da experiência profissional do cuidar em pediatria e no facto de ser transversal a todos os contextos. É da competência do EEESIP prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2028, p. 19192) pelo que é fundamental refletir sobre o conforto da criança/ jovem e família nas suas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diversos contextos de saúde.

O conforto está vinculado à enfermagem desde a sua origem, é fundamental compreender que o conforto não é apenas uma medida de alívio de dor, mas que envolve outras dimensões. Após o estudo sobre os principais referenciais teóricos em que a enfermagem se alicerça, foi selecionada a Teoria do Conforto de Kolcaba, pelo que o presente documento se baseia nas premissas definidas por esta teórica.

Considerando o conforto como o estado resultante de intervenções de enfermagem, a Teoria do Conforto apresenta uma estrutura taxonómica que permite operacionalizar este conceito, ou seja, o conforto está organizado numa grelha bidimensional, em que a primeira dimensão representa a intensidade de satisfação ou não das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e a segunda dimensão diz respeito aos contextos nos quais o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural) (Kolcaba, 1991).

Face ao exposto, o presente relatório tem como objetivo geral: descrever o percurso formativo, ao longo dos contextos clínicos, integrando a temática escolhida. Os objetivos específicos são: enquadrar os conceitos e os modelos e teoria que fundamentam a prática clínica; descrever os contextos clínicos; apresentar o projeto de intervenção e etapas inerentes; analisar e refletir acerca da aquisição e desenvolvimento de CCEE, competências específicas de EEESIP e de mestre.

Em termos estruturais, o presente documento encontra-se dividido pela seguinte ordem: a introdução, onde é realizada a contextualização do relatório, identificação da temática e dos objetivos. Seguidamente é realizado um enquadramento teórico, relacionando-o com um referencial teórico e articulando conceitos e modelos de cuidados em pediatria. Posteriormente é apresentado o percurso formativo através da descrição dos contextos e seguimento dos passos da metodologia de projeto. Em continuação, é realizada uma análise crítica e reflexiva acerca

da aquisição e desenvolvimento das CCEE, das CEEESIP e de mestre em enfermagem. O relatório culmina com as considerações finais, onde é efetuada uma síntese do percurso, analisado o alcance dos objetivos estabelecidos, mencionados aspetos facilitadores e dificultadores deparados e refletido acerca do impacto deste percurso a nível pessoal, profissional e académico.

A execução deste documento obedece às normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a sua referenciação está de acordo com a norma *American Psychological Association* [APA] na sua 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo que se inicia pretende introduzir a teoria de enfermagem que norteou o processo de aprendizagem, articulando conceitos e modelos de cuidados em contexto pediátrico. Integra também a contextualização da promoção do conforto, sendo esta fundamentada no conhecimento e evidência científica para uma melhor compreensão do fenómeno de enfermagem em estudo.

1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o conforto é descrito como uma “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (ICNP, 2023).

O conceito de conforto é identificado desde os tempos antigos como um elemento inerente aos cuidados de enfermagem. Vários autores reconheceram a sua importância e a relevância do confortar, pelo que este se encontra presente em várias teorias de enfermagem (Apóstolo, 2009).

Em 1990, Katharina Kolcaba operacionalizou o conceito de conforto e tornou-o funcional como resultado dos cuidados de enfermagem, ao considerar que o processo de confortar só fica completo com a avaliação dos resultados. Na sua teoria de médio alcance, o conforto é o resultado pretendido pelos enfermeiros e o cuidar é a forma como os enfermeiros exercem o seu trabalho (Kolcaba, 2003).

Na sua estrutura taxonómica, o conforto está organizado numa grelha bidimensional. A primeira dimensão representa o nível de satisfação das necessidades de conforto, podendo atingir três níveis – alívio, tranquilidade e transcendência. A segunda dimensão diz respeito aos contextos nos quais o conforto é experienciado: físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural. O estado de alívio pressupõe a existência de um desconforto prévio, do qual o indivíduo é ‘aliviado’ através de intervenções de enfermagem. A tranquilidade é o estado de calma e bem-estar e a transcendência é o estado em que as pessoas desenvolvem competências para a resolução dos problemas, controlando e elevando-se em relação a estes (Apóstolo, 2009).

As necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: físico - diz respeito às sensações corporais e mecanismos homeostáticos que são interrompidos ou colocados em causa por uma doença ou realização de um procedimento invasivo, tais como sinais de um desequilíbrio do estado de saúde ou a presença de dor; psico-espiritual - aborda as sensações e a consciência interna de si, incluindo a autoestima e a sexualidade; ambiental - relaciona-se com o meio e as influências externas como segurança, temperatura, ruído, odores, pelo que o enfermeiro deve providenciar um ambiente terapêutico e promotor da saúde; sociocultural - refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais, fomentado pela relação de ajuda utente/enfermeiro, respeitando necessidades culturais e familiares (Kolcaba & Dimarco, 2005).

A procura do conforto é uma preocupação transcultural, interdisciplinar e transversal em qualquer etapa do ciclo de vida. Deve ser abordado através de um pensamento holístico, em que a pessoa possui uma dimensão biológica, psicológica e social e encontra-se em constante interação com o meio que a rodeia. A estrutura taxonómica representa a natureza holística do conforto como um objetivo importante do cuidado (Kolcaba & Dimarco, 2005).

O enfermeiro deve procurar conhecer as necessidades físicas, socioculturais, psicoespirituais e ambientais da criança e família, de modo a proporcionar intervenções com vista à obtenção do conforto da díade nos estados que Kolcaba define como alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos de intervenção de saúde e doença.

1.2. CONCEITOS E MODELOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

A Convenção sobre os Direitos da Criança, define criança como todo o ser humano com menos de dezoito anos e destaca a importância da família como sendo um elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento dos seus membros, em particular das crianças, pelo que deve receber a proteção e assistência necessária para desempenhar em pleno o seu papel na sociedade (UNICEF, 1990).

A história permite-nos compreender a evolução da sociedade ao longo dos tempos face à criança/ jovem e cuidados de saúde inerentes. Anteriormente, a criança vivia de uma forma pouco diferenciada dos adultos, sem interesse para a sociedade e sem necessidade de cuidado especial. Investir na criança e no adolescente, é atualmente, sinónimo de construção de uma sociedade futura mais saudável, o que parece ter efeitos positivos a vários níveis,

nomeadamente no desenvolvimento socioeconómico, afetivo e cultural (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A publicação da Carta da Criança Hospitalizada em 1988, foi também um marco importante na história dos cuidados de saúde prestados à criança/ jovem e família, sintetizando 10 princípios cruciais a respeitar durante a hospitalização, dos quais valorizam a presença dos pais, ou seus substitutos, junto da criança, e o seu envolvimento nos cuidados e tomada de decisão (EACH, 1988).

A evolução do olhar sobre a criança e a compreensão do seu processo evolutivo conduziram a uma mudança de paradigma na abordagem à criança e família a nível dos cuidados de saúde pelo que se assume fundamental destacar os modelos de cuidados inerentes. Assim sendo, abordaremos no presente documento a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, o conceito de Cuidados Atraumáticos e o Modelo Integrativo dos Cuidados Neuroprotetores.

A filosofia de **Cuidados Centrados na Família** reconhece que a família é parte integrante na vida da criança e pressupõe que as necessidades das crianças e pais devem ser centrais ao processo de cuidar. O EESIP deve apoiar, respeitar, encorajar e potenciar as competências da família nos cuidados à criança, encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados (OE, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A abordagem na perspetiva dos CCF procura manter e reforçar os papéis e laços familiares com a criança, atendendo às suas capacidades e experiência, de forma a manter as rotinas familiares. Os enfermeiros procuram promover a capacitação e o empoderamento familiar através da negociação, participação e parceria de cuidados. As forças, capacidades e competências familiares perante situações particulares, como o caso do internamento, são reconhecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, permitindo que desempenhem um papel ativo no cuidar sob a orientação profissional dos enfermeiros (OE, 2017; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

As instituições de saúde devem adequar as instalações para acolher a criança e sua família de forma adequada às suas necessidades e os profissionais de saúde devem respeitar a família na sua singularidade, partilhar informação clara que auxilie os pais na tomada de decisão, promover a autonomia e o normal funcionamento familiar e reconhecer que os cuidados alcançados nos cuidados podem ser potencializados pela parceria (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em 1988, surgiu o primeiro modelo de cuidados pediátricos – o modelo de **Parceria de Cuidados de Anne Casey**. Este vem assumir os pais como parceiros ativos no cuidar e defende

que são os melhores prestadores de cuidados, no sentido de promover o crescimento e o desenvolvimento da criança, protegendo-a com afeto (Casey, 1993).

No modelo de Casey, os pais e os profissionais de saúde estão em igualdade, ambos negociam, partilham cuidados e tomam decisões em conjunto, complementando-se com o objetivo de proporcionarem o bem-estar da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Casey (1993) clarifica a distinção entre os cuidados familiares e os cuidados de enfermagem, considerando que os primeiros resultam das necessidades quotidianas das crianças, nomeadamente cuidados de higiene, alimentação, conforto e amor e os cuidados de enfermagem, que envolvem alguma diferenciação, objetivam a satisfação de necessidades de saúde da criança conforme a sua situação clínica (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança uma garantia de afeto e segurança, a qual contribui para minimizar os efeitos negativos que a doença e a hospitalização têm na vida da criança e da família. O enfermeiro presta cuidados de enfermagem especializados e incentiva os pais a prestar os cuidados familiares, contudo, esta ideia não é estanque. O enfermeiro prestará cuidados familiares se a criança ou a família necessitarem, porém, poderá haver situações em que os pais com instrução e supervisão prestem cuidados de enfermagem (Casey, 1993; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A parceria de cuidados assume assim, um lugar de destaque nos cuidados pediátricos, devendo estar sempre presente no pensar e no agir no enfermeiro que cuida da criança/ jovem e sua família, em particular do EESIP, salvaguardando que é um modelo que implica uma relação de confiança entre a criança/ jovem, a família e o enfermeiro, com uma aceitação e compreensão mútua das capacidades, limitações e vontades de cada interveniente nos diferentes momentos do processo (Casey, 1993; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A par da importância dos modelos anteriormente apresentados, também é importante considerar o conceito dos **Cuidados Atraumáticos** em Pediatria. Baseia-se no pressuposto de que experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, devendo ser alvo de estratégias e intervenções que minimizem ou eliminem o sofrimento físico e psicológico sentido pelas crianças e suas famílias (Hockenberry & Wilson, 2014).

Este conceito assenta em 3 princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família (promoção do acompanhamento), promover uma sensação de controlo (preparação da criança/ jovem e família antes dos procedimentos, oportunidade de escolha, privacidade) e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Importa referir que a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada salvaguarda também estes aspetos,

nomeadamente, no ponto dois o direito de ter os pais ou substitutos junto dela e no ponto quatro o direito à minimização das agressões físicas, emocionais e a dor (EACH, 1988).

A literatura e a experiência reconhecem que as crianças são particularmente vulneráveis ao processo de hospitalização, pois a doença e o internamento interrompem o quotidiano da criança/família e estas possuem menos mecanismos de defesa. Dependendo da idade, do desenvolvimento cognitivo e das experiências anteriores, as crianças relatam diversos medos tais como: a separação dos pais, o ambiente desconhecido e a dor causada pelos procedimentos técnicos (Pedroso, 2017; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A hospitalização também origina instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, gerando sentimentos comuns como medo, ansiedade e frustração, acabando por comprometer o papel parental e desencadear uma situação de crise. Deste modo, articulando com os modelos de cuidados em pediatria, é fundamental integrar os pais nos cuidados, diminuindo a insegurança e promovendo o bem-estar (Pedroso, 2017).

O cuidar em pediatria requer a promoção de um ambiente que atenda às necessidades da criança, por meio de um olhar diferenciado, atendendo às especificidades desta fase da vida. Sentir-se seguro e confortável deve fazer parte do processo terapêutico, pelo que o medo, o desconforto e a dor devem ser reconhecidos, avaliados e geridos com intervenções apropriadas para a idade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Ribeiro, et al., 2018).

Em paralelismo com o conceito dos cuidados atraumáticos, podemos referir em particular a implementação de intervenções não farmacológicas, intervenções autónomas do enfermeiro, que são comprovadamente eficazes e revelam uma diferenciação na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2003).

As intervenções não farmacológicas têm um efeito modulador do significado da dor, permitindo uma reestruturação direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, alterando assim as reações de medo, ansiedade e depressão. A escolha das intervenções depende dos recursos existentes, da sensibilidade da criança, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, do contexto (procedimento ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração) (OE, 2013).

Em Neonatologia, os profissionais devem providenciar um ambiente de cuidados devidamente estruturado promotor do desenvolvimento harmonioso com o intuito de minimizar os estímulos nocivos. Os cuidados neuroprotetores são decisivos para o desenvolvimento e qualidade de vida dos recém-nascidos internados. A neuroproteção inclui todas as estratégias

que apoiam o desenvolvimento do cérebro, facilitando o desenvolvimento normal e reduzindo sequelas (Coughlin, 2014).

O **Modelo Integrativo dos Cuidados Neuroprotetores** proposto por (Althimier & Phillips, 2013) esquematiza sete medidas padrão neuroprotetoras que se relacionam entre si, nomeadamente: posicionamento e manipulação, otimização da nutrição e alimentação, proteção da pele, minimização da dor e stress, proteção do sono, ambiente terapêutico e parceria de cuidados com a família. Cada uma dessas medidas permite planear intervenções de acordo com as necessidades holísticas da criança/família, individualizar os cuidados e promover a proteção do RN.

A *European Foundation for the Care of Newborn Infants* estabeleceu *standarts* europeus de modo a servir de referência e de base para o desenvolvimento de orientações clínicas/ normas e recomendações. Englobam aspetos tais como, nascimento e transporte, cuidados centrados no desenvolvimento da criança e na família, nutrição, decisões éticas, acompanhamento e continuidade dos cuidados, entre outros. O documento evidencia a importância do envolvimento dos pais nos cuidados desde o início da hospitalização e acredita que embora seja um desafio que exija mudança, acabará por se revelar uma estratégia de sucesso e será cada vez mais apoiada pela evidência científica (EFCNI, 2022). São exemplos a destacar:

- Todas as crianças internadas em unidades neonatais e pediátricas recebem o máximo de conforto para minimizar o stress e a dor, com apoio dos pais;
- Todos os bebés recebem cuidados que proporcionem conforto e suporte ao posicionamento;
- A regulação da temperatura e humidade é indispensável na otimização dos cuidados prestados;
- O sono em todos os bebés é respeitado;
- Os pais são elementos da equipa que presta cuidados e, com apoio personalizado, assumem o papel principal na prestação de cuidados ao seu bebé e são parceiros ativos nos processos de tomada de decisão;
- A promoção da vinculação entre pais e o seu bebé recém-nascido é alcançada através de estratégias que promovem o contacto precoce da díade pais-criança;
- É estabelecido um plano individual de gestão de caso para cada recém-nascido, em colaboração com os pais (EFCNI, 2022).

Com base nestes conceitos e modelos, procuramos o cuidar sensível às necessidades da criança/ jovem e família, a envolvência da família nos cuidados e a promoção do bem-estar e conforto nos diferentes contextos de atuação.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O percurso foi desenvolvido no Estágio I e no Estágio Final. O Estágio I decorreu de 16 de maio a 24 de junho de 2022, numa Unidade de Saúde Familiar. O Estágio Final integrou três contextos distintos num período de seis semanas cada um. A primeira fase teve início a 19 de setembro e ocorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, de seguida, a 31 de outubro iniciou-se a segunda fase, no Serviço de Urgência Pediátrica e por fim, a terceira e última fase, com início a 12 de dezembro, no Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica.

Estas unidades curriculares integram o curso de Mestrado em Enfermagem e ocorrem em contexto de prestação de cuidados, complementando a formação anteriormente realizada com a oportunidade de contactar com diferentes realidades do cuidar em Pediatria.

A escolha dos locais de estágio foi realizada considerando a possibilidade de variadas experiências promotoras do desenvolvimento de competências inerentes aos cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediatria.

O projeto não delimitou uma idade-chave de atuação e também por este motivo foi possível integrar um processo dinâmico de aprendizagem com a implementação do projeto, desenvolvimento de competências e prática reflexiva, uma vez que a população alvo variou desde o nascimento aos 18 anos de idade.

Os subcapítulos seguintes integram uma breve caracterização dos locais de estágio e as principais atividades serão apresentadas no desenvolvimento das etapas da metodologia de projeto e na análise das competências comuns e específicas do EESIP.

2.1 UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde inseridos na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde do indivíduo ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A abordagem dos CSP engloba toda a sociedade. Assegura que as pessoas recebam cuidados completos através da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Mais ainda, privilegiam também a promoção da literacia em

saúde de forma a capacitar as pessoas, família e comunidades para otimizarem a sua saúde. Tratar de pessoas e comunidades como elementos-chave na produção da sua própria saúde e bem-estar é fundamental para compreender e dar resposta às complexidades de um mundo em constante mudança (WHO, 2021).

Segundo o Decreto-lei n.º 73/2017, a Unidade de Saúde Familiar é definida como uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, composta por equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita nas listas dos seus médicos, de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade, equidade e continuidade dos cuidados de saúde em articulação com as restantes unidades funcionais.

A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família, a qual é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsável pela mesma linha de utentes. A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países, reforçando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença. O Decreto-lei n.º 118/2014 estabelece que o enfermeiro de família trabalha em parceria com outros profissionais de saúde e baseia-se no conhecimento do utente, contexto familiar e da comunidade. Este, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados nas diferentes fases da vida em todos os contextos da comunidade.

Na USF do contexto de estágio, estão cerca de 1800 utentes atribuídos a cada profissional de enfermagem. Dos 6 enfermeiros, uma é especialista em Saúde Infantil e Pediatria e acumula funções de gestão e coordenação. Todos os enfermeiros de família realizam atividades inerentes aos vários programas existentes na USF, tais como: saúde infantil e juvenil, saúde materna, saúde reprodutiva e planeamento familiar, vacinação, diabetes, cuidados domiciliários, sala de tratamentos, entre outros.

No caso específico, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), tem uma vasta atuação desde o nascimento até aos 18 anos de idade. Dada a fase do ciclo de vida, a sua prática é assente na parceria de cuidados entre a criança/ jovem e família, em qualquer contexto em que se insere, com o objetivo de “promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192).

Na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, o enfermeiro pode triar, avaliar, intervir e orientar situações problemáticas, promover a saúde e prevenir a doença valorizando os cuidados antecipatórios, vacinar a criança aquando do momento da consulta para

proporcionar menos deslocações aos cuidados de saúde, prevenir as perturbações emocionais e do comportamento, promover o trabalho em equipa e articular programas que contribuem para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento da criança/jovem (DGS, 2013).

Objetivando a continuidade dos cuidados, em todas as consultas era preenchido o boletim de saúde infantil e efetuados os registos informaticamente no aplicativo Sclínico®. Identificaram-se múltiplas vantagens tais como a utilização de linguagem CIPE, promotora da comunicação entre os profissionais de enfermagem, bem como o acesso a Escala de Avaliação de *Mary Sheridan*, aos sinais de alerta a identificar, aos cuidados antecipatórios e a todos os registos efetuados anteriormente sobre a criança e família, detetando facilmente aspetos a ter em conta durante o momento de contacto. Os médicos tinham acesso à informação e complementavam-na com a informação clínica. Este sistema informático permite ainda retirar dados estatísticos para avaliar o resultado dos indicadores.

2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS

A instituição hospitalar onde decorreu o estágio presta cuidados de saúde integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e serve atualmente uma população estimada de cerca de 350 mil habitantes numa variedade de áreas de especialidade. Para além da atividade assistencial, este hospital de referência promove ainda o desenvolvimento e capacitação das pessoas através do ensino, da formação pré e pós-graduada e da investigação científica.

O serviço intitula-se de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) e é composto por três salas de intervenção, nomeadamente Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A escolha deste campo de estágio remeteu ao conhecimento que tinha relativamente à riqueza de experiências que esta unidade proporciona.

A equipa multidisciplinar integra neonatologistas, enfermeiros (dos quais 10 são EESIP e 1 Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria), assistentes operacionais e assistentes administrativas, podendo contar (sempre que necessário) com o apoio de psicologia, oftalmologia, assistente social, entre outras.

Relativamente ao método de trabalho, o Regulamento n.º 351/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, preconiza a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, das quais as inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEESIP contribui para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Em meio hospitalar, o foco de atenção é a pessoa alvo dos cuidados e a respetiva família. O método de enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro, o utente, a família e a equipa, permitindo uma maior articulação e confiança entre todos, o que possibilita uma comunicação eficaz facilitadora do esclarecimento de dúvidas e diminuição da ansiedade e ainda, favorece a tomada de decisão conjunta (Rego & Coelho, 2016).

O enfermeiro deve reconhecer o papel da família, considerando-os parceiros no cuidar. Deve identificar as necessidades, orientar o caminho a percorrer, planear e desenvolver ações para que os pais possam adquirir autonomia até à alta. Os utentes são atribuídos a esse enfermeiro durante cada turno sempre que está ao serviço e conta ainda com o enfermeiro associado que assegura os cuidados na ausência do enfermeiro de referência (Rego & Coelho, 2016).

Os métodos de distribuição do trabalho e organização dos cuidados são determinados pela disponibilidade dos profissionais de enfermagem conjugado com as características organizacionais e as necessidades de cuidados, sendo o método de trabalho por enfermeiro de referência aquele que melhor condição reúne para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem (Rego & Coelho, 2016).

Os internamentos são prolongados e complexos, a condição clínica é variável, existe a vulnerabilidade dos pais, a necessidade de articular os cuidados em equipa multidisciplinar, tendo sido muito interessante a aplicabilidade prática desta metodologia de trabalho. Constatou-se o bem-estar e conforto dos enfermeiros na sua prática clínica diária bem como o estado de contentamento dos pais sentindo-se cada vez mais autónomos nos cuidados ao seu filho. Devido a esta filosofia de cuidados, existia relação de ajuda vivida entre a tríade enfermeiros/ criança e família.

Relativamente à distribuição da equipa, salienta-se ainda que existem elementos EESIP a desempenhar funções na equipa domiciliária. A visita domiciliária (VD) visa a vigilância, prevenção e promoção da saúde. Permite a continuidade dos cuidados hospitalares e assume um papel de destaque, constituindo-se como meio de apoio, ensino e aconselhamento para que cada RN e família adquiram competências e ultrapassem, com sucesso, as dificuldades inerentes a esta etapa da vida.

A população alvo são todos os RN internados na unidade, com patologia neurológica, patologia respiratória (dependente de oxigénio), patologia cirúrgica e risco psicossocial pelo

que a VD promove o conforto e a qualidade de vida do utente pediátrico e famílias com necessidades especiais no seu domicílio, otimizando recursos hospitalares.

2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio neste contexto decorreu na mesma instituição hospitalar referida anteriormente. O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) funciona 24h por dia, 7 dias por semana e assegura o atendimento de crianças e jovens até aos 18 anos, com doença de carácter urgente, emergente ou com doença aguda referenciadas pelo médico assistente, centro de saúde ou pela linha SNS24.

O SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar experiente em Pediatria: médicos, enfermeiros (dos quais, nove ESIP), assistentes operacionais e assistentes administrativos, sendo que quando necessário conta com o apoio da Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Psicologia, entre outros.

Os SUP devem ser dotados de espaços físicos com características adequadas ao ambiente pediátrico e importa salientar que este serviço deve estar separado da área assistencial dos adultos. As suas estruturas devem ser humanizadas e acolhedoras (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O serviço encontra-se dividido por: sala de espera, gabinete de triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, cinco salas de observação clínica e duas salas denominadas de UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração.

O desempenho do EESIP num serviço de urgência pediátrica centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar com situações de adversidade, como um episódio de doença aguda, propiciando o desenvolvimento das competências parentais. A intervenção de enfermagem contempla, defende e respeita a presença de familiar/ pessoa significativa junto da criança e jovem para que este se sinta protegido num ambiente desconhecido e stressante (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No SUP, a elevada afluência das crianças e jovens impõe a necessidade de estabelecimento de prioridades no atendimento de modo a assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados. A triagem constitui uma etapa crucial na abordagem e gestão de qualquer situação, sendo o objetivo garantir o atendimento com base na clínica e não apenas na hora de chegada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O software clínico Alert® é o utilizado no SUP. A triagem é um processo rápido de avaliação baseado no primeiro olhar crítico e na queixa apresentada e exige experiência do enfermeiro de urgência. Este, identifica a queixa inicial, seguindo posteriormente o fluxograma

de decisão, com base em sinais e sintomas, específico para cada situação. Através do cruzamento de dados é obtida a cor da pulseira, que representa o grau de gravidade e o tempo alvo de espera para o atendimento. Deste modo, é possível identificar situações de risco, pelo que é claro que quanto mais grave a situação clínica, mais rapidamente a criança será atendida.

Em todos os momentos, houve consciência do impacto do stress que o contexto de uma urgência hospitalar causa na criança/ família pelo que é fundamental também a adoção de estratégias neste sentido. Delas, destaca-se a garantia da presença dos pais/ família/ pessoa significativa junto da criança, o ambiente adaptado à idade pediátrica (as paredes tinham diversas pinturas alusivas à pediatria) e ainda, valorizar e atuar perante a dor da criança (tanto no contacto da triagem como na sala de procedimentos).

2.4 INTERNAMENTO DE PEDIATRIA MÉDICA E CIRÚRGICA

O Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica marcou o último local de estágio integrante da UC Estágio Final e decorreu durante seis semanas na mesma instituição hospitalar referida anteriormente, sob orientação de uma EESIP.

Sendo um hospital de referência para vários concelhos em diversas valências, a escolha do local de estágio permitiria uma variedade de experiências promotoras do conhecimento e desenvolvimento de competências bem como compreensão do circuito da criança dentro de uma instituição hospitalar e a conceção de continuidade de cuidados.

Em termos de espaço físico, a enfermaria dispõe de um total de 16 vagas e são aqui internados os utentes pediátricos com patologia médica e de todas as especialidades cirúrgicas, distribuídos por quartos individuais ou duplos consoante a faixa etária, patologia e necessidade de isolamento. Para além da condição clínica, o serviço acolhe utentes pediátricos que aguardam resolução social. Articula-se diretamente com o Serviço de Urgência Pediátrica, com a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e com a consulta externa nas várias valências.

Cada criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seu substituto, junto dela, dia e noite, independentemente da idade ou do seu estado (EACH, 1988), existindo também o período de visitas.

O serviço é complementado pelo Hospital de Dia de Pediatria que funciona de segunda a sexta-feira no período da manhã, sob marcação prévia, onde as crianças vêm em ambulatório para observação médica, realização de procedimentos analíticos ou tratamentos e reavaliação de exames complementares de diagnóstico, articulando mais uma vez com as valências

hospitalares. Este tipo de atendimento privilegia o conforto e a humanização dos cuidados e a nível institucional permite a redução do número de internamentos de longa duração, assim como a recorrência ao SUP.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, uma professora e uma educadora de infância e conta com o apoio de assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, entre outras. A equipa de enfermagem inclui 24 enfermeiros, dos quais 11 são EESIP. O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro presta cuidados na sua totalidade às crianças/jovens e respetivas famílias, conforme a distribuição previamente definida, concebendo, implementando e avaliando esses mesmos cuidados (Silva, et al., 2021).

O EEESIP, geralmente é o chefe de equipa. A enfermeira orientadora assumia funções de chefia de equipa, pelo que foi possível desenvolver competências de gestão de equipas. A passagem de turno permitia o conhecimento geral do serviço, de forma a tomar decisões ponderadas e antever possíveis ocorrências ou complicações. A distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros era de acordo com os elementos do turno e com as especificidades dos cuidados necessário de forma a haver equilíbrio e garantia da segurança e qualidade dos cuidados. Sempre que possível, mantinha-se nos turnos as mesmas crianças atribuídas aos mesmos enfermeiros, de modo a privilegiar a continuidade de cuidados e a relação enfermeiro/utente pediátrico e respetiva família ou cuidador.

O conhecimento da equipa, a boa comunicação, a tomada de decisão e a articulação em equipa são fundamentais na chefia de equipa (Marques, A. R., 2019). Através da supervisão contínua ao longo do turno foi possível adaptar a liderança e a gestão dos recursos à medida que iam surgindo ocorrências, garantido a qualidade dos cuidados.

Relativamente à cirurgia de ambulatório, a instituição e a equipa promovem a consulta de preparação pré-operatória, sendo ressalvado pela literatura como um indicador de excelência do cuidar em enfermagem (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Através de uma explicação clara e sucinta, o enfermeiro proporciona segurança e conforto que visam a diminuição do medo e da ansiedade. Deve ser realizada por um enfermeiro com conhecimentos e experiência na área da comunicação, cirurgia pediátrica, desenvolvimento infantil e preparação operatória e deve ser efetuada no mesmo dia da consulta de anestesia, evitando múltiplas deslocações da família ao hospital (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O programa pré-operatório experienciado inclui as seguintes intervenções: conversa entre o enfermeiro e a criança/jovem e família abordando tópicos sobre a cirurgia e a preparação necessária; utilização de um *powerpoint* complementar com ideias-chaves e imagens que permitam conhecer os espaços físicos,

nomeadamente o bloco operatório; visita por exemplo a unidade de cuidados intensivos pediátricos (se indicação no pós operatório); utilização de técnicas de *role play* com bonecos, podendo brincar e manipular materiais utilizados no dia da cirurgia tais como, batas, seringas, máscara de oxigénio, soro e sistema, entre outros. Mais ainda, no final é entregue um folheto informativo com resumo da informação transmitida para que possa ser lida e relembada, contendo o contacto telefónico para esclarecimento de dúvidas.

A criança/jovem e família preparados para a hospitalização participam de uma forma mais ativa e eficaz no dia da cirurgia. Os resultados da preparação pré-operatória refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados e na segurança aquando da alta hospitalar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os enfermeiros elaboram os seus registos ao longo do turno através do sistema Sclínico®, utilizando a linguagem CIPE. Salvaguardo o benefício deste aplicativo de conseguir programar cuidados e escrever alertas, visualizados por toda a equipa. Os registos de enfermagem dos utentes pediátricos submetidos a cirurgia de ambulatório, são realizados em formulário próprio em processo manual.

O serviço de Pediatria possui ainda uma Equipa de Cuidados Domiciliários Pediátricos (ECDP) e uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) desde 2020 de forma a otimizar a resposta a utentes pediátricos e respetivas famílias. Os cuidados são dedicados a crianças e jovens acompanhados na instituição e que apresentem necessidades especiais – prematuros ou com doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora da vida, prestando também apoio aos seus cuidadores.

A equipa é constituída por três médicos, três EESIP com pós-graduação em cuidados paliativos pediátricos, psicólogo, assistente social e nutricionista. O apoio domiciliário pediátrico articula-se com a unidade de hospitalização domiciliária do hospital para o uso da viatura com a colaboração de parceiros como a Fundação do Gil, e a *Make a Wish*, com a missão de proporcionar um momento de força, alegria e de esperança na realização de desejos das crianças com doenças graves, progressivas, degenerativas ou malignas.

A família é integrada no cronograma de visitação domiciliária e o plano de cuidados é discutido em equipa multidisciplinar, promovendo o acesso a cuidados diferenciados e a otimização do acompanhamento a utentes pediátricos com doença crónica complexa. Em situações de vulnerabilidade acrescida, a ECDP articula a intervenção com elementos das equipas de saúde dos cuidados de saúde primários, nomeadamente enfermeiros e médicos de família, promovendo visitas conjuntas.

As visitas domiciliárias possibilitam a proximidade com as crianças/ jovens e famílias no contexto em que estão inseridas pelo que o enfermeiro tem um contacto privilegiado e direto, reconhecendo problemas e necessidades no contexto familiar (Silva, Zilly, Nonose, Fonseca, & Mello, 2020).

A abordagem à doença crónica ou incapacitante, quando diagnosticada, é um processo experiencial complexo pelo que implica uma abordagem transdisciplinar com a parceria efetiva da família de modo a adequar as estratégias de intervenção altamente individualizadas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

É fundamental que o enfermeiro crie um ambiente que suporte e estimule a participação dos pais no processo de cuidar, promovendo assim a capacitação e confiança. Este deve ainda implementar um modelo de intervenção específico, adaptado às necessidades identificadas, o que requer um planeamento estruturado e individualizado (Silva, Zilly, Nonose, Fonseca, & Mello, 2020).

Após cada visita, é realizado o registo em processo clínico e atualiza-se o plano de cuidados, garantido a sua continuidade. Realizam-se reuniões multidisciplinares semanais para a discussão dos casos, sendo também fundamental e contributivo para a excelência dos cuidados.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO/ METODOLOGIA DE PROJETO

De forma a cumprir os requisitos para a aquisição do grau de mestre e do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE), foi elaborado um projeto de intervenção com base na conceptualização da metodologia de projeto. Esta, centra-se na resolução de uma problemática, permitindo a aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos em contexto real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A elaboração de um projeto pressupõe a existência de um problema que preocupa o investigador, criando um processo reflexivo, baseado na evidência científica e, através do planeamento e execução de intervenções, procura atingir os objetivos que se propõe e resolver o problema inicial (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O trabalho de projeto é de extrema importância para o estudante nos contextos de estágio pois permite uma ligação dinâmica entre a teoria e a prática, contribuindo para o desenvolvimento específico das suas competências (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É uma metodologia dinâmica e adaptável a cada contexto clínico, podendo ser ajustada e reorganizada sempre que necessário. Engloba as seguintes fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades, execução de atividades, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para melhor compreensão, serão abordadas de seguida, cada uma das etapas inerentes.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa, o **diagnóstico de situação**, visa a descrição da realidade/ problemática em que se pretende intervir e criar mudanças. Ao desenvolver o projeto na área da saúde, primeiramente deve ser realizada uma análise das necessidades da população na perspetiva de serem desenvolvidas estratégias e planeadas ações, com base nos recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa e promover a capacidade, motivação e autonomia da população (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A temática do projeto consistiu em “Cuidar o Conforto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. O conforto é multidimensional e

inerente à prática de cuidados, mas por vezes não é bem definido e operacionalizado, não dando visibilidade ao resultado positivo das intervenções de enfermagem neste âmbito.

De modo a realizar o diagnóstico de situação, reunimos sempre com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador para validar a importância de ser trabalhada esta temática, bem como a sua pertinência para o contexto. A pesquisa bibliográfica, a observação direta e a interação com a equipa complementaram a análise mais específica das necessidades dos serviços/ dos enfermeiros e das crianças/ jovens e famílias.

Na USF, a situação-problema identificada direcionou-se para a utilização de intervenções não farmacológicas no alívio da dor aquando da realização de procedimentos dolorosos como a vacinação ou o teste de diagnóstico precoce.

Neste contexto clínico foi aplicado um questionário, com uma parte relativa à caracterização da equipa e uma outra relativa ao conforto e à utilização das intervenções não farmacológicas (Apêndice A). O seu preenchimento foi de carácter voluntário, todas as enfermeiras exerciam funções em CSP há 15 anos ou mais, uma delas com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Das inquiridas, 50% consideraram o conhecimento relativo às estratégias não farmacológicas como “Suficiente” e relativamente à frequência de utilização na prática diária mencionaram-no como “Ocasionalmente”. A outra metade das enfermeiras classificaram o conhecimento como “Bom” e a utilização como “Quase sempre”. De entre as técnicas conhecidas mencionam a amamentação, a contenção, a distração, o reforço positivo, o brincar e a respiração. De entre as dificuldades na implementação destas intervenções referem a disponibilidade temporal, a falta de informação e de recursos.

Embora a equipa reconhecesse a importância destas intervenções, foi identificada a necessidade de a sensibilizar para a sua aplicação de uma forma consistente, minimizando a ansiedade e a dor, nunca dissociando o binómio criança-família, uma vez que para os pais estes momentos também são fontes de angústia e stress.

No âmbito da unidade de Neonatologia, a promoção do conforto é uma preocupação da equipa, privilegiando também a integração dos pais nos cuidados. Uma vez que a EESIP orientadora realizava maioritariamente turnos na sala de cuidados intermédios, área comum à minha prática de cuidados habitual, surgiu a oportunidade de em conjunto aliar a temática do conforto à segurança no transporte do bebé em sistema de retenção e de abordar a realização concomitante do teste de apneia no momento da alta, uma prática não verificada nesta instituição.

Em Portugal, os acidentes de viação são uma das principais causas de morte das crianças e adolescentes (APSI, 2018). A segurança constitui uma responsabilidade para os pais/

cuidadores e enfermeiros. Os enfermeiros devem promover a segurança rodoviária e devem garantir que os pais/ cuidadores sabem posicionar corretamente o bebé nos sistemas de retenção. Por norma, os recém-nascidos pré-termo (RNPT) têm menor tónus e controlo cefálico que os RN de termo, sendo a sua cabeça mais facilmente projetada caso ocorra uma colisão, travagens ou até mesmo com o atrito normal da condução, existindo um maior risco de lesão da coluna cervical. Mais ainda, quando sentados numa cadeirinha a 45° adquirem uma posição mais fletida o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento do refluxo gastroesofágico (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

O teste de apneia do recém-nascido no sistema de retenção, conhecido vulgarmente como teste da cadeirinha, é recomendado pela *American Academy of Pediatrics*. O procedimento consiste em monitorizar os recém-nascidos de risco, nomeadamente pré-termo, colocados no sistema de retenção, de modo a despistar episódios de apneia, bradicardia e dessaturação periférica de oxigénio. Procura-se que o RN apresente a mesma estabilidade hemodinâmica quando posicionado no sistema de retenção comparativamente com a posição em decúbito dorsal no berço (Costa et al., 2020).

Relativamente ao SUP, a equipa reconheceu a importância da temática do conforto e demonstrou que em situações de maior stress e afluência ao serviço o enfermeiro tende a focar-se mais nos aspetos técnicos. O facto de ainda se encontrarem em vigor medidas de proteção para a infeção SarsCov2, como a redução do número de acompanhantes, limitação ao toque e utilização de máscaras, acrescem as fontes de *stress* para as crianças e famílias, e intensificam-se a ansiedade e o medo do desconhecido. Deste modo, e uma vez que existem inúmeros procedimentos de diagnóstico e terapêutica para efetuar neste contexto, surge a necessidade de sensibilizar a equipa para a utilização de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, bem como a utilização de escalas de avaliação da dor, registos de intervenções e respetivos resultados.

No Internamento de Pediatria, a equipa fomenta a implementação de intervenções promotoras do conforto e integra os pais nos cuidados. O ambiente envolvente apresenta-se decorado com pinturas, possibilita a distração, adequa-se à idade pediátrica e é confortável. Para além da promoção do conforto, a filosofia dos cuidados atraumáticos constituiu também uma premissa na prestação de cuidados, otimizando intervenções que minimizem o trauma à doença, à dor e à hospitalização (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O alívio da dor deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde e é um indicador de qualidade dos serviços. Deste modo, e devido à rotatividade recente que ocorreu na equipa de

enfermagem, surgiu a necessidade de sensibilizar a equipa para a prevenção da dor e utilização de diferentes estratégias.

Diversos documentos evidenciam a importância da identificação, avaliação, controle e prevenção da dor na criança. Compete aos EESIP a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2013).

O primeiro passo para o adequado controlo da dor é a sua prevenção, intervindo de forma antecipatória quando se prevê que a dor venha a ocorrer associada à realização de procedimentos dolorosos. A prevenção e o alívio da dor assentam na utilização combinada de intervenções a seleccionar consoante a origem da dor, a idade e a situação clínica. É também fundamental a sua avaliação utilizando escalas de avaliação da dor (DGS, 2003; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

3.2 OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação, surge a segunda etapa referente à **definição de objetivos**. A definição dos objetivos deve centrar-se na resolução do problema, indicando quais os resultados que se pretendem alcançar. Estes deverão ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis e em número reduzido, podendo divergir quanto ao nível, desde o geral aos específicos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Nos contextos, pretendemos promover a reflexão individual e na equipa de enfermagem quanto à promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família, bem como a identificação das intervenções promotoras de conforto de modo a compreender as necessidades de mudança em cada contexto específico.

Sendo um projeto transversal, definimos como objetivo geral e comum a todos os contextos:

- Integrar a promoção do conforto nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem e família, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foram também estabelecidos objetivos específicos, nomeadamente:

- Compreender a dinâmica dos contextos de estágio;
- Desenvolver estratégias de enfermagem de promoção do conforto nos diversos contextos de intervenção.

3.3 PLANEAMENTO e EXECUÇÃO

Com a elaboração dos objetivos, continua a edificação do projeto através do seu **planeamento**, projetando-se as atividades, as estratégias e os recursos necessários (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Existiu, em cada contexto, um cronograma que auxiliava na organização e cumprimento das atividades propostas de acordo com o espaço temporal definido. Foram também determinados os recursos necessários às atividades planeadas, configurando-se essencialmente em duas categorias, humanos e materiais. A equipa que assegurou a execução do projeto também está incluída nos recursos humanos. Os recursos materiais incluem os equipamentos e tecnologia utilizada, compreendendo a pesquisa.

A etapa **execução** corresponde à operacionalização de tudo o que foi planeado com a finalidade de encontrar a solução para o problema previamente identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A execução do projeto será apresentada seguidamente, onde são expostas as atividades realizadas de acordo com as necessidades dos vários contextos, respondendo às problemáticas de forma personalizada.

Com o intuito de concretizar os objetivos definidos foram delineadas as seguintes atividades:

Unidade de Saúde Familiar

- Participação ativa na consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil;
- Realização de uma formação em serviço sobre “Intervenções não Farmacológicas para o alívio da Dor” (Apêndice B).

A participação ativa nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil foi bastante enriquecedora, o envolvimento na dinâmica das mesmas foi contributivo para o desenvolvimento de competências ao nível da promoção da saúde e desenvolvimento infantil.

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e contínuo em que se verificam ritmos diferentes do desenvolvimento e que dependem intrinsecamente da criança, bem como dos estímulos envolventes. Neste sentido, é constante o aparecimento de novas aquisições, contudo, é de realçar que o tempo difere de criança para criança.

A avaliação do desenvolvimento infantil deve obedecer a alguns pressupostos: a observação da criança deve ser efetuada de modo contínuo e flexível, em cada contacto estabelecido e não apenas nas idades-chave preconizadas pela DGS, levada a cabo por profissionais com conhecimentos atualizados sobre o desenvolvimento infantil e com recurso a testes validados para a população portuguesa (DGS, 2013).

De acordo com a PNSIJ, está recomendada a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, para as crianças até aos 5 anos de idade. Este instrumento de padronização deve ser sempre complementado com testes de desenvolvimento e por acompanhamento médico. É de aplicação rápida, precisa e viável e atualmente integra os programas utilizados em CSP, o que permite um melhor conhecimento dos parâmetros (DGS, 2013).

Nas consultas, era possível observar a postura, a motricidade, a visão, a audição e linguagem e o comportamento. Era solicitado às crianças que desempenhassem tarefas expectáveis para a idade, tais como, desenhar uma cruz, um círculo, identificar cores, saltar em um pé.

Assegurando a promoção do desenvolvimento, proporcionou-se em todas as consultas atividades promotoras do desenvolvimento e transmissão de cuidados antecipatórios adequados a cada idade relacionados com os hábitos de alimentação, sono, higiene, sinais de alerta, acidentes e segurança, relação emocional, entre outros.

A ansiedade da criança no momento da vacinação esteve muito presente, a dor associada ao procedimento e o receio da ocorrência de reações adversas foram as principais preocupações dos pais/cuidadores. Os pais foram sempre esclarecidos sobre o procedimento a efetuar, empoderados sobre o que fazer para aliviar a dor na criança e os cuidados inerentes na presença de reações às vacinas. Para além disso, foram selecionadas estratégias não farmacológicas para a prevenção dor, adequadas a cada faixa etária, incluindo os pais na sua concretização durante a realização do procedimento.

A presença dos pais ou da pessoa significativa para a criança diminui a sua ansiedade. As estratégias não farmacológicas mais utilizadas foram as seguintes: para o lactente - a amamentação, a sucção não nutritiva e a contenção; para as crianças *toddler*, em idade pré-escolar e escolar - o brinquedo favorito ou o dispositivo tecnológico (telemóvel); para os adolescentes - a distração com conversa, técnica de relaxamento através da respiração e o reforço positivo.

Durante a participação ativa nas consultas de enfermagem e colaboração nos procedimentos dolorosos, tais como a vacinação, foi possível ir abordando esta temática bem

como refletir sobre cada idade-chave e experiência pessoal durante a prática de cuidados. Uma vez que as enfermeiras eram 6, foi planeada apenas uma sessão de formação num dia semanal em que decorriam reuniões e não consultas, pelo que todas compareceram. Foi utilizado o método expositivo e de discussão, partilhando conteúdos, dúvidas e experiências.

Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

- Participação ativa na filosofia do Neurodesenvolvimento do RN;
- Realização de formação em serviço no âmbito da segurança do RN no transporte em sistema de retenção e teste de apneia (Apêndice C);
- Elaboração de uma norma de procedimento “Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido em sistema de retenção – Teste de Apneia” (Apêndice D);
- Realização de visita domiciliária pós alta;

Os recém-nascidos, principalmente os pré-termo, são dotados de características que os tornam especiais e únicos e decorrentes destas especificidades, os cuidados prestados são adaptados de acordo com as necessidades (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

De acordo com a literatura, foram evidenciados benefícios dos cuidados neuroprotetores prestados aos RNPT, nomeadamente na redução do tempo de internamento. Neste contexto, foi notória a preocupação de toda a equipa na promoção do conforto aos RN e família. É privilegiada a integração dos pais nos cuidados, a manipulação mínima, são utilizadas estratégias de redução da luminosidade e ruído, realiza-se o posicionamento com recurso a ‘rolos e ninhos’ e é promovida a amamentação e o método canguru sempre que a condição clínica do RN o permita.

Por outro lado, também existe um adequado planeamento de alta, a qual se inicia desde a admissão. Os profissionais reconhecem os pais como os principais prestadores de cuidados, apoiando-os e encorajando-os na transição para a parentalidade. Durante a promoção da capacitação parental, existe a oportunidade de diariamente serem abordadas temáticas como sono e repouso, alimentação, eliminação, segurança, sinais de alerta, vigilâncias de saúde, entre outros.

No sentido de sensibilizar a equipa de enfermagem e uniformizar procedimentos para uma alta segura do RN, realizou-se uma formação em serviço sobre o teste de apneia (Apêndice C) e uma norma de orientação para futura implementação após aprovação institucional (Apêndice

D). No serviço, existe um *tablet* para apresentação de vídeos ilustrativos, dirigidos para os pais, de preparação para a alta. Os vídeos englobam por exemplo a demonstração do banho do RN, manobra de desengasgamento, lavagem e aspiração nasal. Neste sentido, pensou-se também incluir um vídeo sobre a segurança e a correta colocação do bebé nos sistemas de retenção.

Relativamente a outras atividades promotoras do conforto e contributivas da aprendizagem, salienta-se a oportunidade de realização de visitas domiciliárias. Embora a alta seja um dos momentos mais desejados pela família e amenize o *stress* decorrente da hospitalização, através da literatura, é possível comprovar que existe um misto de emoções entre a alegria, a ansiedade, o medo e a insegurança, de cuidar do RN no domicílio sem a presença dos profissionais de saúde e das tecnologias que lhe conferem um sentimento de segurança. As dificuldades revelam-se não só pela fragilidade de um bebé prematuro, mas também devido à influência de fatores ambientais, sociais e insuficiência de apoios adequados na comunidade (Oliveira, et al., 2019).

O EESIP negocia com os pais a possibilidade da visita domiciliária pós-alta, esclarece o objetivo e solicita o consentimento informado. A visita é planeada com recurso a um cronograma, de acordo com a área geográfica e a necessidade de apoio dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

A VD revelou-se como uma aprendizagem única. O enfermeiro tem um contacto direto com a realidade e o contexto familiar da criança/ família, reconhecendo os seus problemas assim como os recursos que a família dispõe e que poderão ajudar face às dificuldades apresentadas. Deste modo, o objetivo prende-se não só em termos de avaliação, mas também de adaptação da família a uma nova realidade.

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), indica que ao longo dos anos as modificações ocorridas objetivam a melhoria dos padrões de qualidade. Mais ainda, ressalva a importância de desenvolver meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta, em situações de doença prolongada ou deteção de situações identificadas como de risco (DGS, 2003).

A prestação de cuidados especializados como futura EESIP, resultou num investimento na relação terapêutica com as famílias, na procura de uma parceria que fosse impulsionadora da autonomia na prestação de cuidados e promoção do conforto.

Serviço de Urgência Pediátrica

- Realização de formação aos pares no âmbito das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor (Apêndice E).

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em variadas situações de doença, tendo sido as do foro respiratório a predominante. Foi possível compreender a dinâmica ao nível dos circuitos desde a triagem, sala de procedimentos e UICD.

Foram realizadas diversas intervenções de enfermagem à criança/ jovem e família, nomeadamente monitorização dos sinais vitais, realização de colheita de amostras sanguíneas, de secreções ou de urina para realização de exames complementares de diagnóstico, cuidados e tratamento de feridas, punção venosa periférica, cateterização vesical, ensinamentos às crianças/jovens e família, entre outros.

Neste sentido, foi possível colaborar com o ESIP nos procedimentos potencialmente dolorosos. Foi necessário mobilizar conhecimentos no sentido de preparar a criança/ família para os procedimentos invasivos e utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, favorecendo a aceitação e a cooperação.

As oportunidades de formação permitiram a sensibilização para o uso de técnicas de alívio da dor e a reflexão em equipa, para a excelência do cuidar. A equipa encontrava-se num período de muito trabalho, pelo que se recorreu aos momentos de passagem de turno para a sensibilização sobre o tema da promoção do conforto (por exemplo, o RN aguardar a triagem no cantinho da amamentação) e para o uso de medidas não farmacológicas no alívio da dor aquando da realização de procedimentos dolorosos.

Nestes momentos formativos, foi também apresentado o dispositivo BuzzyBee®, com as respetivas recomendações e vantagens de utilização; foi evidenciada a importância da utilização de escalas de avaliação da dor bem como a realização do seu registo, intensidade, medidas implementadas e resultados obtidos. Neste sentido considero que a formação contribuiu de uma forma positiva para a mudança, uma vez que a UICD se encontrava a transitar de um sistema de registos em formato papel para um formato informático.

Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica

- Conhecimento da dinâmica do contexto e a articulação com outros serviços de apoio à criança/ jovem e família;

- Realização de visitas domiciliárias a crianças/ jovens e famílias em situação de especial complexidade;
- Realização de formação aos pares no âmbito das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor – apresentação BuzzyBee (Apêndice F);
- Elaboração de uma norma de procedimento “Cuidados de Enfermagem na utilização do dispositivo para o alívio da dor nos procedimentos dolorosos – BuzzyBee ® (Apêndice G).

Como explicado no subcapítulo referente ao contexto, este serviço engloba uma variedade de motivos de internamento, desde situações agudas, crónicas ou cirúrgicas, com o envolvimento de diversas áreas de especialidade.

Embora o conforto esteja inerente à prática de cuidados e tenhamos realizado muitas intervenções contributivas para tal, foi novamente sentida a necessidade de abordar a temática da dor associada às intervenções não farmacológicas, num lembrar de conceitos não só para os elementos já integrantes da equipa, mas também para os mais novos, em prol da melhoria dos cuidados.

Através de observação participante foi possível compreender o papel do EESIP no cuidar em contexto de Hospital de Dia e no colaborar em procedimentos mais específicos (por exemplo, oftalmologia, aplicação de toxina botulínica para a espasticidade em casos de doença crónica, recolha de amostras para análise e administração de fármacos). Foi possível comprovar a preocupação acrescida do EESIP no acolhimento às crianças e na promoção do conforto durante a sua permanência no Hospital de Dia. Foram utilizadas diversas técnicas para o alívio da dor durante os procedimentos, tais como: distração (com jogos, músicas, livros), *BuzzyBee*®, utilização de creme anestésico tópico, posição de conforto, sucção não nutritiva, protóxido de azoto, entre outras.

É importante ressaltar que os pais são quem melhor conhecem a criança pelo que a sua presença e envolvência nos cuidados tem inúmeras vantagens. Assim, os enfermeiros devem considerar os pais como parceiros no cuidar, valorizando o seu papel, permitindo assim que se sintam mais tranquilos e seguros, nunca esquecendo que a separação dos pais é sempre um fator de *stress* e ansiedade para a criança (APED, 2018).

Ao longo deste contexto tivemos a oportunidade de contactar com utentes pediátricos de várias idades, com patologia médica e cirúrgica de diferentes graus de complexidade. Prestar cuidados neste contexto foi gratificante, permitiu a realização de diversas atividades relativas

ao acompanhamento diário da criança/ família na procura da melhor condição de saúde possível. Por outro lado, também englobou aspetos específicos e complexos como cuidar de crianças, que por doença crónica nunca saíram do hospital e não carecem de apoio familiar, aguardando resolução social.

A par da promoção do conforto, a filosofia dos cuidados atraumáticos constituiu também uma premissa elementar da prestação de cuidados. Baseia-se no pressuposto de que experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, devendo ser alvo de atenção por parte das organizações e dos serviços de saúde, bem como de intervenções de enfermagem, com o intuito de minimizar esse trauma (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Para promover a diminuição da ansiedade associada à hospitalização procurou-se estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, bem como implementar atividades de distração. O serviço de internamento possuía uma sala de brincadeira com uma professora e uma educadora infantil. Neste sentido e sempre que a condição clínica o permitia, geriam-se os cuidados de forma a proporcionar à criança tempo para usufruir deste espaço. Por outro lado, as crianças também podiam ter junto de si objetos pessoais e significativos, com por exemplo um peluche, de forma a promover um ambiente acolhedor e confortável, minimizando assim o impacto da hospitalização. No caso dos jovens, as tecnologias de comunicação constituíram uma importante medida para que se sentissem mais confortáveis.

Ainda na mesma linha de pensamento, a Convenção sobre os Direitos da Criança salvaguarda que devemos “garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar” (UNICEF, 1990, p. 9), promovendo assim o interesse superior da criança. Além disso, o documento também reconhece à criança o direito de “participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (UNICEF, 1990, p. 25).

Num processo de internamento é necessária a realização de procedimentos dolorosos, pelo que é importante sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção da dor e a utilização de estratégias. Como mencionado anteriormente, devido à rotatividade recente de elementos na equipa, surgiu a necessidade de abordar este tema, pelo que foi realizada uma sessão de formação que relembresse algumas intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, incidindo especialmente a utilização do dispositivo *BuzzyBee*® (Apêndice F), existente no serviço, mas esquecido por muitos e desconhecido pelos elementos recém-chegados. Para complementar a formação foi também elaborada uma norma de procedimento para uniformizar os cuidados de enfermagem na utilização do dispositivo (Apêndice G).

Relativamente à oportunidade de realização de visitas domiciliárias em contexto de maior complexidade, foi muito enriquecedor, pudemos com o ESIP conhecer diversas situações, analisar as necessidades, estabelecer os planos individuais de cuidados bem como referenciar e articular com outros membros da equipa multidisciplinar ou da comunidade sempre que necessário. A família foi sempre valorizada, capacitando-os para os cuidados e auxiliando-os com todos os apoios que assim o justificassem.

As visitas às crianças acompanhadas pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos eram planeadas em cronograma específico, de acordo com as prioridades e situação da doença, podendo ser avaliadas em contexto domiciliário ou escolar, privilegiando o conforto e o contacto com o ambiente habitual. Os cuidados são adaptados a cada criança/família e baseiam-se no controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Complementando a ideia, a EESIP podia-se deslocar à VD conjuntamente com o Pediatra ou o Psicólogo, se assim o justificasse, valorizando o trabalho em equipa e otimizando o acompanhamento a estas crianças/ jovens e famílias.

3.4 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A penúltima etapa corresponde à **avaliação**, esta é permanente e deve ser realizada ao longo do projeto para que se possa verificar se as estratégias utilizadas estão a responder às necessidades encontradas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Ao longo do percurso formativo, nos vários contextos clínicos, foram realizadas reuniões com os enfermeiros orientadores, enfermeiras gestoras e professora orientadora, de modo a avaliar as diversas estratégias do trabalho de projeto que foram executadas. Após a formação realizada no Internamento de Pediatria, foi aplicado um questionário para avaliar a *performance* enquanto formador e a adequação da temática no contexto (Apêndice H). Das duas sessões realizadas, participaram metade dos enfermeiros e 100% considerou como útil os conteúdos abordados. Outra forma de avaliação nos contextos foi o *feedback* positivo por parte da equipa e a observação da mudança de comportamentos na prática clínica.

O projeto foi encarado pelos enfermeiros como uma oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, permitir a reflexão da prática e partilhar conhecimentos em prol da resposta adequada às necessidades das crianças e suas famílias.

A **divulgação dos resultados**, que também assume especial relevância, na medida em que dá a conhecer a pertinência e o percurso do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). É um dever ético do investigador, sendo que o presente relatório é um exemplo dessa partilha.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O presente capítulo resume o percurso formativo nos diversos contextos de estágio, baseado na análise e reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, as competências comuns e específicas do EEESIP e as competências de mestre em enfermagem.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são um conjunto de competências clínicas especializadas, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

De acordo com o Regulamento n.º 140/ 2019 relativo às CCEE, importa salientar que são constituídas por quatro domínios:

- A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- C. Domínio da Gestão de Cuidados;
- D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A qualidade da profissão da enfermagem não depende apenas dos conhecimentos e competências do enfermeiro, mas também das suas atitudes, interesses pessoais e dos valores que regem a ética profissional (García, 2018; Nunes, 2011).

Os enfermeiros comprometem-se a prestar cuidados às pessoas, durante todo o seu ciclo de vida, visando o bem-estar e a qualidade de vida. A prática de cuidados, sendo baseada em cuidados humanizados, requer a capacidade de identificação e resolução de conflitos éticos que ocorrem no dia-a-dia (García, 2018).

No que toca a questões relacionadas com a área da pediatria, a ética pressupõe uma reflexão centrada na criança e família. A importância da defesa da ética pediátrica prende-se com o facto de a criança se encontrar em desenvolvimento, plena de mudanças, que incluem a maturidade pessoal e a conquista da sua autonomia (Nunes, 2020).

Os cuidados de enfermagem à criança preconizam uma aliança entre a responsabilidade profissional do enfermeiro e a responsabilidade parental, num modelo de trabalho de parceria entre o enfermeiro, a criança e a família, à luz da dignidade e do respeito. (Nunes, 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os Cuidados Centrados na Família assentam neste princípio de parceria na prestação de cuidados, contribuindo para a educação dos pais e da criança, promovendo o empoderamento destes através da transferência de informações clínicas, visando decisões esclarecidas e fundamentadas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A prática transversal a todo o percurso formativo teve como alicerces os princípios éticos e deontológicos, com respeito pelos direitos humanos definidos para a enfermagem. Tivemos a oportunidade de prestar cuidados a crianças/ jovens e famílias com diferentes nacionalidades, culturas e costumes e com diferentes condições socioeconómicas, respeitando a individualidade de cada um.

O Código Deontológico orientou o processo de tomada de decisão ao longo da nossa prestação de cuidados. Todas as premissas previstas neste documento são imprescindíveis, porém, a população alvo dos cuidados é particularmente vulnerável, pelo que é essencial preservar os valores humanos (artigo 102º), garantir o direito ao cuidado (artigo 104º), dever de informação (artigo 105º), promover a excelência do exercício (artigo 109º) e proporcionar a humanização dos cuidados (artigo 110º) (Lei n. º156, 2015).

Ao longo do percurso, foi sempre demonstrada uma prática segura, profissional e ética. No decorrer do planeamento e execução do projeto de intervenção foi sempre garantido o anonimato de instituições, bem como dos profissionais e utentes alvo dos cuidados. Mais ainda, a implementação das atividades foi sempre autorizada pelos chefes do serviço. Os registos de

enfermagem foram realizados em *softwares* próprios através de um sistema de proteção com número de utilizador e senha atribuído a cada profissional.

Na área da promoção do conforto, foi tido em conta as preferências das crianças e jovens promovendo um ambiente acolhedor e terapêutico. Surgem como exemplos, o envolvimento nos cuidados, a escuta dos seus desejos e preferências, a permissão de ter o seu boneco favorito e a promoção de atividades de lazer adequadas à faixa etária. Além disso, todas as crianças tiveram acesso ao direito da presença de um acompanhante, em todas as consultas ou internamento, tal como preconizado na legislação.

Durante a prática clínica surgiram diversas situações complexas que exigiram uma análise reflexiva rigorosa de todos os fatores envolvidos de modo a garantir o superior interesse da criança, protegendo o seu bem-estar.

A tomada de decisão suportada pelo conhecimento e pela experiência, envolvendo todos os intervenientes do cuidado, e a avaliação dos resultados obtidos, fazem parte das competências do Enfermeiro Especialista e oferecem segurança à prática de enfermagem (Regulamento n.º 140, 2019).

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

É da competência do Enfermeiro Especialista desenvolver práticas de qualidade, colaborando na realização de programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente de trabalho terapêutico e seguro. A melhoria contínua deve ser baseada em aprendizagens profissionais e a prática especializada deve ter em conta a evidência científica mais atual. Ao Enfermeiro Especialista acresce a responsabilidade de identificar necessidades formativas e deve ser dinamizador e facilitador da aprendizagem no seu contexto de trabalho, atuando como formador (OE, 2019).

O plano de formação permite enriquecer a aprendizagem e aumentar a motivação e o interesse individual do profissional de saúde, utilizando as competências já existentes para a

procura de novos comportamentos que promovam a mudança, envolvendo a equipa profissional numa perspetiva de melhoria contínua (ESEP, 2019).

Como estudantes da área de especialidade, procurámos ser um agente dinamizador no processo de mudança de modo a melhorar os cuidados às crianças e famílias. Em cada contexto, foram identificadas oportunidades de melhoria e através da elaboração de normas de procedimento, folhetos informativos e formação aos pares foi possível contribuir para a uniformização dos cuidados e a disseminação de conhecimentos, com base na evidência científica, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade.

Ao longo do estágio, preocupamo-nos também em garantir um ambiente seguro de trabalho, quer no espaço físico, quer no ambiente terapêutico, prevenindo acidentes. Os Cuidados Centrados na Família foram sempre um modelo inerente à prática de cuidados, permitindo o envolvimento da família nas respostas às necessidades das crianças e jovens.

A segurança é imprescindível para a qualidade dos cuidados e pode ser analisada sob várias perspetivas. Nos diferentes contextos, foi providenciado um ambiente seguro às crianças, através dos ensinamentos sobre segurança. Damos como exemplo, nas consultas de saúde infantil e juvenil, foram realizados ensinamentos e abordados cuidados antecipatórios de acordo com a idade e o desenvolvimento infantil. Na Neonatologia, a prevenção do risco de queda, afogamento, queimadura, asfixia e transporte no sistema de retenção foram tópicos abordados para a validação de conhecimentos no âmbito da segurança. Em contexto de internamento, era providenciado um ambiente seguro através da utilização de grades nos berços e camas, foi cumprida a lavagem e desinfeção das mãos, utilizado equipamento de proteção individual, a separação dos resíduos hospitalares e a terapêutica administrada foi sempre preparada de acordo com critérios estabelecidos de segurança de dupla verificação.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados
C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Para a aquisição e desenvolvimento deste domínio de competências, importa realçar os contributos dos conteúdos programáticos da unidade curricular de Gestão em Saúde e

Governança Clínica que permitiram compreender como é feita a gestão dos cuidados, os diferentes estilos de liderança e as diferentes formas de organização do trabalho.

Em todos os locais de estágio, procurámos compreender a dinâmica do serviço, os recursos existentes e qual o método de trabalho utilizado de modo a sermos um elemento ativo e dinâmicos no seio da equipa. Os métodos de trabalho foram abordados no subcapítulo referente a cada contexto de estágio. Verificamos que o Enfermeiro Especialista, enquanto chefe de equipa, gere os recursos de acordo com a equipa e as necessidades, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados e é visto como um elemento de referência.

Na USF, para além na prestação de cuidados, a ESIP orientadora realizava ainda funções acrescidas ao nível da coordenação e gestão dos recursos humanos e materiais. Apesar de cada enfermeiro ter a sua listagem de utentes, as atividades desenvolvidas de competências de gestão e liderança prendem-se com a gestão de horários e recursos humanos de modo a assegurar diariamente os programas. Foi também realizada uma observação participada, com a enfermeira orientadora, na gestão de stock de material e de terapêutica.

No âmbito do contexto de Urgência Pediátrica, aliado ao *stress* e imprevisibilidade dos acontecimentos também foi possível observar o papel do EESIP chefe de equipa no que diz respeito à assertividade e à gestão de emoções e conflitos, colaborando na tomada de decisão.

Durante os estágios, adotamos sempre uma postura de respeito pelos vários membros da equipa, reconhecendo o papel e a importância de cada um. O trabalho em equipa, não só entre os membros da instituição, mas também em articulação com a comunidade garantindo os melhores cuidados de saúde. Em diversos momentos foi possível participar em reuniões multidisciplinares de discussão de casos e passagens de turno da equipa médica sempre com a presença do chefe da equipa de enfermagem.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais
D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

Ao longo dos estágios, observamos a atuação do EESIP, refletindo sobre os cuidados e as experiências. O crescimento pessoal e profissional é potenciado pela experiência, mas também pelo investimento na aquisição de novos conhecimentos e evidência.

O brio profissional é algo que se procura constantemente e a atualização do conhecimento é inerente à prática de enfermagem. Consideramos a formação contínua como fundamental para

a concretização desta premissa contribuindo para tal, a frequência deste mestrado, a participação em formação em serviço, a realização de um curso básico em cuidados paliativos pediátricos (Anexo I), a elaboração do estudo de caso (Apêndice I) e do artigo científico (Apêndice J). Procurou-se a mobilização de competências na área de investigação, inerentes à pesquisa e rigor científico, garantindo a prestação de cuidados com base na evidência científica recente.

O domínio das aprendizagens profissionais foi desenvolvido ao longo de todo o processo formativo, contribuindo para a evolução do autoconhecimento. O pressuposto de uma práxis clínica sustentada na evidência visa a excelência do cuidar e manter-se-á na vida profissional futura.

Ainda neste sentido, é com agrado que menciono a ambição na procura de conhecimento e experiências na área pediátrica, com uma nova realização profissional num hospital de referência.

4.2 COMPETÊNCIAS ESEPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como alvo dos cuidados, desde o nascimento aos 18 anos de idade, podendo em algumas situações (doença crónica, incapacidade) ir até aos 21 ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida (OE, 2018).

A intervenção do EESIP é vasta e complexa, trabalha em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, escola, centro de saúde, casa), visando a promoção da saúde, prevenção de complicações e/ou acidentes, gestão do bem-estar, deteção precoce e encaminhamento de situações potenciais de risco e o autocuidado (OE, 2018).

Neste contexto, e de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, as **competências específicas** do EESIP são:

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

A realização do Estágio I e Estágio Final possibilitaram a vivência de inúmeras experiências em diversos contextos do cuidar em pediatria que permitiram a aquisição e consolidação de competências específicas de EESIP.

O exercício profissional do EESIP assenta na filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, baseados nos modelos de parceria de cuidados, CCF e cuidados atraumáticos.

Através deste percurso, foi possível prestar cuidados desde o nascimento à adolescência, observando também uma diversidade cultural e o conhecimento de novas crenças, o que permitiu trabalhar múltiplas áreas, dando resposta às necessidades da criança/ jovem e família em várias etapas do ciclo de desenvolvimento. A variedade de idades permitiu também trabalhar estratégias comunicacionais e gerir o plano de cuidados individualizado de acordo com as necessidades identificadas.

O primeiro contexto de estágio, em CSP, e a participação ativa nas consultas de saúde infantil e juvenil permitiu consolidar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil e promover a maximização da saúde das crianças. Sendo a minha experiência profissional fundamentalmente em contexto hospitalar, foi necessária a realização de uma pesquisa prévia e leitura de documentos complementares tais como o PNSIJ, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) e os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituindo-se assim como ferramentas de orientação. Esta aquisição foi transversal aos contextos seguintes, pois contribuiu para a sensibilização da importância da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil em todos os momentos de contacto com as crianças.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, (...) “os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais (...)” e é da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem (OE, 2010, p.69).

O PNSIJ e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil integram a consulta de enfermagem, baseando-se na calendarização em idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, criança ou adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento psicomotor, de alimentação e socialização. Assenta ainda na valorização dos cuidados antecipatórios como promoção da saúde e prevenção da doença, facultando aos pais e cuidadores os conhecimentos necessários para otimizar a função parental (DGS, 2013).

Na USF, existiam dois tipos de consulta de saúde infantil, as autónomas e as interdependentes que precediam a consulta médica. De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96 referente ao REPE, consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros sob a sua iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações. Por sua vez,

consideram-se interdependentes as intervenções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum de acordo com o plano previamente definido pela equipa multidisciplinar em que existem prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Em ambas as consultas, realizavam-se atividades referentes à avaliação dos parâmetros antropométricos, nomeadamente o peso, comprimento/altura, perímetro cefálico e índice de massa corporal. Mais ainda, efetuava-se a avaliação da audição, da dentição, da visão e exame físico. Durante toda a consulta era ainda fundamental analisar a relação emocional entre os pais/cuidadores e a criança, compreender a dinâmica familiar e rede de suporte, detetando precocemente situações que possam afetar negativamente a saúde da criança, efetuando acompanhamento e encaminhamento (DGS, 2013).

O PNSIJ auxilia nos temas sugeridos relativamente aos cuidados antecipatórios a abordar em cada idade-chave. Estes, eram abordados na consulta de enfermagem e explorados seguidamente na consulta médica. Na USF em questão, as consultas de saúde infantil são sempre um desafio para as equipas de família devido à multiculturalidade dos utentes inscritos. A equipa faz um esforço permanente de adaptação para construir com os pais, parceiros no cuidar, um caminho que leve a crianças mais saudáveis, felizes e com melhores oportunidades de vida.

Foi possível constatar que a ESIP conhecia muito bem quase a totalidade das famílias e foi muito interessante e gratificante observar a relação de confiança existente. A comunicação foi sempre adequada ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança e respetiva família. Através da orientação da enfermeira foi possível dirigir as consultas, identificar os principais aspetos e prestar cuidados individualizados a cada criança/ família, visando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Na USF existiam folhetos sobre diversas temáticas que facilitavam a transmissão de informação pelo que foram disponibilizados diversas vezes. Para além disso, foi demonstrada disponibilidade total para esclarecimento de dúvidas via presencial, telefónica ou email.

As consultas efetuadas foram maioritariamente até 1º ano de vida, porém, na consulta de enfermagem realizada ao adolescente também há aspetos a mencionar. Embora viessem acompanhados pelos pais, foi questionado se pretendiam efetuar a consulta a sós, garantindo confidencialidade da informação, sendo que alguns aceitaram. A linguagem foi sempre adaptada ao jovem de modo a promover a relação de confiança. As principais preocupações prendiam-se com a autoimagem, comportamentos de risco (consumo de álcool e tabaco) e comportamentos sexuais. Considero que a abertura ao diálogo foi promotora da autoestima e

autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, tendo ainda sido abordados temas como hábitos alimentares, prática de atividades desportivas e ocupação nos tempos livres.

O PNV é universal, gratuito e acessível, a todas as pessoas em Portugal. Tem como objetivo proteger a população contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação. A vacinação será efetuada de acordo com o registo vacinal individual, a idade e eventuais doenças de risco ou circunstâncias especiais (DGS, 2020).

A participação no processo de vacinação exigiu a leitura e análise do PNV, de forma a garantir as melhores práticas. O êxito do seu cumprimento depende essencialmente do envolvimento e investimento de toda a equipa de saúde, com o intuito de promover a adesão dos utentes (DGS, 2020). Assim, além do ato de vacinar, foi promovida a capacitação das famílias para a importância de manter um esquema vacinal atualizado, bem como a literacia associada, como por exemplo, nome da vacina, a sua atuação, local de administração, possíveis reações adversas, entre outros.

Outra atividade realizada com frequência foi a realização do teste de diagnóstico precoce, vulgarmente conhecido como teste do pezinho. Este teste consiste na recolha de uma amostra de sangue capilar através de uma picada no calcanhar, que é posteriormente analisada em laboratório e permite detetar doenças hereditárias do metabolismo e do hipotireoidismo congénito (INSA, 2015).

Ao longo do estágio e da experiência em contexto comunitário, mencionamos a possibilidade de articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) no sentido de podermos conhecer o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Deste modo, surgiu a oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável pela saúde escolar ao nível da intervenção em duas situações distintas: primeiramente, a deslocação a uma escola para avaliar uma criança recém-chegada a Portugal e com necessidade de ensino especial e de cuidados específicos. Deste modo, conjuntamente com a mãe e a professora foi possível analisar em contexto domiciliário e escolar as necessidades da criança e família, de modo a discutir o caso em equipa multidisciplinar para planeamento de ações e respetivos encaminhamentos. Seguidamente, participámos numa sessão de educação para a saúde a alunos do 2º ciclo relativamente à promoção de hábitos de vida saudáveis pelo que também foi possível analisar o papel do EESIP nestes contextos, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora.

No decorrer do estágio na USF, surgiu também a ideia de planificarmos o Dia da Criança com atividades promotoras da saúde com enfoque nos cuidados a ter com o sol. A sala de espera foi decorada com balões e pósters com mensagens e imagens alusivas a cuidados a ter com o

sol (Apêndice K). Durante as consultas, foram transmitidas informações pertinentes sobre utilização de protetor solar, horas de exposição solar, roupas, acessórios e alimentos recomendados. Foram ainda entregues um folheto informativo (Apêndice L) e amostras de protetor solar infantil, tendo sido um momento recetivo e dinâmico.

A promoção da saúde foi trabalhada com o binómio criança/família em todos os contextos. Procuramos proporcionar conhecimentos para facilitar a aquisição de competências para a gestão da saúde. Na USF, nas consultas de saúde infantil e juvenil, realizámos ensinamentos ao nível do desenvolvimento infantil, alimentação, segurança e prevenção de acidentes, vacinação, entre outros. Na Neonatologia, procurámos desenvolver uma parceria com os pais, fornecendo-lhes conhecimentos acerca de cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação, sinais de alerta e vigilâncias de saúde, capacitando-os para os cuidados ao bebé. No internamento de Pediatria, procurámos capacitar a criança/jovem e família para a gestão do seu processo de saúde-doença, para a gestão do regime terapêutico e para a sua envolvimento nos cuidados.

O acolhimento, em qualquer contexto, torna-se fundamental para humanizar os cuidados e minimizar a ansiedade. Os enfermeiros são por excelência o elo de ligação com a equipa de saúde, pelo que efetuar um acolhimento adequado é uma estratégia pertinente para que se estabeleça uma relação de confiança entre os pais, a criança e a equipa.

Deste modo, realçamos novamente o papel do EESIP na identificação das necessidades da criança e família e a importância do trabalho multidisciplinar não só ao nível hospitalar como também na comunidade, tendo sido possível articular cuidados com assistente social, psicólogo, nutricionista, professora, médico e enfermeiro de família, permitindo mobilizar recursos e desenvolver uma resposta individualizada. Na pré alta é também efetuada a articulação com a rede de cuidados de saúde, quer a nível hospitalar ou centro de saúde da área de residência.

Em todos os contextos, as equipas demonstraram a preocupação de manter e fomentar o aleitamento materno, com vantagens para a mãe e para o bebé. Durante o internamento é ainda promovida a vinculação precoce, assim como a capacitação dos pais nos cuidados ao filho.

Ainda no que diz respeito à promoção da vinculação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o método canguru como uma intervenção autónoma de enfermagem promotora da vinculação. Este método implica o contacto pele a pele entre a mãe/pai e o recém-nascido prematuro, mantido de forma contínua, prolongada pelo tempo que for agradável para ambos. Para além do vínculo, reporta a outros inúmeros benefícios tais como: controlo térmico do bebé, reduz a probabilidade de infeções, facilita o início e a continuidade do aleitamento materno, além de favorecer o desenvolvimento neurocomportamental, reduzir a dor, o *stress*, entre outros (OMS, 2022).

O método canguru é bastante promovido pelos enfermeiros sempre que a condição clínica da criança o permita sendo gratificante verificar o conforto do bebé e o sorriso dos pais nestes momentos vinculativos. Apelámos à forma como os pais podem ser parceiros no cuidar e importantes para o conforto, com o colo, ajudar na contenção e falar suavemente, mantendo a vinculação. (não referiu este aspeto no projeto de intervenção, pode passar este paragrafo para lá, na descrição de atividades desenvolvidas).

No decorrer dos estágios, nomeadamente no serviço de internamento de pediatria e urgência pediátrica também foi possível detetar situações que envolviam risco para a criança, como por exemplo, relacionadas com *bullying* escolar associado a baixa autoestima, isolamento e autoagressão. Destacamos o papel do EESIP na identificação destas situações, sensibilização da família e articulação com outros profissionais, para que possam acompanhar a criança.

O EESIP também deve ser capaz de identificar situações de instabilidade e risco de morte, assegurando os cuidados necessários. Neste sentido, são exemplos disso, RN prematuros com instabilidade hemodinâmica, intoxicação medicamentosa voluntária, convulsões, insuficiência respiratória e cuidados paliativos pediátricos, os quais requerem uma vigilância contínua e uma resposta adequada em tempo oportuno.

A área dos cuidados paliativos pediátricos foi trabalhada em parceria com a EESIP orientadora em contexto hospitalar e em cuidados domiciliários, tendo sido uma experiência rica. Foi ainda complementada com a participação no curso básico em cuidados paliativos pediátrico onde foram abordados aspetos gerais sobre as crianças com necessidades paliativas, controlo sintomático, administração de terapêutica, avaliação e tratamento da dor, comunicação de más notícias, perda e luto, entre outros (Anexo I).

O EESIP também desempenha um papel de destaque junto das crianças/jovens e família com doença crónica, tal como Diabetes *Mellitus* tipo 1, neste âmbito fornecemos conhecimentos e apoio necessário para a gestão do processo terapêutico. Relativamente aos cuidados de enfermagem apropriados às doenças raras, algumas vezes sentimos necessidade de realizar uma pesquisa complementar de modo a aprofundar conhecimentos sobre a doença e adequar o plano de cuidados às necessidades, providenciando os encaminhamentos necessários.

No estágio no SUP, em conformidade com o orientador clínico, houve uma dedicação particular à sala de triagem por ser o local com mais oportunidades de aprendizagem. Esta valência necessita de um enfermeiro experiente, com um olhar atento a sinais e sintomas, além de uma escuta ativa relativamente às queixas verbalizadas pela família. Estas situações exigem cuidados de enfermagem especializados no que diz respeito a uma avaliação rápida e estabelecimento de prioridades. Desta forma, cumpre-se o que é definido pela OE como

competência específica do EESIP no reconhecimento de instabilidade das funções vitais e risco de morte, otimizando as respostas em cada situação (OE, 2009).

Inicialmente tivemos alguma dificuldade em adaptar os cuidados devido à rapidez do contacto na triagem e à ansiedade da família/cuidadores não só pela situação clínica da criança, mas também pelo tempo de espera. Foi necessário mobilizar estratégias de comunicação, de relação com a criança/família, de negociação e de gestão de conflitos.

No que diz respeito à gestão diferenciada da dor, foi trabalhada a temática em três dos quatro contextos. Ainda que existam muitos documentos que evidenciam a importância da identificação, avaliação, controle e prevenção da dor nem sempre são executados na prática clínica, tendo sido referido pelos serviços a necessidade de sensibilizar a equipa para esta temática.

Ao longo da prática, considero que tivemos menos contacto com o adolescente, porém, sempre que surgia a oportunidade, promovíamos a privacidade, confidencialidade, adequávamos o discurso e motivávamos para a adoção de estilos de vida saudáveis, reforçando a tomada de decisão responsável e a negociação do contrato de saúde.

Consideramos que os contextos clínicos foram ao encontro nas nossas necessidades e proporcionaram uma diversidade de experiências promotoras da aquisição e consolidação das competências de EESIP.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O processo de aprendizagem ao longo do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, promoveu não só a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, mas também as competências de mestre.

O Mestre em Enfermagem deve possuir conhecimentos e competências de modo a intervir de forma especializada, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico contributivo para a tomada de decisão consciente. O mestrado nesta área do saber, configura ainda ao enfermeiro, a responsabilidade de exercer com um elevado grau de diferenciação, recorrendo à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos em prol da melhoria dos cuidados. Neste ponto de vista, o desenvolvimento de projetos contribui para a formação especializada e para o desenvolvimento da prática baseada na evidência (Decreto-lei n.º 65,2018).

Durante todo o percurso formativo, através de todas as unidades curriculares, fomos realizando pesquisa científica para a elaboração dos trabalhos académicos, o que permitiu o desenvolvimento de habilidades na área da investigação. A abordagem da ética e deontologia em enfermagem e o relembrar de todos os documentos que suportam a prática clínica, foram contributos fundamentais ao processo de tomada de decisão.

Os estágios nos diferentes contextos foram repletos de aprendizagens e experiências com diferentes graus de complexidade, permitiram mobilizar conhecimentos nas várias áreas de intervenção, melhorar a capacidade de decisão e reflexão sobre a prática clínica, tanto a nível individual como com os orientadores, permitindo uma evolução positiva na prestação de cuidados e na aquisição de competências do EESIP.

A realização do estudo de caso durante o estágio I, foi fundamentado através de uma pesquisa alargada, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos e interligação com a aplicabilidade prática. O estudo de caso consiste numa metodologia que visa aprofundar, detalhadamente, os conhecimentos relativos a uma determinada pessoa, grupo ou comunidade. Requer observação, análise, descrição e reflexão de uma determinada situação, mobilizando conhecimentos que possibilitem a tomada de decisão e a resolução de problemas identificados (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

Em contexto de estágio e com o objetivo de intervir junto da criança/jovem e família e dando resposta ao projeto individual, decidimos conjuntamente com a enfermeira orientadora por um estudo de caso de um RN e família com acompanhamento desde a primeira consulta. Se até então a preparação para a alta era realizada em contexto hospitalar, naquele momento iria existir a oportunidade de empoderar aquela família num momento de transição.

A elaboração do estudo de caso foi enriquecedora e permitiu o desenvolvimento de um olhar holístico nos cuidados de enfermagem à criança e família. Possibilitou ainda fortalecer conhecimentos relativamente ao crescimento e desenvolvimento infantil, à metodologia de estudo de caso, processo de enfermagem e utilização de linguagem CIPE. Como futura enfermeira especialista, é importante compreender a importância da prestação de cuidados de enfermagem especializada na área nos diversos contextos de saúde, tendo sempre por base a individualidade de cada criança/ família e um planeamento adequado e flexível de acordo com as necessidades.

A aplicação de metodologia de projeto, possibilitou a aquisição de um conjunto de ferramentas para planear um projeto de intervenção, de forma a solucionar uma área considerada problemática, capacitando também para a realização de projetos futuros.

A elaboração do artigo científico, como trabalho final de estágio, foi fundamental para o desenvolvimento das habilidades de pesquisa científica que concomitantemente com o relatório permitiram a disseminação de conhecimentos, baseadas em evidência científica, na área do conforto, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. De entre as particularidades em Pediatria, a morte pediátrica foi algo que não tínhamos experienciado de perto, mas que muito ‘dava que pensar’. Estar em contacto com a morte, significa sentir a fragilidade da vida. Neste sentido, também com o objetivo de trabalhar o conforto relativamente aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e de modo a obter contributos pessoais, foi realizado um artigo científico com recurso à metodologia de revisão sistemática da literatura, acerca das estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em pediatria.

Dos estudos analisados, é consensual que a morte em pediatria é traumatizante, geradora de *stress* e de sentimentos negativos. A revisão permitiu identificar estratégias de *coping* individuais e em equipa, todavia, na generalidade dos artigos, está evidenciada a necessidade de formação dos profissionais e redes de apoio eficazes por parte das instituições (Apêndice J).

A aproximação final desta etapa culminou com a minha integração num novo serviço, permitindo colocar em prática todos os conhecimentos e competências e continuar a trilhar o meu caminho na área pediátrica, tendo sido um aspeto desafiador, mas muito gratificante. Os conhecimentos desenvolvidos, os momentos vivenciados e a partilha de experiências contribuíram para a capacidade de reflexão, para a procura de fundamentação dos cuidados, para o sentido de responsabilidade e autocrítica, para a satisfação, crescimento pessoal e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório possibilitou a ilustração do percurso realizado, nomeadamente na área da temática do projeto – Cuidar o conforto: Intervenção do EESIP, articulando com o desenvolvimento das CCEE, competências de EESIP, competências de mestre, assim como o agir enquanto enfermeira e os contributos que levaremos para a prática.

A edificação de um projeto de intervenção envolveu um amplo e rigoroso processo de pesquisa, na procura da informação científica mais atual, tal como exigido no exercício profissional do enfermeiro. No decorrer dos estágios, os serviços receberam sempre com agrado os estudantes de licenciatura e mestrado, pelo que se verificou também, neste sentido, uma constante partilha de saberes e experiências promotoras da atualização de conhecimentos em prol da melhoria dos cuidados.

A palavra conforto é utilizada vulgarmente pelos enfermeiros, traduzindo-se em expressões como “foram prestados cuidados de higiene e conforto” e “a criança está aparentemente confortável”. Promover a reflexão da temática e das intervenções promotoras do conforto junto das equipas nos contextos, foi um objetivo concretizado. Tal como mencionado na literatura, o conforto obtém-se através de um resultado positivo das intervenções de enfermagem, num processo dinâmico e holístico do cuidar.

No decorrer do percurso foram observados os cuidados prestados pelo EESIP à criança/jovem e família, bem como o papel que este desempenha na equipa multidisciplinar, pelo que foi notório que é visto como um elemento de referência. O EESIP poderá fazer a diferença, com atitudes e mudanças de comportamento em prol do bem-estar e qualidade dos cuidados à criança/família.

O MESIP proporcionou-nos uma componente rica em conhecimento, experiências, contextos de atuação e complexidade envolvente. Tudo isto, aliado à reflexão conjunta possibilitaram a mobilização de conhecimentos, o desenvolvimento das competências e a mudança na forma de pensar, estar, sentir e agir.

Foi um caminho longo, desafiante, mas recompensador. Devido ao facto temporal nem sempre foi possível desempenhar todas as atividades que gostaríamos, porém, as equipas envolveram-se e procuraram fazer connosco o caminho e alterar práticas.

Esta experiência enriquecedora e o desenvolvimento do projeto de intervenção contribuíram para a melhoria dos cuidados, o desenvolvimento de competências ESSIP e de mestre e a obtenção do sucesso nesta etapa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven neuroprotective core measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336912001997?via%3Dihub>
- APED. (2018). *Desenhos da minha dor*. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9), 61-67.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2018). A escolha da cadeirinha adequada. [APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil](https://www.apsi.pt/pt/seguranca-infantil/seguranca-infantil-adequada)
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. Oxford.
- Correia Jerónimo Pedroso, R. M. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 225–232. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>
- Costa, M., Lourenço, M., Caldeira, S., Nunes, E., Charepe, Z. (2020). Procedimento do teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção: uma revisão scoping. *Cadernos de Saúde*, 12, 101-102. [Procedimento do teste de apneia do RN pré-termo no sistema de retenção: uma revisão scoping | Cadernos de Saúde \(ucp.pt\)](https://www.ucp.pt/pt/cadernos-de-saude/12-101-102-procedimento-do-teste-de-apneia-do-rn-pre-termo-no-sistema-de-retencao-uma-revisao-scoping)
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Decreto-lei n.º 161/96. Diário da República: Série I-A. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>
- Decreto-lei n.º 118/2014. Diário da República: Série I, n.º 149. 5 de agosto de 2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia_DecLei_118_2014.pdf
- Decreto-lei n.º 73/2017. Diário da República: Série I, n.º 118/2017. 21 de junho de 2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto-lei n.º 65/2018. Diário da República: Série I, n.º 157. 6 de agosto de 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção.Geral de Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- EFCNI. (2022). Standarts Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido. (1ªed). https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/05/2022_05_18_ESCNH_Information-brochure_PT.pdf
- Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP]. (2019). Plano de Formação ESEP. <https://www.esenf.pt/pt/a-esep/instrumentos-gestao/planos-relatorios/>
- European Association for Children in Hospital [EACH]. (1989). *Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de apoio à criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A., Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11(3), 371-375. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kf4CHLgXQYjw96KZkFWrsbQ>
- García, M. (2018). A perceção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23420/1/disserta%c3%a7ao.pdf>
- Hockenberry,M.J., & Wilson, D. (2014). Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ª Ed). Lusociência.
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarchip*, 23(4), 237-240. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practise: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187–194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16060582/>
- Lei n.º 156/2015. Diário da República: Série I, n.º 181/2015. 16 de setembro de 2015. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Marques, A. R. (2019). Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36865/1/Rita%20Alexandra%20Agrisino%20Marques.pdf>

- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.
- Nunes, L. (2020). *Ética no cuidado à criança, jovem e família*. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Oliveira, J. A., Braga, P. P., Gomes, I. F., Ribeiro, S. S., Carvalho, P. C. T., Silva, A. F. (2019). Continuidade no cuidado da prematuridade. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 45(1).
<https://doi.org/10.5902/2236583423912>
- OMS. (2022). *OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros*.
<https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, série I, 1(3).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Série I, 1(6).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lousã: Lidel.
- Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por "enfermeiro de referência" promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68–75.
<https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23469/17468>
- Regulamento n.º 351/ 2015. *Diário da República: Série II, n.º 119*. 22 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros.
<https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 140/ 2019. *Diário da República: Série II, n.º 26/ 2019*. 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Regulamento n.º 422/2018. Diário da República: Série II, n.º 133/2018. 12 de julho de 2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Silva, J., Martins, M.M., Trindade, K., Ribeiro, O., & Cardoso, M.F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). 278-295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Silva, R.M., Zilly, A., Nonose, E.R., Fonseca, L.M., & Mello, D.F. (2020). Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609266/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer Prematuro em Portugal: Manual para os pais*. <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- UNICEF. (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

ANEXOS

Anexo I – Declaração de Participação no “Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Sara Brito, concluiu com sucesso, o percurso formativo "CURSO BÁSICO EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS" com a duração estimada de 25 horas, desenvolvida pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP em parceria com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

Lisboa, 10 Março 2023



APÊNDICES

Apêndice A – Questionário sobre conforto e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor

Parte II – Conforto e Estratégias Não Farmacológicas

5. Considera que a promoção do conforto é um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados?

- Sim

- Não

6. Como classifica o seu conhecimento relativamente às estratégias não farmacológicas de controle da dor?

- Muito Bom

- Bom

- Suficiente

- Insuficiente

7. Com que frequência utiliza as estratégias não farmacológicas nos procedimentos dolorosos na sua prática diária?

- Nunca

- Ocasionalmente

- Quase sempre

- Sempre

Apêndice B – Formação em Serviço “Técnicas Não Farmacológicas para o alívio da Dor”

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
RUA DO COLÓGIO 3000-041 ÉVORA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ES
Escola Superior de Saúde
RUA DO COLÓGIO 2906-101 SETÚBAL

IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESQUADRA SUPERIOR DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Estágio I - USF

Técnicas Não Farmacológicas para o alívio da dor

Discente: Sara Brito
Enf^o Orientadora: [Redacted]
Prof Orientadora: Prof Dulce Cruz

Junho de 2022

Existem 5 estratégias que podem ser aplicadas para reduzir a dor e ansiedade da vacinação

- Estratégias de Processo
- Estratégias Físicas
- Estratégias Farmacológicas
- Estratégias Psicológicas
- Estratégias Procediment

Apêndice C – Formação em Serviço “Segurança do recém-nascido no transporte em sistema de retenção e teste de apneia”

Professora Orientadora: Dulce Cruz
Enfermeira Orientadora

UC: Estágio Final

SEGURANÇA EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Segurança e conforto no transporte do recém-nascido

= TESTE DE APNEIA =



Enfermeira Sara Brito

Outubro 2022

Finalidade

- Uniformizar a atuação da equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia quanto à realização do teste de apneia;

Objetivos

- Contribuir para a segurança dos recém-nascidos com critérios para a realização do teste de apneia;
- Instruir os pais/pessoa significativa sobre o transporte em sistema de retenção;
- Promover a alta segura.

Apêndice D – Norma de Procedimento “Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido em sistema de retenção – teste de apneia”

[POL 000X OU NPQ 100X OU NQC 000X]

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEONATAIS

NORMA DE PROCEDIMENTO – 3XXX

Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido em sistema de retenção – Teste de Apneia

APROVAÇÃO

[Área reservada para a aprovação]	
FINALIDADE	Uniformizar a situação da equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia quanto à realização do teste de apneia
DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem
PALAVRAS-CHAVE	Recém-nascido prematuro; Teste de apneia; Neonatologia

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Sara Brito	2022.10.27
Verificação SSO/CQB	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	[Data de Aprovação]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	[Data de Divulgação]
Versão	[Indicar versão]	[Data de Revisão]

Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido em sistema de retenção – Teste de Apneia

Versão

Pág. 1 de 1

Este é um documento controlado. O seu uso está limitado ao âmbito do Serviço e a equipa controladora. Qualquer outra impressão deste documento não é controlada. Deve ser sempre consultado a partir do sistema de ficheiros e não deve ser guardado em unidades locais.

Apêndice E – Formação em Serviço Urgência Pediátrica “Técnicas Não Farmacológicas para o alívio da Dor”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SETÚBAL
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE COVILHÃ
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA

Estágio Final - Urgência Pediátrica

Técnicas Não Farmacológicas para o alívio da dor

Discente: Sara Brito
Enf^o Orientador: [REDACTED]
Prof Orientadora: Prof Dulce Cruz

Dezembro de 2022



Os **procedimentos dolorosos** causam **ansiedade** nas crianças e nos pais.

A dor pode fazer com que a criança desenvolva **memórias negativas** e **traumáticas**, causando no futuro medo antecipatório a agulhas, médicos e enfermeiros.

A presença de alguém significativo proporciona **conforto**.

Apêndice F – Formação em Serviço “Intervenções Não Farmacológicas para o alívio da Dor - BuzzyBee®”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Estágio Final - Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica



Intervenções Não Farmacológicas para o alívio da Dor

= Buzzy Bee =

Discente: Sara Brito
Enfª Orientadora: Enfª [redacted]
Prof Orientadora: Prof Dulce Cruz

31 de Janeiro 2023
2 de Fevereiro 2023

Componentes Buzzy®



- ❖ Corpo do dispositivo (formato abelha);
- ❖ Bolsas de gelo (reutilizáveis);
- ❖ Fita de silicone ou velcro;
- ❖ 2 pilhas AAA;
- ❖ Cartões de distração;
- ❖ Manual de instruções.

Nota: O dispositivo e as bolsas de gelo podem ser **desinfetados** com álcool a 70° ou toalhetes desinfetantes. Não submergir em líquidos ou esterilizar em autoclave.

(Buzzy4shots, 2022).

Apêndice G – Norma de Procedimento “Cuidados de Enfermagem na utilização do dispositivo para alívio da dor nos procedimentos dolorosos (Buzzy®)”

[FOL. 0000 OU NPS 1000 OU NDC 0000]

INTERNAMENTO PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA

NORMA DE PROCEDIMENTO

[CÓDIGO DO SERVIÇO] – 3XXX

Cuidados de Enfermagem na utilização do dispositivo para alívio da dor nos procedimentos dolorosos (BUZZY®)

APROVAÇÃO

--

FINALIDADE	Uniformizar as práticas de Enfermagem na utilização de dispositivo para alívio da dor (Buzzy®)
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros
PALAVRAS-CHAVE	Intervenções não farmacológicas; Dor; Procedimentos dolorosos; Buzzy®

[Não escrever nesta zona da página]

NDC ou NPS ou NPS ou NPS	Autores	Sara Brito	2023.01.31
	Verificação/Atualizações	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
	Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	[Data de Aprovação]
	Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	[Data de Divulgação]
	Versão	[Indicar versão]	[Data de Revisão]

[Descrever Título do Documento]

Versão

Pág. 1 de 0

Este é um documento controlado. O seu conteúdo encontra-se sob o controlo do Serviço e a única versão válida é aquela publicada. Qualquer outra reprodução deste documento não é controlada. Deve ser sempre analisada a partir do sistema de Gestão de Documentos para garantir a sua validade atual.

Apêndice H – Questionário de Avaliação da Qualidade da Sessão

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Avaliação da Qualidade da Sessão

Ação de Formação: "Intervenções não farmacológicas para o alívio da dor - BuzzyBee"
Formadora: Sara Brito **Data:** __/__/____

No âmbito da sessão de formação realizada, surge o presente questionário com o objetivo de obter uma melhoria contínua do processo formativo. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos, assegurando o anonimato.

Relacione as questões com as escalas indicadas e marque com um (X) no quadrado que melhor corresponde à sua opinião:

Programa da Ação	1	2	3	4	5	
Clareza dos objetivos	Confusos					Muito claros
Adequação dos conteúdos	Inadequados					Totalmente adequados
Utilidade dos conteúdos	Inaplicáveis					Totalmente aplicáveis
Grau de satisfação	Nada					Totalmente

Atuação da Formadora	1	2	3	4	5	
Domínio de conteúdos	Confusos					Muito claros
Interação com os participantes	Negativa					Muito positiva
Linguagem utilizada	Inadequada					Totalmente adequada
Utilização e domínio de recursos didáticos	Muito insatisfeito					Muito satisfeito

Sugestões de melhorias futuras:

Apêndice I – Estudo de Caso RN e Família



SARA BRITO

**ESTUDO DE CASO DO
RECÉM-NASCIDO I.S.**



6º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Semestre | 1º Ano

Unidade Curricular: Estágio I

Docente Orientadora: Professora Dulce Cruz

Enfermeira Orientadora:

2022

Apêndice J – Resumo Artigo Científico “Estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Pediatria: uma revisão sistemática”

ESTRATÉGIAS DE *COPING* DOS ENFERMEIROS PERANTE A MORTE EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

COPING STRATEGIES OF NURSES FACING DEATH IN PEDIATRICS: A SYSTEMATIC REVIEW

Sara Brito¹ & Maria Dulce Cruz²

RESUMO

Introdução: A morte e o luto de uma criança/adolescente são um dos maiores desafios enfrentados pelos enfermeiros em Pediatria, pelo que é necessária uma gestão adequada, de modo a não desencadear respostas emocionais intensas, negativas e comprometedoras da qualidade dos cuidados prestados. **Objetivo:** Identificar quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com a morte em Pediatria. **Metodologia:** Uma revisão sistemática da literatura dos artigos publicados entre 2018-2022, cuja pesquisa foi realizada nas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *Academic Search Complete* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, extração e síntese de dados segundo as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI). **Resultados:** Foram incluídos sete artigos que identificam o impacto da morte em Pediatria, estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros e limitações desta temática. **Conclusão:** Os enfermeiros identificam algumas estratégias de *coping* individuais e em equipa, porém, não se sentem efetivamente capacitados para lidar com a morte em pediatria, principalmente por falta de formação e de suporte institucional. **Palavras-chave:** Enfermeiros; Luto; Pediatria; Estratégias de *Coping*.

ABSTRACT

Introduction: The death and mourning of a child/adolescent is one of the greatest challenges faced by nurses in Pediatrics, so that adequate management is necessary, so as not to trigger intense, negative and compromising emotional responses to the quality of care provided. **Objective:** To identify which *coping strategies* nurses used to deal with death in Pediatrics. **Methodology:** A systematic review of the literature of articles published between 2018-2022, whose research was carried out in the databases: *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *Academic Search Complete* and *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. An evaluation of methodological quality, extraction and synthesis of data was performed according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI). **Results:** Seven articles that identify the impact of death in Pediatrics, *coping strategies* used by nurses and limitations of this theme were included. **Conclusion:** Nurses identify some individual and team *coping strategies*, however, they do not feel effectively qualified to deal with death in pediatrics, mainly due to lack of training and institutional support. **Keywords:** Nurses; Grief; Pediatrics; *Coping Strategies*.

¹ Enfermeira no Hospital Garcia de Orta EPE, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

² Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Apêndice K – Pósters “Cuidados com o Sol”



O VERÃO ESTÁ A CHEGAR!

VAMOS APROVEITAR OS DIAS DE SOL E DE CALOR



AO SOL, PROTEGE-TE COM CHAPÉU, ÓCULOS DE SOL E ROUPA LEVE



APLICA PROTETOR SOLAR 30MIN ANTES DA EXPOSIÇÃO E RENOVA DE 2/2H MESMO QUANDO ESTIVER NUBLADO



AS CRIANÇAS DEVEM ESTAR ACOMPANHADAS DE UM ADULTO E UTILIZAR BRAÇADEIRAS OU COLÊTE



O SOL PODE CAUSAR QUEIMADURAS QUE SE MANIFESTAM POR PELE VERMELHA E DORIDA E POR VEZES PODE CAUSAR BOLHAS, FEBRE E ARREPIOS



DEPOIS DA EXPOSIÇÃO SOLAR, TOMA UM DUCHE E PASSA UM CREME HIDRATANTE NA PELE



BEBE MUITA ÁGUA E LEVA COMIDA DE FÁCIL DIGESTÃO COMO FRUTAS



AS CRIANÇAS COM MENOS DE 1 ANO NÃO DEVEM SER EXPOSTAS AO SOL









ATIVIDADES AO AR LIVRE, PRAIA E PISCINA SÓ ATÉ AS 11H E A PARTIR DAS 17H





Apêndice L – Folheto “Cuidados com o Sol”

NÃO ESQUECER

-  Põe protetor solar fator 50 de 2/2h
-  Usa sempre Boné/ Chapéu
-  Leva Óculos de Sol
-  A tua T-shirt protege-te contra as queimaduras
-  Bebe muita água
-  Evita o sol entre as 11h e as 16h e procura lugares com sombras

Horário de Atendimento

Dias Úteis das 8h00 às 20h00


Alternativa Assistencial

SNS 24—808 24 24 24

Sábado, Domingo e Feriados das 9h às 15h.

Fora desse horário deve deslocar-se à urgência do

Mãe, Pai como é que me posso proteger do sol?




Elaborado/revisto em: Junho 2022

Elaborado por: Sara Brito, Aluna da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação da Enfermeira!

Bibliografia: CUF. (2017). *Mãe, pai como é que me posso proteger do sol?*; Hospital da Luz. (2019). *Cuidados com o sol nas crianças*; Pereira, N. (2019). *Cuidados com o sol nas crianças*. CUF.

O Sol



Apesar do sol constituir uma fonte de bem-estar para o nosso organismo, a radiação solar excessiva representa um fator de risco para todos. Pode provocar queimaduras solares, envelhecimento precoce e até mesmo cancro da pele!


A pele das crianças é muito mais sensível que a dos adultos.

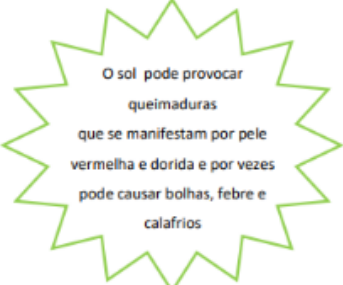
Não é recomendado a exposição solar direta a crianças até 1ano.

As crianças devem estar ao ar livre, praia ou piscina **até às 11h e a partir das 17h.**


O que devo fazer?

- Utilizar roupa leve, chapéu e óculos de sol;
- O protetor solar deve ter fator de proteção 50;
- Aplicar 30min antes da exposição e renovar a cada 2h;
- Aplicar também em dias de vento e nublados;
- Beber muita água e levar comida de fácil digestão como por exemplo fruta.





O sol pode provocar queimaduras que se manifestam por pele vermelha e dorida e por vezes pode causar bolhas, febre e calafrios



Depois da exposição solar, toma um duche e passa um creme hidratante na pele.