



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

**CUIDADOS COLABORATIVOS À FAMÍLIA:
Promoção da aquisição de competências parentais no
cuidado ao recém-nascido prematuro**

Carina Inês Henriques Silva Marques

**Lisboa
2022**



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

**CUIDADOS COLABORATIVOS À FAMÍLIA:
Promoção da Aquisição de Competências Parentais no
Cuidado ao Recém-Nascido Prematuro**

Carina Inês Henriques Silva Marques

Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

*Antoine de Saint-Exupéry
O Príncipezinho*

AGRADECIMENTOS

À minha família, avós, pais, irmãos, tios e Teresa por me acompanharem neste caminho, são o meu colo! Obrigada por estarem sempre disponíveis por me substituir na maternidade, com amor e paciência!

Ao meu marido, por me incentivar e apoiar no caminho, sempre com carinho, amor, paciência e pragmatismo!

Às minhas filhas, por saberem esperar... com a alegria contagiante das crianças, com sorrisos e abraços que me aconchegam o coração!

Às amigas que souberam sempre o momento certo para me segurar, que tiveram sempre o sorriso e o abraço na hora certa! *Obrigada* Leonor e Sonia, são o meu equilíbrio!

À Diana, reencontramo-nos neste caminho, seguimos juntas e, sem dúvida, estamos mais fortes! *Obrigada* por ermos sido o suporte para persistir quando faltavam as forças e o foco!

Ao Daniel, Paulo e Carmen, pelo tempo adiado, que jamais poderemos recuperar! São o amparo destas lágrimas que apertam o nosso coração.

À Professora Doutora Alice Curado, por ter sido paciente em todas as curvas deste caminho! É uma inspiração! Um *Obrigada* eterno!

À equipa pedagógica e aos enfermeiros orientadores pela disponibilidade, orientação e exemplo! Um agradecimento especial às Enfermeiras Sara Fonseca e Maria João Saraiva por me receberem com a alegria de partilhar a sua sabedoria!

Aos colegas de curso, que partilharam este caminho, foi um privilégio crescer convosco. Um *obrigada* especial para quem mais de perto me acompanhou, Cristiana, Inês, Maria, Sílvia e Vânia!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEA – Perturbações do Espectro do Autismo

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PT – Prematuro

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

RESUMO

Em Portugal, cerca de 8% dos partos ocorre prematuramente (INE, 2020). Em todo o Mundo, a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2018) estima que nasçam 15 milhões de crianças antes de completar as 37 semanas de gestação. O mesmo organismo, estima que cerca de 30 milhões de crianças, em todo o mundo, necessitem de internamento ou cuidados de saúde especializados devido a complicações no parto, prematuridade, doenças congénitas ou doenças infecciosas que ocorrem no período neonatal (OMS, 2019).

As morbilidades associadas à prematuridade condicionam a saúde, crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança e da família, para além do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (OMS, 2019). A sua prevenção deve iniciar-se mesmo antes do parto e prolongar-se após a alta, através de cuidados prestados por profissionais competentes e especializados no cuidado ao recém-nascido de risco e sua família (OMS, 2019).

As diretrizes dos Cuidados Colaborativos à Família (Coughlin, 2017) norteiam a organização dos cuidados prestados ao recém-nascido e família na Neonatologia. As suas orientações estão em linha com os principais documentos orientadores dos cuidados de Enfermagem ao cliente pediátrico.

A complexidade dos cuidados prestados ao recém-nascido de risco e à sua família justificam a necessidade de diferenciação e especialização dos profissionais e dos contextos de cuidados (OMS, 2019). Os cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista são sustentados pela evidência científica mais actual e adequada ao contexto onde se insere, reforçados pelo conhecimento prático, respondendo com mestria às necessidades das crianças, jovens e famílias.

O presente relatório reflete o meu percurso de desenvolvimento de competências para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da prestação de cuidados de Enfermagem de elevada qualidade e complexidade à criança, ao jovem e à família e da promoção de processos de

Cuidados Colaborativos à Família, promotores da aquisição de competências parentais no cuidado à criança, ao jovem e à família.

A consecução dos objetivos delineados para o percurso permitiu alcançar uma prática de cuidados de Enfermagem de nível avançado, a crianças, jovens e famílias.

Palavras-chave: Prematuridade, Competências Parentais, Cuidados Colaborativos à Família, Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

In Portugal about 8% of births occur prematurely (INE, 2020). Worldwide, the World Health Organization [WHO] (2018) estimates that 15 million children are born before completing 37 weeks of gestation. The same organization estimates that, about 30 million children worldwide need hospitalization or specialized health care due to complications in childbirth, prematurity, congenital or infectious diseases that occur in the neonatal period (WHO, 2019).

The morbidities associated with prematurity affect the health, growth, development and well-being of the child and the family, in addition to hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (WHO, 2019). Prevention should start even before delivery and continue after discharge, through care provided by competent professionals specialized in the care of the at-risk newborn and their family (WHO, 2019).

The guidelines for *Collaborative Care for Families* (Coughlin, 2017) guide the organization of care provided to the newborn and family in Neonatology. Its guidelines are in line with the main documents guiding Nursing care to the pediatric client.

The care provided to at-risk newborns and families are complex and justify the need for special qualification of professionals and care sites (WHO, 2019). The care provided by Nurse Specialists are supported by the most up-to-date scientific evidence, which is suitable to the context, reinforced by practical knowledge and leads to competent response to the needs of children, young people and their families.

This report reflects my path to develop skills for the attribution of the Master degree in Nursing and the title of Nurse Specialist in Child and Pediatric Health. It aims to provide high quality and complex nursing care to child, youth and families through the promotion of *Collaborative Care* processes that promote the acquisition of parental skills in the care for child, youth and families.

Achieving the objectives outlined made it possible to deliver an advanced level of Nursing practice for children, young people and their families.

Key words: Prematurity, Parental Skills, *Collaborative Care for Families*, Nurse Specialist.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2. A RESPOSTA DO REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	19
2.1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman	20
2.2. Cuidados Centrados na Família	22
2.3. Cuidados Colaborativos à Família	25
3. O CAMINHO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	29
3.1. Cuidados Colaborativos à Família – Aquisição de competências parentais num ambiente de confiança e suporte: Os programas de educação	29
4. PERCURSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	34
4.1. Percurso de desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista no âmbito da prestação de cuidados de elevada qualidade e complexidade à criança, ao jovem e à família	39
4.2. Percurso de desenvolvimento de processos de Cuidados Colaborativos à Família promotores da aquisição de competências parentais no cuidado ao recém-nascido, criança e jovem	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

- Apêndice 1** – Dossier temático: Controlo da dor na criança em contexto de Urgência Pediátrica
- Apêndice 2** – Como estimular o tempo de Atenção em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo
- Apêndice 3** – Norma de Procedimento: Saúde Escolar
- Apêndice 4** – Apresentação *Cuidados Colaborativos à Família*
- Apêndice 5** – Cartaz informativo para as famílias: *Cuidados Colaborativos à Família* na Neonatologia

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado: Comissão Organizadora *Reuniões Científicas: Pensar em Neonatologia: Da complexidade à essência de cuidados* (UCIEN, HFF)

Anexo 2 – Certificado: Moderação *Reuniões Científicas: Pensar em Neonatologia: Da complexidade à essência de cuidados* (UCIEN, HFF)

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório referente ao 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O percurso descrito neste relatório relata as atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem de nível avançado, diferenciados e de elevada complexidade a crianças, jovens e famílias (ESEL, 2020).

A prestação de cuidados de Enfermagem de nível avançado deverá refletir a translação para a prática do corpo de conhecimento teórico de Enfermagem, fundamentando a avaliação, compreensão e resolução das situações de cuidados que se nos apresentem. Formular respostas baseadas na evidência, assim como ética e legalmente sustentadas nos documentos reguladores da profissão e no respeito pelos Direitos Humanos, é um atributo reconhecido ao Mestre, como especificado no documento regulador da atribuição deste grau (DL nº74/2006, artº 15º).

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) constituiu uma busca pela essência da Enfermagem. O *International Council of Nurses* (2002) define Enfermagem como a prestação de cuidados de forma autónoma e colaborativa a todos os indivíduos, saudáveis ou doentes, ao longo de todo o ciclo de vida, em qualquer contexto em que se encontrem. O cuidado de Enfermagem promove a saúde, previne a doença, cuida na doença, na morbilidade e no fim de vida.

Assente neste pressuposto, o cuidado de Enfermagem especializado diferencia a sua intervenção na capacidade superior de tomar decisões que refletem a translação da evidência científica e da experiência da prática de cuidados, para a resolução das situações de cuidados complexas. O cuidado especializado foca a sua intervenção na resposta às necessidades do cliente, procurando as respostas mais adequadas na evidência científica, por forma a apoiar o cliente a atingir o seu potencial de saúde e bem-estar (Henriques, Santos & Frade, 2021).

O cuidado de Enfermagem especializado tende a produzir efeitos benéficos para a sociedade, traduzindo-se em ganhos na saúde das populações, eficiência das instituições e valorização da profissão e dos profissionais. Na área da saúde, profissionais diferenciados e capacitados assumem processos de tomada de decisão mais complexos e colaboram para um serviço de saúde mais eficaz e seguro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a).

Assim, é objetivo deste relatório descrever o percurso de desenvolvimento de competências de EE, evidenciando uma metodologia reflexiva na abordagem das situações de cuidados proporcionadas pelos contextos da prática que constituíram esta UC. A reflexão produzida sustentou-se na evidência científica disponível, mais atual e adequada ao contexto e a justificação das atividades desenvolvidas foi suportada pelo referencial teórico dos cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e pelos principais documentos reguladores da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A problemática que guiou o meu percurso para o desenvolvimento de competências no âmbito deste Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surgiu da necessidade de fundamentar e sistematizar uma visão de cuidados com a qual contacto diariamente. Ao exercer funções num serviço de Neonatologia, há cerca de 10 anos, urge refletir sobre o impacto dos cuidados prestados na capacitação das famílias (particularmente vulneráveis neste contexto) para cuidar do seu recém-nascido de risco e na importância de proporcionar um ambiente que promova e facilite esta capacitação, através da aquisição de conhecimentos e treino de habilidades, em colaboração estreita com o Enfermeiro.

As publicações existentes sobre o tema realçam a influência da capacidade parental para a prestação de cuidados específicos às necessidades do recém-nascido, no crescimento e desenvolvimento futuros da criança. No entanto, o internamento da família numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um evento desconhecido, com elevado potencial para causar desorganização do sistema familiar. A desorganização familiar causada pelo internamento condiciona a adaptação à nova realidade, e assim,

o desenvolvimento de competências capazes de proporcionar as condições ideais para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

Mary Coughlin, na sua obra *Trauma-Informed Care in the NICU – Evidence-based practice, Guidelines for neonatal clinicians* (2017) faz uma revisão da evidência científica relativa às especificidades dos cuidados neonatais e, ao criar as orientações para a prestação de *Cuidados Colaborativos à Família*, possibilita a translação deste conhecimento para a prática de cuidados. Os *Cuidados Colaborativos à Família* visam a capacitação da família para os cuidados ao recém-nascido de risco, realçando a importância do estabelecimento de um ambiente propício ao desenvolvimento de capacidades adequadas às necessidades de cada família e recém-nascido.

O presente relatório organiza-se em 5 capítulos que visam demonstrar a compreensão sobre o tema escolhido e a abordagem realizada na translação do conhecimento aprofundado para os diversos contextos de EC.

No primeiro capítulo **Justificação da Problemática** é apresentada a evidência científica mais relevante sobre o tema. Seguidamente, é introduzido o referencial teórico de Enfermagem, sob o qual assenta a reflexão e estruturação dos cuidados de Enfermagem prestados às famílias. Neste capítulo, intitulado **A resposta do referencial teórico de Enfermagem**, é fundamentada a utilização do *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*, a *Filosofia de Cuidados Centrados na Família* e as orientações de *Cuidados Colaborativos à Família* para a compreensão profunda do tema e organização da intervenção especializada de Enfermagem.

O capítulo seguinte visa aprofundar uma das dimensões das orientações para a prestação de *Cuidados Colaborativos à Família*, com vista à promoção da aquisição de competências parentais. Aqui, justifico a valia da utilização dos programas de educação para as famílias como **O caminho para a melhoria contínua da qualidade**.

Concluída a apresentação da evidência científica e justificada a pertinência da abordagem escolhida, passo a descrever o **Percurso formativo e de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista** realizado em EC, entre novembro de 2020 e maio de 2021. Este capítulo foi organizado segundo os objetivos definidos para este percurso e, dentro destes, respeitada a ordem cronológica de realização de cada EC. A colaboração com os enfermeiros orientadores na prestação de cuidados a crianças, jovens e

famílias e as atividades realizadas justificam a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Por fim, o capítulo com as **Considerações Finais** faz uma reflexão global do percurso realizado e projeta o futuro, assente no compromisso para com a profissão e os clientes, de entregar sempre uma prática ética e legalmente competente e procurar as melhores respostas com base na evidência científica disponível.

Assim, inicio o meu relatório de estágio procurando responder aos objetivos a que me propus ao lançar-me neste caminho de crescimento profissional e pessoal.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O presente capítulo inicia a construção deste Relatório, fundamentando o tema escolhido através da transcrição da evidência científica mais relevante, atual e adequada à compreensão do tema.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, mundialmente, nascem cerca de 15 milhões de crianças antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2018). Em Portugal, os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) reportam o nascimento de 6913 RN prematuros em 2019. Face ao total de partos a nível nacional, os partos prematuros representaram 8% (INE, 2020) e destes, cerca de 1,2% ocorrem antes das 31 semanas de gestação (SPP, s/d).

O nascimento prematuro é a principal causa de morte neonatal (até aos 28 dias de vida) e as morbilidades associadas à prematuridade representam a principal causa de mortalidade infantil até aos 5 anos, podendo chegar a 1 milhão/ano, em todo o mundo (OMS, 2018).

A evolução tecnológica e dos cuidados médicos tem permitido o nascimento e a sobrevivência de RN com idades gestacionais cada vez mais baixas. Hoje, assume-se o limite da viabilidade do RN às 24 semanas de gestação. No entanto, esta evolução não se tem traduzido numa redução das morbilidades associadas à prematuridade (SPP, s/d.; OMS, 2018).

O nascimento prematuro representa um fator de risco para alterações do crescimento e desenvolvimento. Estas alterações são sobretudo do desenvolvimento cognitivo, da linguagem, do desenvolvimento sensorial e visual, da atenção ou aprendizagem, sendo descritas tanto em grandes prematuros como em prematuros tardios. São também relatados como factores de risco acrescido, o género masculino, a restrição do crescimento fetal ou a ocorrência de sépsis (Roué et al., 2017). As morbilidades associadas à prematuridade, afetam cerca de 30 milhões de crianças em todo o mundo, e traduzem-se na necessidade de cuidados de saúde. A exigência das necessidades de cuidados de saúde da criança com morbilidade associada à prematuridade, afeta a estabilidade física, psíquica e financeira das famílias. A instabilidade da família é desfavorável para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança (OMS, 2019).

Após o nascimento prematuro, o RN continua o processo de maturação, crescimento e desenvolvimento fora do ambiente protetor uterino. O potencial traumático da vivência na UCIN e a agressividade do seu ambiente representam um risco para a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança (Kenner, Altimier & Boykova, 2020; D'Agata, Coughlin & Sanders, 2018; Altimier & Phillips, 2013), em especial para o desenvolvimento cerebral (Roué et al., 2017).

A imaturidade das funções executivas do cérebro, como a integração e organização de informação, que permitem a resposta flexível aos estímulos ambientais, apesar de presente, ainda não se mostra competente em RN prematuros. A imaturidade demonstrada na resposta aos estímulos é mais evidente nos RN nascidos antes das 26 semanas de gestação (Kenner et al., 2020).

O padrão e tipo de estímulos sensoriais recebidos pelo RN diferem dos que seriam recebidos *in útero*, pelo que o cérebro não espera este tipo de estímulos e não dispõe de maturidade para os integrar. Cria-se assim, uma dissociação cerebral entre os estímulos ambientais da UCIN e os estímulos ideais para o crescimento e desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) do RN (Kenner et al., 2020).

A luz forte, o ruído intenso, por vezes por períodos prolongados, as manipulações sucessivas, os procedimentos dolorosos e a separação parental, são os estímulos mais frequentes e agressivos que ocorrem na UCIN. Acresce-se ainda, a inexistência de um cuidador único, capaz de criar um ambiente consistente no padrão e tipo de estímulos (Bennet, Walker & Horne, 2018; Kenner et al., 2020).

No ambiente da UCIN, o RN e a família estão expostos a situações de risco de vida e stress ou medo constantes. Esta vivência ativa no organismo respostas fisiológicas e psicológicas semelhantes às de stress traumático. No RN, em resposta à agressividade do ambiente, o cérebro recorre à sua função essencial de sobrevivência e desencadeia respostas químicas e comportamentais que alteram a estrutura cerebral. Na família esta disrupção condiciona o percurso de desenvolvimento psíquico e comportamental esperado no processo de ser tornar mãe e pai (Coughlin, 2017).

A disrupção existente entre os estímulos recebidos pelo RN na UCIN e a sua capacidade para a gestão dos mesmos, predispõe o RN prematuro ao

risco de apresentar défices no seu neurodesenvolvimento. Estas alterações do desenvolvimento traduzem-se em défices cognitivos e de aprendizagem, défices motores, visuais, auditivos e alterações comportamentais, emocionais e de interação social, assim como uma suscetibilidade acrescida de desenvolver desordens do foro psiquiátrico e do espectro do autismo (Kenner et al., 2020; Roué et al, 2017).

Face à manutenção de uma elevada prevalência de morbilidades associadas ao nascimento prematuro, o grande objetivo dos cuidados neonatais é a sua redução, mitigando o impacto do ambiente e das intervenções no crescimento e desenvolvimento dos RN (OMS, 2015; SPP, s/d.). Este objetivo justifica a necessidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados, sensíveis, securizantes e protetores face à agressividade do ambiente e que, ao mesmo tempo, promovam o crescimento e desenvolvimento do RN e da família cuidadora (Kenner et al., 2020).

A família, resultante do nascimento prematuro, manifesta desorganização, sentimentos de angústia, tristeza, desesperança, insignificância, culpa, insegurança e medo tornando este um momento de crise, que altera o funcionamento dos mecanismos de *coping* que cada família possui (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Griffin & Celenza, 2014; Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018).

O risco acrescido de depressão pós-parto, stress pós-traumático ou distúrbios de ansiedade a que estão sujeitas as famílias de RN internados em UCIN, a alteração das necessidades psicossociais e as emoções intensas vivenciadas, relacionadas com o internamento do seu filho, levam à necessidade de suporte na reorganização das respostas à adversidade e aquisição de estratégias de *coping* capazes de reconquistar a estabilidade da família (Fernandes et al., 2014; Kenner et al., 2020).

As vivências traumáticas do internamento na Neonatologia influenciam a resposta da família às adversidades e condicionam a sua adaptação à nova realidade, dificultando o ajustamento adequado às necessidades do seu filho e à transição para o cuidado ao RN prematuro (Fernandes et al., 2014; Jorge, 2004).

A qualidade do neurodesenvolvimento do RN prematuro está intimamente ligada à participação da família nos cuidados ao RN desde cedo, e esta relacionada com a consolidação de uma vinculação segura (Altimier &

Phillips, 2013; Kenner et al., 2020). Assim, a participação parental é fundamental, pois produz benefícios não só para o neurodesenvolvimento do RN mas também para a saúde mental da família e para o desenvolvimento do papel parental (Coughlin, 2017; Kenner et al., 2020).

A presença e participação da família no cuidado ao RN prematuro permite o desenvolvimento de um papel parental mais ativo, que promove uma maior sensação de segurança e controle relativamente aos cuidados ao RN e ao internamento (Coughlin, 2017).

Os cuidados que incluem de forma sistemática a família na prestação de cuidados favorecem a vinculação, o estabelecimento da amamentação e o aumento da taxa de ganho ponderal, diminuindo o tempo de hospitalização e o risco de acentuar morbilidades decorrentes da prematuridade, como a doença broncopulmonar ou a ocorrência de infeções (Coughlin, 2017).

Estabelecer uma relação colaborativa com as famílias na UCIN sustenta a necessidade de adoção de filosofias de cuidados que assumam a família como uma constante ao longo do ciclo de vida da criança, como principal promotora do crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança. Tomar a família como foco dos cuidados, assumindo a hospitalização da criança e do familiar, permite direcionar os cuidados para as necessidades e objetivos de ambos e obter resultados positivos da experiência na UCIN (Kenner et al., 2020; OMS, 2019; Coughlin, 2017).

Desenvolver **competências parentais** na UCIN pode representar um desafio. A interrupção abrupta da construção do papel parental, causada pelo nascimento prematuro, é desorganizadora da estabilidade familiar e envolta em emoções intensas (Fernandes et al., 2014; Griffin & Celenza, 2014).

O processo de se tornar mãe e pai é aprendido social e cognitivamente e exige a reestruturação psicológica, afetiva e social, que ocorre durante a gravidez e pode estender-se até ao 6º mês de vida da criança (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

A compreensão do papel parental como garante da sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança encontra-se profundamente afetado no caso de RN prematuros. Acentuam-se sentimentos negativos e a definição de papéis é dificultada pela ausência de modelos

sociais definidores do papel de pai prematuro (Fernandes et al., 2014; Griffin & Celenza, 2014; Cardoso et al., 2015).

Competência parental entende-se como “o conjunto de conhecimentos, habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança.” (Cardoso et al., 2015, p. 13). As atividades definidoras da competência parental prendem-se com a demonstração de conhecimentos e habilidades para apreciar e interpretar o comportamento da criança, executar tarefas e adequar a interação com a criança ao seu estágio de desenvolvimento (Cardoso et al., 2015).

A capacitação parental, como intervenção de enfermagem, pretende facilitar a adaptação da família às circunstâncias ditadas pelo nascimento prematuro. Cabe ao EE desenvolver ações que diagnostiquem as necessidades formativas de cada membro da família, forneçam a informação adequada ao desenvolvimento de competências e disponibilizem o suporte necessário ao treino das habilidades (OE, 2018; Cardoso et al., 2015).

O cuidado ao RN de risco e o acompanhamento do processo de capacitação parental exigem uma intervenção especializada de enfermagem (OMS, 2019). Tendo como principal objetivo a promoção do potencial de crescimento e desenvolvimento do RN PT no ambiente hostil da Neonatologia, a intervenção especializada sustenta a sua prática na melhor evidência disponível, nos quadros de referência dos cuidados em pediatria e no corpo de conhecimento de Enfermagem, aliada ao conhecimento das famílias, das suas necessidades, debilidades e forças (OMS, 2019; Coughlin, 2017). A construção de uma parceria efetiva com as famílias, mutuamente benéfica, permite o planeamento e a prestação de cuidados de qualidade, dirigidos às necessidades de formação e treino de cada família, assim como a avaliação dos cuidados prestados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos mesmos (OMS, 2019).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados é suportada pelo Referencial Teórico de Enfermagem e pela Investigação em Enfermagem que permitem a revisão das práticas sustentada na evidência, pelo que a revisão de conceitos e translação para a prática de cuidados é vital para a garantia da qualidade, segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados a crianças e famílias.

2. A RESPOSTA DO REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

No presente capítulo são expostos os referenciais teóricos escolhidos para suportar o desenvolvimento de competências e a tomada de decisão para a prestação de cuidados de Enfermagem Especializados, justificados pela evidência científica, com elevada qualidade e complexidade a crianças, jovens e famílias.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015), defende que os referenciais teóricos sustentam a reflexão sobre os cuidados prestados às crianças e famílias, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados. A reflexão e busca pela melhor e mais recente evidência contribui para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, advogando o superior interesse dos recetores dos cuidados de enfermagem.

A intervenção de enfermagem fundamentada nos princípios, modelos e teorias do seu corpo de conhecimento assegura a resposta, sustentada na evidência, às necessidades da criança e da família, com cuidados de enfermagem de nível avançado, com qualidade e segurança.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman fundamenta a importância de o enfermeiro identificar os *stressors* que interferem com a estabilidade da criança e da família, impedindo-os de se capacitarem para a promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos da criança ou de se adaptarem positivamente a alterações das condições de saúde.

As respostas para a promoção da estabilidade da família, capaz de permitir o desenvolvimento de competências, são encontradas na filosofia de Cuidados Centrados na Família e nas orientações de Cuidados Colaborativos à Família, especificamente direccionadas para os cuidados ao RN e família na UCIN.

2.1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Abordar a aquisição e desenvolvimento de competências parentais em contextos de cuidados pediátricos envolve a percepção de como o ambiente e as experiências anteriores podem condicionar as respostas dos indivíduos.

O internamento da criança é vivenciado pela família como um fator de stress (Fernandes et al., 2014; Griffin & Celenza, 2014; Coughlin, 2017; Hockenberry et al., 2018), pelo que olhar este tema através do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, permite ao enfermeiro definir e antecipar estratégias adequadas às situações, sabendo de antemão que a presença de *stressors* altera as respostas do cliente (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é filosoficamente baseado na prestação de cuidados holísticos, orientados para o bem-estar e para as percepções e motivações dos clientes (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

O **cliente** é definido como um sistema único, dinâmico e em constante troca de energias com o ambiente. O **ambiente** envolve o cliente e contém os **stressors**, conhecidos ou não, que apresentam um certo potencial de causar instabilidade. Podendo o ambiente ser também influenciado pelo cliente (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

O **sistema cliente-cliente**, apresentado pelo Modelo, contém 5 variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) e é constituído por linhas de defesa: a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa, as linhas de resistência e a estrutura básica (ao centro) como reservatório das energias do cliente (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

As linhas de defesa protegem o cliente da influência dos *stressors* ambientais e a sua capacidade protetora (expansão ou contração da linha de defesa) pode ser influenciada por alterações fisiológicas, pela experiência passada com um *stressor* semelhante ou com a disponibilidade de suporte para apoiar o cliente no confronto com o *stressor* (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

A **saúde**, definida como o estado ótimo de estabilidade do sistema-cliente, implica o fluxo de energia entre o cliente e o ambiente. Este fluxo de energia pretende alcançar a harmonia, onde o cliente e o ambiente convivem

de forma equilibrada e benéfica para ambos (Neuman, 2011; Lowry & Aylward, 2015).

O **cuidado de enfermagem**, deve ter como foco principal manter o sistema-cliente estável. Assim, o cuidado de enfermagem deve suportar o cliente no ajuste das suas linhas de defesa, quando na presença de *stressors*, utilizando as ferramentas disponíveis para reduzir a existência de *stressors* ou antecipar respostas a possíveis *stressors* (Lowry & Aylward, 2015; Neuman, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, define o cuidado de enfermagem em pediatria, como aquele que assiste a criança e a família na obtenção e manutenção da estabilidade do seu sistema. Em pediatria, os possíveis *stressors* apresentam características intra, inter e extrapessoais provindo do ambiente interno ou externo à criança e à família (McDowell, 2011).

Com base no Modelo, os cuidados de enfermagem baseiam-se na promoção da saúde, prevenção da doença através de intervenções antecipatórias e direcionadas para a promoção do desenvolvimento (McDowell, 2011).

Assim, compreender o nascimento prematuro e a hospitalização como um fator de *stress* para a criança e família, e baseando a sua atuação no Modelo desenvolvido por Betty Neuman (2011), o enfermeiro assiste a família na sua adaptação aos *stressors* advindos do ambiente da UCIN e da nova situação de saúde, que é inesperada.

Suportar a compreensão da nova situação, antecipar respostas e capacitar a família na consolidação das competências necessárias para integrar a nova situação de saúde, só é possível mediante o alcance da estabilidade do sistema-cliente.

Cumprindo ao EE apoiar a criança e a família a alcançar a estabilidade do seu sistema. Facilitar a colaboração entre a criança, a família, a comunidade e as instituições, cria o ambiente necessário ao desenvolvimento das competências essenciais ao cuidado à criança e família e a gestão adequada das suas necessidades (OE, 2015).

2.2. Cuidados Centrados na Família

Reconhecer a criança como um ser único, indissociável da família, meio onde cresce e se desenvolve, define a prática de Enfermagem que contacta com crianças, jovens e famílias.

A filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) coloca o foco dos cuidados de saúde na família como contexto da criança, reconhecendo a sua singularidade e a importância dos papéis desempenhados por cada elemento (Smith, 2018).

A família é definida como um sistema complexo de relações entre indivíduos que partilham valores, crenças e afetos, podendo esta tomar diversas formas. A família, enquanto unidade constante na vida da criança, tem o potencial de criar um ambiente de cuidado e suporte estáveis, capazes de favorecer o crescimento e desenvolvimento da criança, para que alcance o seu máximo potencial (Hockenberry & Rodgers, 2017).

A hospitalização da criança tem impacto no sistema familiar e está envolta em sentimentos e emoções negativas que condicionam a adaptação à nova condição (Estevão, Teodoro, Pinto, Freire & Mazza, 2016). Seja qual for o contexto em que o EEESIP encontre a família, deverá estabelecer uma relação de parceria baseada numa comunicação efetiva, a fim de promover a saúde, a adaptação à doença, a capacitação da criança e da família e a responsabilização pelo projeto de saúde (OE, 2015; Smith, Swallow & Coyne, 2015).

Profundamente conectada aos contextos de cuidados pediátricos, a filosofia de CCF fundamenta os principais documentos orientadores da prática especializada em enfermagem de saúde da criança e do jovem e sustenta a reflexão sobre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A análise dos conceitos e atributos que definem a filosofia de CCF é um contributo fundamental para a clarificação e para a qualidade do exercício profissional nos contextos da prática (Coyne, Holmstrom & Soderback, 2018; OE, 2015).

Os principais atributos da filosofia de CCF facilitam a estruturação dos cuidados de enfermagem, direcionados para a resposta às necessidades de cada criança, jovem e suas famílias. Porém, a sua efetiva aplicação, pelos profissionais de saúde, nos seus contextos exige, da sua parte, um conhecimento aprofundado desta filosofia e o compromisso com a sua

aplicação (Coyne et al., 2018; Smith, 2018). O exercício profissional especializado do enfermeiro assume para si o compromisso da prestação cuidados assente nos atributos de CCF, com competência e segurança (Regulamento 351/2015).

A filosofia de CCF apresenta como principais atributos a **comunicação**, a **colaboração**, a **negociação** e o **suporte** (Coyne et al., 2018).

A construção de uma relação de cuidado e confiança com a família requer disponibilidade de tempo e a verdadeira assunção de que a família detém o conhecimento essencial à perceção das suas necessidades (Coyne et al., 2018).

Na essência da construção de relações de parceria está a **comunicação**. Estabelecer uma comunicação efetiva, clara e bidirecional, favorece a partilha de informação e fortalece a relação de confiança. Comunicar de forma transparente, possibilita a participação equitativa da criança, do jovem e da família nos cuidados e facilita a tomada de decisão (Coyne et al., 2018; Smith, 2018). Sustentar o empoderamento das famílias na tomada de decisão e definição do projeto de saúde, mitiga sentimentos de ansiedade e impotência relativamente ao desempenho dos papéis anteriormente definidos (Coyne et al., 2018; Smith et al., 2015).

A **colaboração** desenvolve-se através da construção de uma relação de parceria, mutuamente benéfica entre profissionais e famílias (Smith, 2018). Esta relação promove o empoderamento da família através da informação e da capacitação, tendo como objetivo planejar, desenvolver, implementar e avaliar um plano de cuidados adequado às necessidades da família (Coyne et al., 2018; Smith, 2018). Na relação de parceria desenvolvida, o EE respeita o conhecimento e a experiência detidos pela família, assim como as crenças, valores e identidade cultural que a definem (Coyne et al., 2018; Smith, 2018). Os cuidados em colaboração pressupõem que o enfermeiro presta cuidados com a família e não para a família (Griffin & Celenza, 2014).

Na prestação de cuidados de saúde, a **negociação** apresenta-se como elemento essencial da construção da relação de parceria. O grau de participação da criança, do jovem e da família na prestação de cuidados requer um processo de negociação que envolve a partilha de informação, a formação

da criança, jovem e família suportando-os no desenvolvimento de segurança e confiança relativamente aos cuidados (Coyne et al., 2018; OE, 2015).

A explicitação do que se espera da participação das crianças, jovens e famílias, gerindo receios e ansiedades, permite às famílias a partilha de expectativas e ao enfermeiro o respeito pelas necessidades de cada elemento da família. A capacidade de gerir a participação da família nos cuidados, com crescente nível de complexidade, é da responsabilidade do EE, tendo presente o carácter holístico e individualizado dos cuidados a cada família (Coyne et al., 2018; OE, 2015).

A gestão da participação da família na prestação de cuidados, para além de se sustentar numa comunicação aberta, de partilha de conhecimento, entre famílias e profissionais, assume que o enfermeiro proporciona os meios necessários à família para que desenvolva as suas capacidades e competências (Coyne et al., 2018).

Disponibilizar o **suporte** necessário para que crianças, jovens e famílias desenvolvam competências para a gestão dos cuidados de saúde que respondam às suas necessidades, em qualquer contexto, requer o envolvimento das organizações, entidades, associações e a criação de políticas que facilitem o bem-estar geral das famílias. Facilitar o bem-estar físico, psíquico, social e financeiro das famílias cria a disponibilidade para a participação nos cuidados e viabiliza o desenvolvimento e treino de competências com foco na autonomia, segurança e satisfação das crianças e famílias nos cuidados de saúde (Coyne et al., 2018; Smith, 2018; Smith et al., 2015;).

O EE reconhece a importância da análise do contexto familiar para melhor compreender os comportamentos de saúde dos indivíduos e promover os processos de adaptação (familiar e individual) a alterações no estado de saúde. Considerar aspetos estruturais, funcionais e do desenvolvimento da família permite direccionar as escolhas de intervenção, sustentando o compromisso com a colaboração com a família na adaptação ao seu processo de saúde (Monteiro, 2015).

Na sua prática, o EE mobiliza os seus conhecimentos, capacidades e habilidades para a prestação de cuidados individualizados, de elevado grau de complexidade e/ou o encaminhamento para outros profissionais diferenciados

ou para as respostas sociais adequadas ao bem-estar da família e ao desenvolvimento das competências necessárias à sua autonomia (Regulamento 140/2019; Regulamento 351/2015).

Em suma, desenvolver cuidados de enfermagem assentes na filosofia de CCF resulta em satisfação para as famílias e profissionais. As famílias veem satisfeitas as suas necessidades e potenciadas as suas forças, enquanto são apoiadas no desenvolvimento de competências, com respeito e valorização pela sua individualidade. Os profissionais veem valorizada a sua atuação, apresentando maior satisfação com o seu desempenho e com os ganhos obtidos através da parceria estabelecida (Regulamento 351/2015; Altimier & Phillips, 2013).

2.3. Cuidados Colaborativos à Família

Respondendo aos atributos de CCF, os Cuidados Colaborativos à Família, conceção aprofundada por Mary Coughlin (2017), são direcionados para a especificidade dos cuidados na UCIN.

A complexidade dos cuidados exigidos pela vulnerabilidade do RN e pela desorganização da família face à situação inesperada e desconhecida, justifica a importância de direcionar a reflexão e diferenciar os cuidados de enfermagem especificamente para este contexto (Kenner et al., 2020; Coughlin, 2017).

O desenvolvimento neurocomportamental do RN prematuro é um processo dinâmico e maturacional que resulta da interação entre os processos de resposta interna do RN, o ambiente e os cuidadores (Coughlin, 2017; Altimier & Phillips, 2013; McGrath, Samra & Kenner, 2011; Als, 1982).

A individualização do cuidado a cada RN e à sua família, suporta o desenvolvimento do RN ao mesmo tempo que estrutura o ambiente envolvente e desenvolve, com confiança e segurança, as competências da família para o cuidado ao RN. Para que esta relação se torne uma parceria efetiva, é fundamental o respeito e a valorização da experiência e conhecimentos que a família transporta para a situação de cuidados. Comunicar com transparência e partilhar informações corretas, permite encorajar e prestar suporte à

participação da família na prestação de cuidados e na tomada de decisão, no nível em que escolherem fazê-lo (Coughlin, 2017; Altimier & Phillips, 2013).

Para fazer face à exigência dos cuidados na UCIN, os Cuidados Colaborativos à Família apresentam 3 atributos essenciais (Coughlin, 2017):

- I. A família integra, em toda a abrangência, o cuidado à criança hospitalizada.
- II. Os cuidados à família têm como prioridade garantir e suportar o seu bem-estar emocional.
- III. A família desenvolve competências num ambiente de confiança e suporte, ao longo de todo o internamento.

O internamento na UCIN é um acontecimento traumático para as famílias. O acompanhamento por profissionais diferenciados, que reconhecem as particularidades da vivência na UCIN, facilita a gestão dos efeitos nefastos deste momento traumático para a família (Coughlin, 2017).

A adaptação do ambiente da UCIN e as práticas de cuidados baseadas no cumprimento das orientações de Cuidados Colaborativos à Família promovem o desenvolvimento de competências parentais no cuidado ao RN prematuro (Coughlin, 2017).

O ponto I, referente à integração, sem limitações, da participação da família nos cuidados ao RN, defende a presença parental, sem restrição de acesso, ao longo das 24h. O acesso sem limitações pressupõe a educação da família, a participação e partilha da tomada de decisão, assim como a prestação direta de cuidados ao RN (Coughlin, 2017).

A presença da família, em todos os momentos, incluindo a admissão, a realização de procedimentos, reanimações e passagens de turno ou visitas médicas, demonstra a disponibilidade da equipa de saúde para estabelecer a relação de parceria (Coughlin, 2017).

Comunicar de forma transparente, disponibilizar informação cientificamente correta e adequada às necessidades da família, reduz sentimentos de stress, ansiedade, separação e desesperança e possibilita a colaboração das famílias com a equipa de saúde (Coughlin, 2017).

Ao envolver a família no processo de tomada de decisão, através do seu empoderamento com base na comunicação e educação, a transição para um

papel parental mais ativo é facilitada. A família, capacitada para a tomada de decisão, desenvolve competências para a prestação de cuidados ao RN com segurança e confiança (Coughlin, 2017).

Possibilitar a presença da família ao longo do internamento na UCIN requer o envolvimento das instituições e o suporte familiar alargado. As instituições, sensibilizadas para a importância da presença da família ao longo do internamento, disponibilizam espaços dedicados a esta, que sejam acolhedores e permitam momentos de privacidade. O suporte da família alargada liberta os pais de outras obrigações, externas ao internamento, permitindo a dedicação plena de forma tranquila (Coughlin, 2017).

O ponto II defende a priorização do bem-estar emocional da família. O internamento na UCIN, como acontecimento traumático, apresenta riscos para a saúde mental da família. A vivência do risco da instabilidade das funções vitais e do ambiente altamente tecnológico predispõe a família a níveis de stress elevados, com manifestações de ansiedade, fadiga, distúrbios do sono ou depressão (Coughlin, 2017).

Desenvolver competências para o cuidado ao RN no ambiente desorganizador da UCIN, dificulta a identificação com o papel parental a desempenhar. O papel parental relacionado com a prematuridade não é facilmente reconhecido na comunidade, o distanciamento imposto pelas barreiras físicas das UCIN e pela especificidade dos cuidados prestados contribuem para a dificuldade da família em saber o que é esperado de si (Coughlin, 2017).

O profissional especializado reconhece a vivência intensa do internamento na UCIN e suporta a família através da compreensão das respostas demonstradas. Preparar a família para as vivências previstas, atribuindo-lhes significado e disponibilizando estratégias para as ultrapassar ao mesmo tempo que valida o seu progresso, auxilia na construção da identificação com o papel parental (Coughlin, 2017).

Para além da intervenção direta, as UCIN devem dispor de apoio diferenciado, com equipas disciplinares articuladas e espaços de partilha estruturados. O atendimento personalizado, assim como os grupos de suporte de pares, facilitam a partilha de experiências e emoções e permitam a identificação de situações de desconforto. A existência de planos de atuação

definidos e referenciação atempada de situações mais específicas, permite evitar o agravamento do desconforto psicológico (Coughlin, 2017).

O desconforto psicológico grave impede a família de se vincular com a criança, de estabelecer uma relação de parceria com a equipa de saúde e assim, de desenvolver competências de forma harmoniosa. O bem-estar emocional da família é essencial no cuidado ao RN prematuro, uma vez que condiciona o seu crescimento e desenvolvimento ótimos (Coughlin, 2017).

As orientações de Cuidados Colaborativos à Família defendem a importância da existência de profissionais especializados em saúde mental na UCIN, e da formação contínua de todos os profissionais, reforçando que a estruturação é essencial para o suporte às famílias. A construção de planos de ação para situações agudas e a formação das equipas de saúde de forma sistemática, estrutura os cuidados, uniformiza a informação prestada e agiliza a referenciação, quando necessária. Novamente, é reforçada a necessidade de reavaliar os planos de ação, as dinâmicas dos grupos de pares e os conteúdos dos programas de educação para famílias e profissionais, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Coughlin, 2017).

O ponto III, relativo à aquisição de competências parentais num ambiente de confiança e suporte, será desenvolvido no capítulo seguinte. A individualização deste ponto confere-lhe a importância devida no âmbito do tema desenvolvido e realça os aspetos fulcrais da intervenção do EE. O ambiente agressivo da UCIN e as circunstâncias do internamento, tornam a família vulnerável ao desenvolvimento da estabilidade face à nova realidade e assim, condicionam o desenvolvimento de competências parentais para o cuidado ao RN.

3. O CAMINHO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

3.1. Cuidados Colaborativos à Família – Aquisição de competências parentais num ambiente de confiança e suporte: os programas de educação

No âmbito da temática abordada, as seguintes considerações justificam a valia dos programas de cuidados como promotores do desenvolvimento de competências parentais.

Os programas de cuidados com foco no desenvolvimento de competências parentais direcionam-se para a observação do comportamento do recém-nascido, compreensão das suas capacidades e debilidades, organização do ambiente para favorecer as adaptações necessárias ao desenvolvimento das competências e a prestação de cuidados ao RN e à família. Prevê-se a minimização de receios e ansiedade, favorecendo a capacidade da família de promover as adaptações necessárias para a prestação de cuidados ao RN, com vista ao máximo potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (Hockenberry et al., 2018).

Coughlin (2017) apresenta evidência científica sobre a importância de desenvolver na família a confiança e competência necessárias à prestação de cuidados seguros ao RN prematuro. A evidência que sustenta os diversos programas de educação defende que estes são facilitadores e estruturantes dos cuidados de enfermagem, favorecendo a aquisição de competências parentais.

Os modelos tradicionais de educação parental, como a entrega de panfletos, sessões de esclarecimento em grupo ou esclarecimentos pontuais, são muitas vezes insuficientes na transmissão de informação às famílias, mostrando-se pouco direcionados para as suas necessidades particulares e redutores da sensação de aptidão para a transição dos cuidados para o domicílio (Coughlin, 2017).

São, atualmente, diversos os programas de cuidados direcionados para a educação parental que recorrem a novas tecnologias e permitem ultrapassar dificuldades de recursos, acesso a informação, comunicação ou de presença parental. Estes programas disponibilizam informação sobre os cuidados ao RN ao longo de todas as fases do internamento, preparando a alta, de forma

rápida, intuitiva, interativa e adequada às necessidades de aprendizagem de cada família (Coughlin, 2017).

Os programas de educação beneficiam a qualidade dos cuidados prestados através da resposta personalizada que é providenciada por profissionais qualificados, resultando na consciencialização sobre as necessidades individuais da família, e traduzindo ganhos na confiança e competência parental para a promoção do crescimento e desenvolvimento do RN (Coughlin, 2017).

Coughlin (2017), apresenta as recomendações para a criação de um programa que promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no que à promoção de confiança e competência parental no cuidado ao RN diz respeito. As recomendações e estratégias de implementação fundamentam, com base na evidência científica mais recente e adequada ao contexto, a construção de um plano que envolve a formação dos profissionais e das famílias.

São quatro as recomendações apresentadas nas diretrizes de Cuidados Colaborativos à Família para a melhoria das práticas relativas à promoção de confiança e competência parental no cuidado ao RN:

- I. Desenvolver e manter programas de educação parental envolvendo a experiência das famílias para construção e revisão de conteúdos e mentoria; incluir momentos de simulação.
- II. Operacionalizar modelos de cuidados adequados às características da população-alvo.
- III. Desenvolver e manter um programa de formação dos profissionais com base na importância do cuidado parental na UCIN.
- IV. Desenvolver e manter um modelo de cuidado parental.

Desenvolver e manter programas de educação parental assume a importância vital do envolvimento da família no cuidado ao RN prematuro e a necessidade de a capacitar, com conhecimento e habilidades (Coughlin, 2017).

A construção de conteúdos, baseados em evidência significativa, em colaboração com as famílias que já tiveram a experiência da vivência na UCIN e famílias que a vivenciam na atualidade, favorece o envolvimento e

empoderamento das famílias e reforça as relações de confiança com os profissionais (Coughlin, 2017).

A capacitação baseada na partilha de conhecimentos e no treino de habilidades para o cuidado do RN prematuro, num ambiente protetor, recorrendo a simulação e supervisão, promove a segurança dos cuidados prestados ao RN e a confiança da família nas suas capacidades (Coughlin, 2017; Cardoso et al., 2015).

Segundo Coughlin (2017), os programas de educação parental devem prever a revisão sistemática dos conteúdos informativos para as famílias, com o apoio destas, com vista à adequação constante às necessidades. Os conteúdos, existindo em suportes variados, devem ser claros, dinâmicos e responder de forma direta às necessidades educativas das famílias. Sugere-se a existência de plataformas interativas que direcionem as famílias para as informações que estas procuram.

O modelo de cuidados implementado nas UCIN deve ser alvo de reflexão sistemática, procurando identificar oportunidades de melhoria, ajustando-o às mutações na realidade da população-alvo, da organização e dos recursos existentes na comunidade. Sugere-se a revisão das políticas e orientações existentes na instituição, com vista ao ajuste particular ao contexto da UCIN. Outra sugestão de projeto para a melhoria contínua da qualidade, passa pela revisão de um caso clínico recente, de particular complexidade, assegurando a consciencialização sobre as práticas e envolvendo os profissionais na procura de soluções adaptadas e partilhadas (Coughlin, 2017).

O envolvimento dos profissionais na construção ou revisão dos documentos orientadores favorece a adesão aos mesmos, através da proximidade com a evidência e facilitação da translação do conhecimento para a prática, clarificando e unificando as informações prestadas às famílias (Coughlin, 2017).

As revisões sucessivas dos conteúdos relativos à prática dos cuidados direcionados às famílias, carece da avaliação dos resultados da sua implementação, da adesão dos profissionais e das melhorias sentidas pelas famílias. A esquematização destas avaliações poderá resultar em publicações que contribuam para a melhoria do exercício profissional (Coughlin, 2017).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados passa, essencialmente, pela formação dos profissionais. Neste âmbito, as diretrizes de Cuidados

Colaborativos à Família, defendem a manutenção de um programa de educação para os profissionais, que sustente a sua prática na promoção do desenvolvimento de competências parentais e para a importância dos cuidados prestados pela família na UCIN (Coughlin, 2017).

Para a exploração deste atributo a autora sugere a formação contínua dos profissionais em temas como os CCF, os Cuidados Colaborativos à Família e nas recomendações definidas nos programas de educação adotados. Dinamizar espaços de discussão sobre estes temas cria oportunidades para a sua melhoria, em termos de conteúdo, forma ou apresentação e incentiva os profissionais a desenvolver novas hipóteses de implementação (Coughlin, 2017).

Definir metas, em percentagem, para o sucesso da formação dos profissionais, auxilia a avaliação das medidas implementadas e transmite com clareza os objetivos a atingir, motivando as equipas (Coughlin, 2017).

Por último, recomenda-se a reflexão sobre os cuidados prestados diretamente à família. Assume-se que os cuidados à família são essenciais para a construção das relações de confiança com os profissionais, para a promoção da vinculação, desenvolvimento de competências e confiança na prestação de cuidados ao RN e, devem ser estruturados numa base de *always events*. Os *always events* são estruturados pelos profissionais, com base no conhecimento da população-alvo e nas necessidades das famílias. Priorizam as informações e intervenções que não podem faltar, independentemente do profissional e da família. Definir os *always events* estrutura os cuidados da equipa na sua globalidade, transmitindo segurança e facilitando a transmissão de informação (Coughlin, 2017).

Em todas as recomendações está presente a necessidade de, regularmente, avaliar, rever e redefinir as estratégias implementadas. Este princípio, de constante revisão e melhoria dos conteúdos disponíveis para suportar a prática de cuidados, sustenta a necessidade de o EE se apresentar como líder no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A fundamentação da importância do desenvolvimento e dinamização de programas de educação por parte do EE, encontra sustentação no Regulamento de Competências Específicas de EEESIP (OE, 2018b), apontando-o, como promotor do melhor ambiente possível para o

desenvolvimento do seu cliente, visando a proteção das funções vitais, bem-estar e segurança deste, numa base de cuidados avançados. No contexto específico da UCIN justifica-se ainda a resposta às competências de implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade, promoção da vinculação, particularmente em RN de risco, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e a prestação de cuidados que promovam a majoração dos ganhos em saúde das crianças e famílias.

4. PERCURSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente percurso formativo e de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista constitui-se como um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional. A experiência adquirida no contexto prático de prestação de cuidados foi a força catalisadora para a busca da realização deste percurso. A necessidade de aprofundar de forma sistemática e reflexiva os processos de cuidados, por forma a consolidar a tomada de decisão clínica, em defesa da qualidade dos cuidados prestados ao cliente e da valorização da profissão, conduziu à vontade de realizar este percurso.

As Unidades Curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização são contributos fulcrais para o culminar do percurso exposto neste relatório, cuja finalidade é refletir a construção de “competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados” (ESEL, 2020, p. 1).

Nos contextos práticos de prestação de cuidados foram mobilizados os contributos de cada unidade curricular lecionada, aprofundando-os e articulando-os com as situações reais do contexto e com a perícia dos enfermeiros orientadores. Para Benner (2001) o desenvolvimento do *saber*¹ em enfermagem ocorre numa lógica de translação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático, o *saber fazer*².

O conhecimento teórico, sustenta a tomada de decisão no contexto real, no entanto, o cuidado de enfermagem estabelece relações interpessoais, que são variáveis e complexas. Em resposta, o conhecimento prático reajusta o *saber* às necessidades individuais de cada situação de cuidados e fornece o conteúdo para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do corpo de conhecimento teórico (Queirós, 2014; Benner, 2001).

Assim, alcançar a perícia numa determinada área de conhecimento em enfermagem é um percurso de aquisição de maturidade profissional e pessoal

¹ Conhecimento teórico, instrumento que permite explicar e prever uma sequência de acontecimentos, identificando as variáveis necessárias para que ocorra uma situação (causa-efeito) (Benner, 2001).

² Conhecimento prático, adquirido através da experiência clínica vivida e do desenvolvimento de habilidades (Benner, 2001).

na abordagem das situações de cuidados, através de uma atitude reflexiva sustentada na evidência disponível e no conhecimento adquirido com a prática (Queirós, 2014; Benner, 2001).

O planeamento dos contextos de estágio foi definido pela coordenação do Curso de Mestrado e, devido ao confinamento imposto pela pandemia da COVID-19, não foi possível a realização das visitas aos campos de estágio anteriormente previstas. Estas visitas pretendiam ser momentos de apresentação do tema do projeto e definição de atividades em conjunto com a equipa de saúde. Assim, no início de cada contexto de estágio foi apresentado o projeto aos enfermeiros orientadores, explicitando a problemática abordada, os objetivos delineados para o desenvolvimento de competências de EE e discutidas as possibilidades de desenvolver atividades no sentido de otimizar o desenvolvimento de competências.

Apesar de os objetivos e atividades apresentados a cada enfermeiro orientador, terem já sido delineadas sob a incerteza da situação pandémica, encarei cada contexto de estágio com um espírito adaptativo e disponível para aproveitar todas as oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

Os objetivos delineados para nortear o percurso de desenvolvimento de competências foram os seguintes:

a) Desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, de elevada complexidade e qualidade à criança, ao jovem e à família nas diferentes etapas do desenvolvimento, em diferentes contextos de saúde e doença.

a.1) Analisar as intervenções do EEESIP na prestação de cuidados de elevada complexidade à criança e ao jovem, em diferentes contextos.

a.2) Colaborar na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família, em diferentes contextos de saúde e doença, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento.

b) Desenvolver processos de cuidados colaborativos promotores da aquisição de competências parentais no cuidado ao recém-nascido, à criança e ao jovem em contexto de saúde e doença e nas diferentes etapas do desenvolvimento.

b.1) Aprofundar conhecimentos sobre a importância de Cuidados Centrados na Família e de Cuidados Colaborativos na aquisição de competências parentais no cuidado ao recém-nascido, à criança e ao jovem, em contextos de saúde e doença.

b.2) Identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento de competências parentais no cuidado ao recém-nascido, à criança e ao jovem, nos contextos de saúde e doença.

Os campos de estágio constituíram o cenário prático para o desenvolvimento de competências. Através de uma ótica de continuidade, pude desenvolver com sentido crítico, uma atitude reflexiva, estruturada e fundamentada sobre as situações de cuidados.

Apresento em seguida os contextos de estágio que constituíram o meu percurso de desenvolvimento de competências, pela ordem em que decorreram.

O Internamento de Pediatria beneficiou o meu desenvolvimento de competências na área da gestão da doença crónica e do circuito pediátrico de cirurgia ambulatória. Os programas de gestão da doença crónica implementados neste contexto capacitam os seus profissionais para o cuidado à criança, jovem e família na adaptação à condição crónica.

O circuito de cirurgia ambulatória pediátrica surgiu como um projeto de enfermagem para melhoria contínua da qualidade. Esta valência do serviço de Pediatria é desenvolvida por enfermeiros especialistas e preconiza o acompanhamento da criança e família desde a preparação operatória até ao seguimento pós-operatório. Para este efeito, foi criando um circuito especificamente dedicado ao cliente pediátrico, favorecendo assim a adequação de todos os cuidados ao estágio de desenvolvimento da criança assistida.

O contexto de Urgência Pediátrica contribuiu para o meu percurso de desenvolvimento de competências ao proporcionar o contacto com a criança, o jovem e a família que recorre aos serviços de saúde em situações de urgência e emergência.

A recorrência ao serviço de urgência é geradora de medo, ansiedade e stress, tanto para a criança como para a família. Ao enfermeiro é exigida a mobilização de conhecimentos e estratégias adequadas, de forma a facilitar a adaptação às situações de doença vividas, da forma mais positiva possível (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

O contexto de Urgência Pediátrica era complementado pela Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP), funcionando como internamento em situações de instabilidade das funções vitais. Uma vez que a minha experiência profissional inclui a valência de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP), a colaboração na prestação de cuidados na UCEP foi facilitadora da reflexão, com o enfermeiro orientador e restante equipa de saúde, dos cuidados de saúde prestados, da abordagem à criança e família neste contexto.

O serviço de Neonatologia, apresentando uma taxa de ocupação de cerca de 80% dedicada a RN PT, teve um papel crucial no desenvolvimento de competências no âmbito do tema desenvolvido.

A possibilidade de contactar com um contexto semelhante àquele em que exerço funções favoreceu a reflexão aprofundada sobre os cuidados prestados a crianças e famílias. As diferenças institucionais possibilitam a reflexão sobre as situações de cuidados por outro prisma, o que me permitiu procurar novas respostas, redefinir estratégias tendo em vista a melhoria dos cuidados que presto.

Ao longo do campo de estágio em Neonatologia pude aprofundar o suporte teórico que sustenta o presente percurso formativo. Explorar a literatura relativa à aquisição e desenvolvimento de competências parentais no cuidado ao RN e à conceção de Cuidados Colaborativos à Família, foi o suporte para a reflexão, em conjunto com a enfermeira perita e a restante equipa de Enfermagem, sobre a avaliação e sustentação da tomada de decisão dos cuidados prestados. A possibilidade de realizar essa reflexão tendo por base o contexto prático, as vivências diárias de cuidados às famílias e as experiências dos diferentes elementos da equipa, fortaleceu as intervenções desenvolvidas com base na evidência disponível.

A realização do estágio neste contexto, que apesar de semelhante, não é aquele em que exerço funções, foi um desafio que me colocou fora da minha

zona de conforto. Este desafio fez-me crescer a nível pessoal e profissional, facilitou uma abordagem mais crítica e fundamentada das situações de cuidados, procurando respostas fundamentadas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao RN PT e sua família.

A Consulta de Desenvolvimento Infantil acompanha crianças e famílias em risco ou com alterações de desenvolvimento. O contacto com a criança prematura, após a alta, foi sensibilizador para a importância dos cuidados prestados na UCIN para o crescimento e desenvolvimento futuros da criança e capacitação da família.

Refletir sobre o impacto da hospitalização na UCIN ao colaborar na consulta de desenvolvimento infantil, foi um alerta para as perturbações do desenvolvimento, tanto na criança como na família, que advêm do nascimento prematuro e de internamentos prolongados. Pude compreender a dinâmica da articulação com os recursos da comunidade e a intervenção coordenada com todos os ambientes onde criança e família se inserem, de modo a potenciar os ganhos em saúde, crescimento e desenvolvimento da criança e adaptação da família. Neste contexto, foi ainda possível familiarizar-me com a utilização dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento preconizados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), acompanhando a consulta de enfermagem e a consulta médica.

O contexto de Cuidados de Saúde Primários decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Tendo em conta o contexto pandémico, a ação da UCC nas valências de saúde infantil e pediátrica encontrava-se condicionada. As ações de saúde escolar não estavam a ser desenvolvidas, e as equipas do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) ou do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) funcionavam apenas em resposta a questões pontuais. Assim, as experiências vividas neste contexto foram direcionadas para a aquisição de competências comuns de EE e partilha de conhecimentos e experiências no âmbito da intervenção comunitária do enfermeiro, transferindo as experiências práticas para a realidade pediátrica, com o suporte da enfermeira orientadora.

O presente percurso de vivência das experiências práticas possibilitadas pelos contextos de estágio, alicerçado por um pensamento crítico e prática reflexiva sob o escopo do corpo de conhecimento de enfermagem e dos quadros de referência no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são o suporte para a construção e o desenvolvimento de competências de EE.

4.1. Percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermagem no âmbito da prestação de cuidados de elevada complexidade e qualidade à criança, ao jovem e à família

Neste subcapítulo são descritas e justificadas as competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

O cuidado de Enfermagem, enquanto cuidado Humano, multifatorial, reconhece a variabilidade das respostas humanas e a diversidade dos ambientes onde se desenrola pelo que defende a importância da translação entre o conhecimento prático e o conhecimento teórico como sustento do conhecimento científico em Enfermagem (Queirós, 2014).

As situações de cuidados vivenciadas, quando alvo de reflexão estruturada, resultam em novas formas de ação e assim, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001; Queirós, 2014). A impossibilidade de prever as respostas Humanas às situações de saúde e doença justificam a complexidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente. Não sendo tangível o conhecimento sobre todas as formas de resposta humana nos relacionamentos interpessoais, cabe ao EE desenvolver um pensamento reflexivo complexo capaz de agregar todas as dimensões do cliente, promovendo o seu bem-estar e potencial de desenvolvimento (Piexak, Backes, Backes, Santos, Gautério & Barlem, 2014; Queirós, 2014).

Ao EE são exigidas competências de educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento e de liderança das equipas de enfermagem onde se insere, fundamentando a sua prática na evidência mais recente, disseminando a mesma e participando nas ações que continuamente melhorem a prática dos cuidados de enfermagem (OE, 2019).

A reflexão sobre as competências comuns de EE é transversal ao percurso formativo em contexto de estágio. Nos quatro domínios que compreendem as competências comuns de EE, devem ser desenvolvidas capacidades de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, suportando-os na formação, investigação e assessoria contínuas, para a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2019).

A possibilidade de, nos diferentes contextos, observar, refletir e analisar a abordagem definida pelas equipas para responder aos diferentes domínios de competência, permitiu a consolidação da minha prática no âmbito da conceção, gestão e supervisão dos cuidados.

A reflexão sobre as **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** (OE, 2019) foi alicerçada na leitura dos documentos reguladores da profissão, nomeadamente o Código Deontológico (Lei nº 156/2015) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (DL nº 104/1998), assim como os regulamentos específicos do exercício profissional especializado.

Rer os documentos reguladores da profissão sob o olhar da experiência adquirida ao longo dos anos de exercício profissional e dos subsídios abordados no curso de Mestrado, foi facilitador da integração dos seus princípios nas reflexões necessárias ao desenvolvimento de competências e elucidativo do papel do EE enquanto profissional diferenciado.

Acompanhar os enfermeiros orientadores na sua prática de cuidados, no seu contexto, analisando as práticas e refletindo uma visão aprofundada sobre os documentos reguladores do exercício, fortalece a importância da prestação de cuidados de enfermagem que defendam o cliente na utilização dos serviços de saúde.

A abordagem reflexiva promove o desenvolvimento de competências de EE, uma vez que suporta a tomada de decisão baseada nos princípios éticos e legais reguladores da profissão, destacando o EE como profissional diferenciado no seio da sua equipa, que sustenta a sua prática nos princípios consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e, mais especificamente, na Convenção sobre os Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada, promovendo o melhor ambiente para o crescimento e desenvolvimento ótimos de crianças, jovens e famílias.

As **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade** (OE, 2019) constituíram um desafio acrescido, uma vez que, devido ao contexto pandémico, muitas das ações desenvolvidas nos contextos se encontravam suspensas. Neste sentido, o desenvolvimento de competências neste domínio, em EC, foi essencialmente através da análise e reflexão dos programas e diretrizes já realizados ou programados.

As principais entidades de saúde assumem a qualidade dos cuidados como um eixo vital do desenvolvimento das instituições e dos seus profissionais. Promover a qualidade dos cuidados prestados por uma instituição é indissociável do compromisso dos seus profissionais para com essa mesma qualidade, face ao exercício profissional, à instituição e à satisfação dos seus clientes (Dias, 2014; Conselho de Enfermagem [CE], 2001).

A qualidade dos cuidados pretende alcançar o bem-estar dos clientes, respondendo às suas necessidades individuais com “eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (Dias, 2014, p. 39).

A cultura institucional é relevante na definição dos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, que refletem a história da instituição e o seu contexto social e económico. Os programas desenvolvidos procuram, de forma sistemática, avaliar e melhorar os circuitos, procedimentos, resultados e serviços prestados (Dias, 2014; CE, 2001).

Para a construção dos seus programas as instituições refletem o referencial para o exercício profissional dos Enfermeiros. Incluir na minha prática e neste percurso o conhecimento sobre a documentação de referência para o exercício da profissão, como os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos* (CE, 2001) e mais especificamente, o *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* (2015) foi facilitador da reflexão sobre o compromisso com a prestação de cuidados de qualidade: “a qualidade exige reflexão sobre a prática” (CE, 2001, p. 7).

Refletindo este enquadramento, tive a possibilidade, em contexto laboral, de realizar a revisão de um procedimento relativo a cuidados *post-mortem* ao recém-nascido. O pedido para a revisão do procedimento surgiu

após uma ocorrência, o que reforça a necessidade da reflexão contínua sobre as práticas e o compromisso para com a profissão da prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, em todas as fases do ciclo de vida. A revisão deste procedimento permitiu-me desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

As **Competências do domínio da gestão dos cuidados** (OE, 2019), estando presentes em todos os contextos, apresentam-se, em cada um deles, de formas muito díspares. A quantidade de enfermeiros por turno, a ocupação do serviço, a necessidade de cuidados exigida por cada criança ou mesmo a organização física do serviço condicionam a tomada de decisão das equipas relativamente à gestão dos cuidados.

Esta experiência, sendo diferente em cada contexto, foi facilitadora da reflexão sobre as necessidades de cuidados exigidas nos diferentes contextos. Sendo a minha experiência profissional desenvolvida em contexto de Cuidados Intensivos, onde o rácio de enfermeiros por turno é bastante superior ao verificado noutros contextos, foi importante vivenciar as diferentes realidades e necessidades de cuidados e discutir com os enfermeiros orientadores a organização adotada em cada situação.

Igualmente, neste âmbito, experienciar diferentes realidades é favorecedor do desenvolvimento de competências, permitindo a adequação dos cuidados às necessidades do cliente e aos recursos disponíveis.

No contexto onde desenvolvo funções, muitas vezes somos confrontados com as comparações feitas pelos utentes relativamente ao atendimento noutro serviço (antes ou após a transferência). Essencialmente os utentes comparam o rácio de enfermeiros e, por inerência, a quantidade (observada pelo cliente) dos cuidados prestados. Esta perceção dos utentes deve-se, a meu ver, com a organização e espaço físico dos serviços. Num serviço de enfermagem em que existem quartos individualizados comparativamente com a presença permanente do enfermeiro numa sala de Cuidados Intensivos, ampla, em que todos partilham o mesmo espaço, altera a perceção dos utentes relativamente aos cuidados prestados.

Experienciar e colaborar nos cuidados desenvolvidos nos diferentes contextos permitiu-me o desenvolvimento de uma comunicação mais clara com os utentes, tendo em conta a necessidade de cuidados atual e a preparação

para a transição de ambiente de cuidados, por forma a promover um ajustamento positivo e adequado.

Trabalhar estes aspetos que facilitam a utilização dos serviços de saúde por parte dos utentes faz parte de uma visão integrada do Sistema de Saúde, de que o EE deve dispor, e que proporcionam uma maior satisfação e segurança dos utentes na utilização dos serviços de saúde.

Na minha prática, não disponho de experiência na gestão de equipas, como chefe de equipa, no entanto, os anos de experiência no mesmo contexto de prestação de cuidados, permitem-me um olhar diferenciado sobre as necessidades de cuidados e o suporte aos pares na tomada de decisão clínica. Em resposta à *Competência C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde*, esta tem sido desenvolvida por mim ao longo dos anos de experiência prática, na vivência das mais variadas situações de cuidados e na relação com os pares, nos seus diferentes estádios de desenvolvimento profissional. A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem fortaleceu a minha capacidade de gerir cuidados e fundamentar a tomada de decisão, com base na evidência e na experiência prática.

As **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (OE, 2019), nomeadamente as referentes à competência *D1 – Desenvolve autoconhecimento e assertividade* beneficiam da experiência profissional já adquirida no seio de uma equipa de saúde vasta e da assídua prestação de cuidados a clientes com as mais variadas necessidades.

As experiências vividas com a frequência do Curso de Mestrado desafiaram a minha “zona de conforto” e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao longo do percurso senti a necessidade constante de me adaptar aos diferentes contextos e equipas de saúde, por forma a extrair o máximo proveito das situações de cuidados e tornar o percurso planeado verdadeiramente promotor do meu desenvolvimento pessoal e profissional. O mesmo se coloca com as vivências partilhadas com os colegas de curso e com os vários professores e peritos que, através das suas experiências, anteriores ou vividas neste percurso, enriqueceram este desafio a que me propus.

Paralelamente, em contexto laboral, foi dinamizado um ciclo de reuniões científicas por um grupo de Enfermeiros, do qual fiz parte enquanto Comissão Organizadora (Anexo 1). O ciclo de reuniões compreendeu quatro reuniões, subordinadas a diferentes temas na área dos cuidados neonatais. Este ciclo de reuniões científicas teve por objetivo a exploração do tema em análise, por peritos na área, e um posterior espaço de debate e reflexão.

A segunda reunião científica, em formato de webinar, explorou o tema “Stress Pós-Traumático: A parentalidade após a Neonatologia”. As peritas convidadas foram Mary Coughlin (RN, MsC) e Joana Baptista (PhD). Esta reunião foi moderada por mim e constituiu um desafio acrescido (Anexo 2). Coordenar a logística para a realização da reunião, explorar o tema para dinamizar o debate e ter o privilégio de participar neste momento de partilha de conhecimento, tanto teórico como prático, foi bastante enriquecedor para o meu percurso formativo e para a prática de cuidados de qualidade e complexidade elevada.

A competência *D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*, constitui um dos pilares do curso de Mestrado, incutindo no candidato ao grau de mestre e título de especialista a importância da prática baseada na evidência científica mais recente, desenvolvendo capacidades para a translação desse conhecimento para a prática, de forma pertinente e adequada aos diferentes contextos.

Neste sentido, foram desenvolvidos, ao longo do percurso formativo em contexto de estágio, documentos de apoio à prática ou documentos reflexivos sobre as práticas que refletem as necessidades de desenvolvimento de competências por mim sentidas, tendo em conta as minhas experiências anteriores e as experiências dos enfermeiros orientadores nos diferentes contextos.

Iniciei o meu percurso formativo com o EC em contexto de Internamento de Pediatria. Ainda com a pandemia de COVID-19 em crescimento, o internamento de Pediatria apresentava uma taxa de ocupação bastante reduzida. Para colmatar as oportunidades reduzidas de reflexão sobre as situações de cuidados, a experiência neste contexto foi direcionada para a abordagem às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Partilhar conhecimentos e experiências sobre as dinâmicas de diferentes serviços favorece a minha consciência sobre as diversas possibilidades de gestão das situações de cuidados complexas, de suporte e orientação na educação de clientes e pares e liderança das equipas onde nos inserimos.

O EC no Internamento de Pediatria possibilitou-me o contacto com um sistema de registo diferente do habitualmente utilizado na minha prática, diferenciador por ter sido desenvolvido com foco na segurança dos cuidados e do utente, reforçando a necessidade de informatizar de forma consciente e eficiente os serviços, facilitando as práticas e garantindo qualidade e segurança.

O Enfermeiro orientador, enquanto chefe de equipa para o turno, refletiu as responsabilidades associadas ao desempenho desta função. Além da organização do serviço, material e consumíveis necessários à prestação de cuidados (característicos da instituição onde realizei este EC), a gestão da equipa face às necessidades de cuidados das famílias, conciliada com a necessidade de desenvolvimento de cada elemento da equipa é uma característica exigida ao EE, que pude refletir neste EC.

Adequar as situações de cuidados aos elementos da equipa, promovendo a sua autonomia e desenvolvimento profissionais, de forma suportada

Não exercendo funções como chefe de equipa, a minha experiência na prestação de cuidados permite-me dispor de competências para gerir a distribuição de famílias por enfermeiro, tendo em conta os cuidados necessários para cada família e o estágio de desenvolvimento do colega ou as suas necessidades de desenvolvimento.

Acompanhar e suportar os pares no seu desenvolvimento pessoal e profissional é uma característica exigida ao EE, a qual pude aprofundar através da reflexão sobre os fatores que influenciam esta tomada de decisão, tais como o rácio de enfermeiros disponível, face à ocupação e necessidade de cuidados das famílias, o estágio de desenvolvimento da equipa e até a estrutura física dos serviços. Assim, acompanhar o Enfermeiro orientador nas tomadas de decisão favoreceu o desenvolvimento das **Competências do domínio da gestão dos cuidados** refletidas nas unidades de competência C1 – *Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde* e C2 – *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às*

situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados referentes ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

O serviço onde exerço funções funciona em *open space*, o que diferencia o acompanhamento e suporte tanto das famílias como dos pares. No Internamento de Pediatria, a existência de quartos individualizados requer a estruturação dos cuidados de forma diferente, pelo que partilhar esta experiência com o Enfermeiro orientador beneficiou o meu crescimento profissional, através da vivência de realidades distintas, com necessidades de cuidados igualmente distintas.

A necessidade de adequar os cuidados prestados às famílias promovendo a sua autonomia e gestão da doença de forma suportada, mas sem a presença constante de um elemento da equipa de saúde e com a presença das barreiras físicas, impostas pela permanência num quarto individual, favorecem a transição para o domicílio. Esta transição, que não está prevista nas Unidades de Cuidados Intensivos (em *open space*, como é a minha experiência), sai reforçada quando a família tem a possibilidade de prestar cuidados de forma mais autónoma, como acontece no Internamento de Pediatria.

A capacidade de adequar os cuidados às necessidades da criança e suportar a família, promovendo a sua autonomia na prestação desses cuidados foi trabalhada neste contexto, permitindo o desenvolvimento da Competência **1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, nomeadamente na unidade de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* referente ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

No Internamento de Pediatria decorre o Hospital de Dia Cirúrgico. A implementação desta valência resultou do projeto de mestrado construído por uma colega no âmbito da sua especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Criado com o objetivo de proporcionar às crianças e jovens um circuito cirúrgico adaptado às suas especificidades e necessidades, o Hospital de Dia Cirúrgico proporciona acompanhamento pré, no dia e após as cirurgias programadas.

As consultas de preparação para a cirurgia, os procedimentos pré-operatórios e pós-operatórios imediatos, assim como o telefonema de revisão, no dia após a cirurgia são exclusivamente realizados por enfermeiros especialistas. Pode colaborar com o Enfermeiro orientador na preparação pré-operatória e na vigilância pós-operatória das crianças submetidas a cirurgia eletiva, em ambulatório, durante o período do EC.

As crianças e famílias são recebidas no serviço e acompanhadas em permanência por um enfermeiro. Uma vez que, devido às restrições impostas pela Pandemia de COVID-19, as consultas pré-operatórias já não se realizavam, as crianças e família assistiam, à chegada, a um vídeo introdutório com a explicação de todos os acontecimentos do dia.

A acompanhar os procedimentos dolorosos foram desenvolvidas histórias, contadas pelos enfermeiros, para além da utilização das medidas farmacológicas de controlo da dor. A presença permanente do acompanhante, a decoração e brinquedos existentes na sala de preparação, a utilização das histórias como método de distração e reforço positivo da participação da criança, replicavam o perfil de competências do EE, no seu papel diferenciador, respondendo às especificidades do cuidado em Pediatria.

Finalmente, o Enfermeiro acompanhava a criança e família até à entrada do bloco operatório, saindo só após a administração da sedação. Após a cirurgia eram contactado o acompanhante da criança, que estaria no recobro, junto da criança, no momento em que esta despertasse. A preparação do circuito de cirurgia pediátrica permite que a criança não se sinta abandonada em nenhuma das etapas do processo, proporcionando a redução dos medos e ansiedade associados à cirurgia e à recorrência aos serviços de saúde, nomeadamente aos procedimentos doloroso e à separação evitando o potencial traumático associado a este evento (OE, 2011).

Ao acompanhar o Enfermeiro orientador pode constatar a operacionalização das diretrizes mais relevantes para os Cuidados de Saúde Pediátricos que fundamentam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, como A Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008), os Guias Orientadores da Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015).

Colaborar nas sessões de Hospital de Dia Cirúrgico foi a experiência mais enriquecedora para a minha prática durante este EC, permitindo o desenvolvimento das Competências **1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e 3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança**, refletidas nas unidades de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, E1.2. *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, E2.2. *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* e E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura* referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

Ainda no Internamento de Pediatria, pude beneficiar da experiência da equipa de enfermagem e do material de apoio já desenvolvido para a gestão da doença crónica em crianças e jovens, nomeadamente a Diabetes Mellitus tipo I.

Para além dos documentos disponíveis no serviço, tive a possibilidade de colaborar com o Enfermeiro orientador na prestação de cuidados a uma jovem, internada no serviço, por descompensação da sua doença. Tive oportunidade de realizar os cálculos para administração de insulina subcutânea em concordância com a ingestão de Hidratos de Carbono, promovendo a autonomia e responsabilização da jovem na gestão da sua doença.

A descompensação da doença surge acompanhada por uma situação social desfavorável, em que a jovem se sentia negligenciada pela sua mãe, conduzindo à falha na toma da terapêutica, ao consumo de substâncias e abandono do lar.

Durante o internamento, foi proposta pela mãe e aceite pela jovem, o internamento numa instituição de acolhimento especializado para jovens. Ao conversar com a jovem pude compreender o seu entendimento sobre a situação, que aceitou o acolhimento, mais uma vez em busca da aceitação materna e que, ao momento estaria triste por se afastar dos amigos e

desiludida por ter percebido que o tempo de permanência seria superior ao que lhe havia sido proposto.

A vivência desta situação de cuidados despertou-me para esta realidade, por um prisma pelo qual nunca tinha olhado. A realização de pesquisa sobre a realidade dos jovens institucionalizados, numa fase crucial de construção da personalidade, focando o impacto da institucionalização nessa construção e no desenvolvimento da autoestima. Pude consultar documentos como o Relatório Casa 2020, emitido pelo Instituto da Segurança Social (ISS), IP, que caracteriza a situação de acolhimento de crianças e jovens.

Neste Relatório constatei que, em 2020, 2.022 crianças iniciaram uma situação de acolhimento, 48% do género feminino e 52% do género masculino, e destas 71% têm 12 ou mais anos (ISS, 2021). Os estudos consultados focam o impacto da institucionalização na construção da personalidade, desenvolvimento cognitivo, autoestima, assertividade e resiliência dos jovens, condicionados pelo sentido de injustiça e desesperança no sistema familiar e comunitário como seus protetores (Sousa, Silva, Ferreira & Ferreira, 2017; Anastácio, 2016).

A reflexão realizada com base nesta situação de cuidados e a possibilidade de acompanhar o Enfermeiro orientador no acompanhamento holístico desta jovem proporcionaram-me o desenvolvimento das Competências **1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e 3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança**, refletidas nas unidades de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, E1.2. *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, E2.5. *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*, E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura* e E3.4. *Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde* referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

No EC em Urgência Pediátrica pude colaborar com a Enfermeira orientadora na prestação de cuidados nas valências de triagem e Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP).

Também condicionada pela crescente preocupação com a pandemia de COVID-19, a afluência ao serviço de urgência na população pediátrica era reduzido, sendo a maioria das admissões devidas a situações de trauma.

Sendo uma valência que tenho particular interesse e gosto em desenvolver o contexto de triagem foi de fácil adaptação e pude realizar a avaliação inicial da criança com o à-vontade que a minha experiência num contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos me proporciona. Já tendo experiência com a Protocolo de Triagem de Manchester, também neste âmbito tive facilidade em adaptar-me e direccionar a minha atenção para a avaliação da criança, das queixas à admissão e do acompanhamento necessário no restante circuito da urgência.

As principais admissões, associadas a situações de trauma, estão habitualmente associadas a dor. Durante o EC surgiram algumas situações de crianças que recorreram ao SUP com queixas associadas a dor, visivelmente queixosas e/ou ansiosas, e não existiu suporte farmacológico ou não-farmacológico direccionado para estas situações. O diagnóstico desta necessidade junto da equipa de saúde surgiu das vivências durante o EC, em comparação com as práticas instituídas no local onde exerço funções.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2019), alerta que a dor é a principal causa de sofrimento da criança quando recorre à urgência. A vivência da dor é condicionada pelo medo e ansiedade, e acentua-se com a recorrência aos serviços de saúde (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A dor, definida como “uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão” (DGS, 2010, p. 4), impõe desafios acrescidos aos enfermeiros em contexto pediátrico. A variedade de expressões que a dor pode assumir na criança e a possibilidade desta não conseguir identificar, localizar e/ou autoavaliar a sua dor requer, por parte do enfermeiro, um olhar sensível e atento (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; DGS, 2010)

Ao abordar este tema com a enfermeira orientadora percebemos algumas situações que estariam a dificultar o desempenho da equipa neste

âmbito. Por terem sido tão incômodas e tão díspares da minha prática diária, propus-me a disponibilizar à equipa de saúde um conjunto de documentos facilitadores da introdução de mudanças nas práticas de cuidados relativamente ao controlo da dor no serviço de urgência, em formato de dossier temático (Apêndice 1).

Os estudos partilhados, como o de Guiner, Street, Oke, Young e Hennes (2020), indicam que o controlo da dor nos serviços de Urgência Pediátrica necessita de otimização, uma vez que apenas 60% das admissões recebem analgesia adequada e que, em média, esta só é administrada cerca de 90 minutos após a admissão.

O dossier construído pretende fundamentar as diversas possibilidades de abordagem à dor na criança e alertar a equipa de enfermagem para a importância da sua intervenção no controlo da dor da criança. Ao apresentar a evidência disponível e partilhar a experiência da minha prática, foi minha intenção incentivar a criação de protocolos que permitam a intervenção adequada e atempada em contexto de urgência e assim, colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O debate junto da equipa de saúde, assente na reflexão e partilha de experiências, procurando a melhoria dos cuidados prestados, culminou na construção do referido dossier temático. Esta atividade reflete o desenvolvimento da unidade de competência E.2.2. *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* referente ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018) e das **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** referente ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019)

O dossier construído foi recebido com entusiasmo pela equipa de enfermagem e, recorrendo ao contributo de estudantes de mestrado que desenvolveram o seu contexto de estágio no período posterior, foram desenvolvidas outras atividades de forma a melhorar a qualidade dos cuidados no controlo da dor e introduzidas novas estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de alívio da dor.

A prestação de cuidados na UCEP foi baseada na partilha de conhecimentos e experiências com a Enfermeira orientadora. A experiência

que disponho na prestação de cuidados à criança com doença grave e necessidade de internamento em UCIEP permitiu-me acompanhar a Enfermeira orientadora na prestação de cuidados, partilhando as tomadas de decisão.

A partilha e colaboração com a Enfermeira orientadora neste EC possibilitou o reforço das competências **1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e 3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança**, refletidas nas unidades de competência E1.2. *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, E2.1. *Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados*, E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura* referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

No serviço de Neonatologia pude beneficiar da experiência e empenho da enfermeira orientadora na gestão do grupo de formação em serviço. Colaborar com a enfermeira orientadora enquanto formadora em contexto de serviço, no diagnóstico, gestão e supervisão das formações a dinamizar, contribuiu para o desenvolvimento das competências **D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** referentes ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

O grupo de formação em serviço deste contexto conseguiu, ao contrário da generalidade dos outros contextos por onde passei e do meu próprio contexto, ultrapassar as contingências impostas pela pandemia de COVID-19, transferindo as suas formações para o formato online de forma mais célere, demonstrando uma atitude proativa, que se traduz num grupo dinâmico, mantendo a equipa de enfermagem motivada e atualizada através da divulgação de evidência científica de forma regular.

Esta experiência reforçou, na minha prática, uma visão mais alargada sobre as possibilidades da formação em serviço. A existência de um

elemento dinamizador influente e agregador das necessidades, interesses e disponibilidades da equipa, para além de dispor de capacidade de gestão e conhecimento científico constantemente atualizado são competências reconhecidas ao EE, que pude observar neste contexto e que, sem dúvida, beneficiam a minha prática e permitiram o desenvolvimento das unidades de competência D2.1 – *Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho*, D2.2 – *Suporta a prática clínica em evidência científica* e D2.3 – *Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho* referentes ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Para além das competências relacionadas com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a experiência neste contexto relaciona-se com o desenvolvimento de competências **B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, nomeadamente B2 – *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua* e B3 – *Garante um ambiente terapêutico e seguro* referente ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). A dinamização do grupo de formação em serviço conduz à discussão, avaliação e revisão dos processos e das práticas, com vista à atualização e melhoria, baseadas na evidência científica mais atual. Concomitantemente, são revistas normas e procedimentos periodicamente, com base na atualização dos conhecimentos, o que contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O EC em Consulta de Desenvolvimento Infantil tomou especial relevância pela proximidade com a realidade da criança prematura e da sua família após o internamento. A enfermeira orientadora, para além da sua perícia na condução da Consulta, tem também a experiência da prestação de cuidados na UCIN, permitindo uma visão global sobre as necessidades de cuidados das crianças e famílias no âmbito do desenvolvimento do tema do meu relatório.

Neste contexto, de consulta em ambiente hospitalar, pude colaborar com a equipa de saúde nas diferentes valências da consulta. São desenvolvidas as consultas de Pediatria Geral, Consulta de Desenvolvimento Infantil, Diabetes e Obesidade, com o contributo de diversos profissionais.

Sendo este o único contexto onde poderia interagir com a criança e família fora do ambiente de internamento, propus-me a participar no maior número possível de consultas, das mais variadas valências, de modo a abranger o maior número possível de crianças, nos seus diferentes estádios de desenvolvimento. Neste EC dispunha do menor tempo de horas de contacto, apenas 2 semanas, pelo que procurei familiarizar-me com os instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento e trabalhar as competências que me permitiriam responder aos objetivos dos exames de saúde explanados no PNSIJ (DGS, 2013).

No âmbito da consulta de desenvolvimento infantil, em ambiente hospitalar, são avaliadas crianças com alterações sinalizadas do crescimento e/ou desenvolvimento ou em risco de desenvolver alterações do crescimento e/ou desenvolvimento. Estas crianças merecem especial atenção dos serviços de saúde e uma coordenação estreita entre as diferentes instituições e profissionais de saúde (DGS, 2013).

As perturbações do desenvolvimento têm um impacto significativo na “qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social” (DGS, 2013, p. 57) da criança, sendo o seu diagnóstico atempado um dos objetivos dos profissionais de saúde.

A utilização dos instrumentos de avaliação preconizados permite a observação da criança de forma sistematizada, apresentando uma “sensibilidade e especificidade entre os 70 e os 90%” (DGS, 2013, p. 57), na deteção de alterações do desenvolvimento.

No âmbito da Consulta de Desenvolvimento em ambiente hospitalar, pude colaborar na aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan*, disponível no sistema informático, e observar a aplicação da escala *Growing Skills*, por parte da equipa médica.

Embora a grande maioria das crianças observadas já apresentasse um diagnóstico definido, a aplicação das escalas fornece ao profissional os dados necessários à manutenção/ajuste do acompanhamento a cada criança. No caso específico das consultas assistidas, a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan*, promovia a interação entre a enfermeira e a criança e a mãe ou pai (devido às restrições da pandemia de COVID-19, só era possível a presença de um acompanhante), possibilitando a introdução de

novas estratégias de promoção do desenvolvimento por parte da família ou reforçando as já existentes.

As consultas faziam ainda a ponte entre as várias especialidades envolvidas na intervenção junto da criança e família, procurando estabelecer um acompanhamento adequado às necessidades e disponibilidade da criança e família. A articulação entre a consulta hospitalar e os recursos da comunidade era também realizada pela equipa de enfermagem, através do contacto com a escola, as Unidades de Cuidados de Saúde Primários e outros serviços ou associações comunitárias envolvidas.

A condução da Consulta de Desenvolvimento Infantil pela enfermeira orientadora, apesar de se realizar em ambiente hospitalar, observando crianças já com diagnóstico prévio, permitiu-me a construção de algumas pontes com as competências do EE no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Em resposta aos objetivos dos exames de saúde previstos no PNSIJ (DGS, 2013), a possibilidade de realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, através da colaboração e observação da aplicação das escalas preconizadas para o efeito, favoreceu o meu desenvolvimento de competências ao longo deste percurso.

Durante a duração deste EC apenas tive a possibilidade de colaborar em apenas uma consulta com crianças nascidas prematuras, gémeos, em seguimento pela sua prematuridade, como fator de risco para alterações do crescimento e desenvolvimento, e por alterações do desenvolvimento motor de um dos gémeos.

Esta consulta foi realizada em conjunto pela enfermeira orientadora e pela médica, pois, as crianças encontravam-se agitadas, chorosas e com sinais de sono, devido à hora. Assim, não estando reunidas as condições ideais para a observação das crianças, não foram aplicadas as escalas de avaliação do desenvolvimento e a consulta consistiu no esclarecimento das dúvidas e angústias dos pais. A equipa de saúde através de reforço positivo, lembrou estratégias e atividades promotoras do desenvolvimento, reforçou a importância da manutenção das terapias já implementadas e prestou informações antecipatórias.

No seguimento desta consulta pude debater com a enfermeira orientadora as principais dificuldades vivenciadas e relatadas pelos pais de

crianças prematuras após a alta hospitalar. Não tendo sido possível colaborar em mais nenhuma consulta envolvendo crianças nascidas prematuras, os benefícios para a minha prática, no contexto do desenvolvimento do tema do presente relatório, foram adquiridos pelos relatos da enfermeira orientadora.

Contactar com crianças e famílias fora do ambiente de internamento/urgência, proporcionou uma visão diferenciada sobre a construção de uma relação colaborativa e de confiança, através da promoção da saúde, crescimento, desenvolvimento e bem-estar das crianças e suas famílias. Neste sentido, transpondo a experiência para o ambiente de Cuidados de Saúde Primários, reforço a competência **I – Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde** referente ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

Foi também possível colaborar com a equipa de enfermagem nas consultas de Diabetes e Obesidade. Neste contexto pude observar e colaborar com a enfermeira orientadora no apoio continuado a crianças com doença crónica, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis e responsabilizando as crianças, jovens e famílias pelas escolhas de saúde mais adequadas às suas necessidades. Ao EE é exigida a capacidade de disponibilizar informação adequada e atualizada às famílias, que seja facilitadora da tomada de decisão e orientações antecipatórias que facilitem a adaptação da criança, jovem e família a eventos previsíveis, capacitando as famílias para atuar adequadamente, evitando ansiedade e recorrência aos serviços de saúde desnecessárias.

No âmbito das consultas de Diabetes e Obesidade, sendo o público-alvo maioritariamente adolescente, o EE tem em especial atenção o bem-estar do jovem, procurando sinais de diminuição da autoestima, como alterações da imagem, da vivência escolar, social e familiar. Adequar a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, auscultar família e instituições frequentadas pela criança favorece um seguimento adequado da criança com doença crónica, possibilitando orientação adequada às necessidades e informação sobre as respostas disponibilizadas pela comunidade.

Colaborar com a equipa de saúde nas consultas de Desenvolvimento Infantil, Diabetes e Obesidade favoreceu o desenvolvimento da competência **1**

– **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde** através da unidade de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*; da competência **2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, pelas unidades de competência E2.4. *Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência* e E2.5. *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade* e da competência **3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem**, nomeadamente as unidades de competência E3.1. *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*, E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura* e E3.4. *Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde* referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

Para o EC na Consulta de Desenvolvimento Infantil realizei, a pedido da Enfermeira orientadora, um documento informativo para famílias sobre estratégias para estimulação do tempo de atenção conjunta em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) (Apêndice 2). Não existindo uma consulta específica para crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, a enfermeira orientadora justifica a pertinência de desenvolver este documento com a necessidade do serviço e a possibilidade de adaptar o mesmo a crianças com outro tipo de alterações do desenvolvimento.

A atenção conjunta refere-se à capacidade da criança partilhar o foco de um objeto, atividade ou evento com o seu interlocutor. Requer a capacidade da criança iniciar, manter e alternar o foco de atenção (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

O documento construído sistematiza as atividades necessárias para promover e desenvolver com a criança o tempo de atenção conjunta, essencial para a apreensão dos comportamentos sociais, aquisição da linguagem e

desenvolvimento cognitivo. Trabalhar o tempo de atenção conjunta com a criança com PEA, deve priorizar as atividades que contribuem para a autonomia nas tarefas diárias (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

A construção deste documento despertou-me para uma realidade com a qual não tinha tido qualquer contacto no desempenho das minhas funções, a das crianças com PEA. Apesar de não ter contacto frequente com crianças com PEA, vejo a construção deste documento como uma ferramenta útil para a observação/avaliação de qualquer criança no âmbito do internamento. A atenção conjunta ao contribuir para a apreensão dos comportamentos sociais, aquisição da linguagem e desenvolvimento cognitivo, importa desenvolver em todas as crianças, como promotora do desenvolvimento global.

A reflexão sobre este tema, permitiu-me a transposição destes princípios para outras crianças e para a minha prática, ressalvo ter tomado conhecimento da existência da *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) de Robins, Fein e Barton (1999) presente em anexo no PNSIJ (2013), como instrumento para rastreio de PEA em crianças entre os 16 e os 30 meses. Este questionário de resposta rápida permite ao profissional avaliar a existência de alterações do desenvolvimento e desencadear o encaminhamento adequado.

Ainda relativamente ao tempo de atenção conjunta, realço a importância deste documento como resposta, baseada na evidência, para uma preocupação crescente, como profissional e como mãe, relativa à predominância da utilização dos ecrãs na primeira infância. Em contexto laboral, a utilização da tecnologia é uma aliada, mas a utilização excessiva e sem regras é, atualmente, um desafio acrescido para os enfermeiros, nos mais variados contextos. Nos primeiros anos de vida, coincidentes com um período de desenvolvimento e aquisição de competências acelerado, a utilização de ecrãs conduz à redução do tempo de atenção conjunta entre cuidadores e crianças, diminuindo a interação física e verbal, com implicações para o desenvolvimento da relação familiar, da linguagem, do comportamento social e do crescimento saudável da criança (American College of Pediatricians, 2016).

Desenvolver o documento de apoio em Apêndice (Apêndice 2), favoreceu o desenvolvimento da competência **2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, em especial as unidades de competência E2.4. *Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de*

enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência e E2.5. *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade* e da competência **3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem** possibilitando intervenções adequadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (unidade de competência E3.1.) referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

Por fim, o EC na UCC ocorreu num período em que as atividades desenvolvidas ainda estavam muito direcionadas para o combate à pandemia de COVID-19, mas novamente procurei encarar todas as oportunidades com espírito de iniciativa e retirar de cada situação aprendizagens para a minha prática.

Procurei inteirar-me da dinâmica de funcionamento da UCC e das valências ali trabalhadas. Inicialmente através da leitura das normas de procedimento existentes e dos materiais de apoio desenvolvidos. Beneficiei do acompanhamento da enfermeira orientadora na leitura dos documentos organizacionais que explicitam a organização funcional das Unidades, a área de abrangência da UCC e como são definidos e contratualizados os objetivos e se procede à avaliação do desempenho das equipas em UCC. Sendo uma realidade com a qual não tenho habitualmente contacto, este EC foi desafiante e ao mesmo tempo muito gratificante no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

As atividades diretamente relacionadas com a Saúde Infantil estavam suspensas, funcionando apenas em resposta a necessidades emergentes. As atividades desenvolvidas no âmbito da Saúde Escolar não se realizavam desde 2020 e as atividades relacionadas com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) apenas respondia a situações emergentes ou de resposta rápida.

O NACJR é constituído por profissionais de diferentes áreas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, de todo o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), sendo a enfermeira orientadora um dos membros

deste núcleo, como EE e profissional diferenciada na abordagem à criança e jovem em risco.

No âmbito do NACJR pude acompanhar a enfermeira orientadora na resposta a pequenas questões em articulação com as escolas (professores ou assistente social), nomeadamente a pesquisa de contactos de responsáveis de crianças com períodos de ausência escolar prolongados ou a verificação do cumprimento da vigilância de saúde. Estas informações eram pesquisadas na Plataforma de Dados de Saúde e na plataforma específica, criada pelo NACJR para resposta aos casos referenciados. Noutro contexto a intervenção do NACJR compreendia a realização de mais atividades que, devido à pandemia, estavam suspensas. No entanto, tive a possibilidade de acompanhar a realização de uma das reuniões mensais, não presenciais, realizada com a equipa que constitui o NACJR. Nesta reunião foi-me explicitada a constituição do grupo, as atividades desenvolvidas e a rede de referência de crianças e jovens.

Na instituição onde desempenho funções dispomos de um Núcleo Hospitalar que estabelece uma estreita relação entre os profissionais na gestão dos casos identificados ou previamente referenciados, pelo que já dispunha de experiência anterior no contacto com o funcionamento do NACJR. A experiência e conhecimento que dispunha saem reforçados pelo contacto com a visão especializada e diferenciada dos profissionais que acompanham estas crianças na comunidade. Recordo ainda a situação de cuidados anteriormente vivida, do EC no Internamento de Pediatria.

Em contexto de UCC foi-me possibilitado o acompanhamento da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Direccionada para o apoio multidisciplinar em situação de dependência funcional, doença terminal ou convalescença, a ECCI presta cuidados promotores ou recuperadores da saúde e autonomia de utentes que, necessitando de cuidados não necessitam de internamento hospitalar (DL nº 101, 2006). No dia em que acompanhei a atividade da ECCI, as visitas realizadas foram a adultos, no entanto, a reflexão sobre este acompanhamento com a enfermeira orientadora, foi direccionada para a minha experiência na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) disponível no serviço onde desempenho funções. A UMAD acompanha crianças nascidas prematuras, após o internamento, tal como crianças e jovens, com necessidades especiais ou doença crónica.

A intervenção do EE através dos cuidados prestados na comunidade reforça a importância da qualificação e especialização dos profissionais para a prestação de cuidados diferenciados, que acompanhem os utentes ao longo do seu ciclo de vida, respondendo às suas necessidades e adequando as respostas às possibilidades do ambiente onde se insere. Estas características são exigidas ao EE, as quais pude reforçar no decorrer deste EC.

As experiências agora relatadas beneficiaram o desenvolvimento da competência **1- Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde** prevista nas unidades de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* e E1.2. *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem* referentes ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

Depois da leitura dos documentos reguladores da atividade na UCC, foi sugerido pela enfermeira orientadora a realização de uma norma de procedimento relativa às atividades na Saúde Escolar. As atividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar estavam documentadas e já existiam os documentos de apoio à prática, mas ainda não existia um documento estruturado que permitisse à equipa disponibilizar informação orientadora a novos elementos e definir indicadores de avaliação das atividades desenvolvidas, orientando os profissionais para os objetivos a alcançar.

Assim, a construção da norma de procedimento (Apêndice 3), tem como objetivo contextualizar a atuação da equipa de enfermagem no âmbito da saúde escolar na UCC e definir os indicadores de avaliação dos cuidados prestados à comunidade escolar. A construção da norma de procedimento, disponibilizada em apêndice, promoveu o desenvolvimento das **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade** e das **Competências do domínio da gestão dos cuidados** referentes ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). A definição dos objetivos a alcançar com cada atividade desenvolvida, a explicitação das atividades, a explicitação de cadeias de referenciação para casos específicos e a avaliação das atividades e posterior revisão dos conteúdos facilitam a

apresentação dos resultados de cada atividade e assim responder às contratualizações definidas para a UCC.

Durante a construção da presente norma de procedimento surgiu a reflexão sobre a importância da precisão dos registos de enfermagem. No caso específico da atividade desenvolvida pela UCC, os registos surgem como meio de avaliação dos objetivos contratualizados, pelo que a sua clareza e adequação aos objetivos definidos é essencial para garantir a qualidade e consecução dos mesmos.

A equipa de Enfermagem da UCC, sendo uma Unidade recente, tem procurado apoio em outras unidades (nomeadamente da Administração Regional de Saúde do Norte), no sentido de beneficiarem da sua experiência e conhecimento, com vista à melhoria dos padrões de qualidade e da comunicação dos resultados obtidos nas atividades contratualizadas.

Este processo reflexivo favorece uma abordagem mais cuidada sobre os protocolos e normas, assim como sobre as práticas no meu próprio contexto. O contacto com as informações recolhidas, necessárias à construção da norma de procedimento, reforçam a importância do EE questionar continuamente as práticas, procurando a melhor e mais recente evidência e manter uma atitude proativa, envolvendo a equipa de enfermagem, procurando as diversas possibilidades de melhoria, quer dos circuitos, das normas e de metodologias que auxiliam o profissional na sua atividade.

Ressalvo a cooperação procurada, por parte da UCC, entre instituições, reforçando a valia da troca de experiências para o crescimento profissional e institucional. Procurei igualmente, ao longo do meu percurso de desenvolvimento de competências, a troca de experiências entre diferentes instituições. A escolha do meu percurso foi pautada pela procura da diversidade institucional, com o intuito de dispor de experiências de cuidados diversas e desenvolver uma visão mais alargada sobre o Sistema de Saúde.

4.2. Percurso de desenvolvimento de processos de Cuidados Colaborativos promotores da aquisição de competências parentais no cuidado ao recém-nascido, à criança e ao jovem

O presente capítulo descreve as atividades realizadas no sentido de desenvolver competências assentes na prestação de cuidados colaborativos que promovem a aquisição de competências parentais no cuidado a recém-nascidos, crianças e jovens.

Inicialmente programado para o contexto de estágio em Neonatologia, o objetivo de desenvolver processos de Cuidados Colaborativos (Coughlin, 2017), estando intimamente relacionado com os pressupostos de CCF, foi facilmente transportado para os restantes contextos onde existe interação de crianças e famílias com os serviços de saúde.

A promoção de aquisição de competências parentais no cuidado a recém-nascidos, crianças e jovens é transversal ao ciclo vital das famílias, sendo um processo dinâmico, em constante desenvolvimento (Coughlin, 2017; OE, 2015).

No contexto de estágio em Neonatologia tinha como objetivo refletir a translação para a prática das teorias de Enfermagem que sustentam os cuidados neonatais. Smith (2018) alerta que, apesar de as teorias definidoras dos cuidados pediátricos serem amplamente divulgadas ao longo dos últimos anos, ainda existem lacunas na sua implementação. Assim, acompanhando a Enfermeira orientadora, aprofundamos a necessidade de criar espaços de reflexão, no seio das equipas, sobre as questões teóricas definidoras dos cuidados neonatais. O conhecimento aprofundado das teorias e análise dos conceitos e diretrizes favorece as condições para a sua aplicação no contexto prático e a melhoria dos cuidados prestados aos clientes (Smith, 2018).

Como resposta a esta reflexão, tive a possibilidade de construir uma sessão de debate (Apêndice 4) assente nas diretrizes dos Cuidados Colaborativos à Família (Coughlin, 2017), onde, apresentando as linhas orientadoras, foi aberto espaço à reflexão e debate sobre sugestões de implementação e aplicação das diretrizes à realidade dos serviços de Neonatologia que nos são familiares.

Em complementaridade, construí um cartaz, de consulta rápida, com esclarecimentos para os pais (Apêndice 5). Este documento pretende informar e empoderar os pais relativamente aos cuidados prestados na Neonatologia, baseado nas diretrizes dos Cuidados Colaborativos à Família apresentados por Mary Coughlin (2017).

A apresentação dos documentos acima mencionados teria beneficiado de ser apresentada no início do EC. Por indisponibilidade do serviço, devida às várias condicionantes impostas pelo contexto pandémico, só foi possível promover este espaço de partilha no final do período destinado a este EC. A apresentação durante o período de ensino clínico seria benéfica, uma vez que, possibilitaria a reflexão e discussão guiadas pelas situações do contexto prático.

Devido à apresentação tardia destes documentos, não foi possível refletir de forma mais ampla esta temática e avaliar o impacto da formação no desenvolvimento da prática de cuidados.

Sendo a minha experiência profissional mais significativa em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais, num serviço de Neonatologia diferenciado como o serviço onde decorreu o EC, não tinha como objetivo acompanhar a Enfermeira orientadora na prestação de cuidados, mas sim a reflexão sobre as práticas, assente na evidência científica disponível e na partilha de experiências significativas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Estando já desenvolvidas as competências **1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e 3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança**, refletidas nas unidades de competência E1.1. *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, E2.1. *Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados*, E3.1. *Promove o crescimento e desenvolvimento infantil*, E3.2. *Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente e com necessidades especiais* e E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura* referentes ao Regulamento de

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b).

O EC no serviço de Neonatologia, em resposta ao objetivo estabelecido, suportou a pertinência das orientações disponibilizadas pela evidência científica como promotoras da adoção de práticas seguras e de qualidade para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das famílias. A formação contínua das equipas, proporcionando a revisão periódica das teorias e diretrizes, facilita a estruturação dos cuidados prestados, uniformização das informações veiculadas às famílias com respeito pelos seus direitos e individualidade, ao mesmo tempo que sustenta espaços para a discussão das práticas com vista à melhoria contínua.

A reflexão sobre a importância da sustentação das práticas na evidência e a sua valia na prestação de cuidados especializados, seguros, de elevada qualidade e complexidade foi reforçada com a realização dos documentos anteriormente referidos (Apêndices 4 e 5) e permitiu o desenvolvimento das Competências do **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, do **Domínio da melhoria contínua da qualidade** e do **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** referentes ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

A realização deste percurso, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, e o contributo dos profissionais com que me cruzei, incentivou-me a procurar sustentar a pertinência da tradução dos pressupostos dos programas de educação, existentes internacionalmente, à realidade dos serviços de Neonatologia, como proposta de melhoria da assistência às crianças e famílias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso aqui descrito, embora culmine neste relatório, foi uma construção iniciada antes da inscrição neste curso e que se manterá para lá deste marco. Realizar este percurso foi uma necessidade criada com o crescimento profissional e pessoal adquirido ao longo dos anos de experiência da prática de cuidados a crianças, jovens e famílias. Os benefícios alcançados na realização deste percurso reforçaram o meu pensamento crítico, tomada de decisão e a minha prática clínica, enraizando a necessidade permanente da fundamentação baseada na evidência procurando de forma coerente as melhores respostas para as necessidades dos nossos clientes.

Apesar das contingências que dificultaram este caminho, a reflexão sobre as vivências proporcionadas pelos EC's e a colaboração na prestação de cuidados ao longo do percurso formativo, foi pautada pela prestação de *“cuidados de nível avançado com segurança e competência, à criança e ao jovem, saudável ou doente”* (OE, 2015, p. 16661), através da educação, da mobilização dos recursos adequados e da parceria com a criança, o jovem e a família.

A prestação de cuidados de enfermagem de nível avançado valoriza a profissão, não só pela qualificação do profissional e dos contextos mas, essencialmente, pelo contribuindo fulcral para a sociedade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, de bem-estar e de adaptação positiva às mudanças no estado de saúde. Devemos afirmar-nos pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, pela promoção de autonomia e do melhor estado de saúde possível, apostando na educação e na literacia dos nossos clientes (OE, 2018a).

A prática reflexiva, essencial à realização deste percurso, cria um ciclo de desenvolvimento de competências nutrido pela teoria e pela prática. A prática em EC propicia o desenvolvimento da capacidade do futuro EEESIP em realizar esta translação entre o conhecimento teórico e os subsídios que a prática acrescenta. O EE e EEESIP destaca-se pela capacidade superior de refletir sobre as situações de cuidados, conduzir a pesquisa adequada para fundamentar as práticas e integrar as conclusões, sendo uma referência para a mudança das práticas, com vista à melhoria contínua dos cuidados (OE, 2018b; OE, 2019; Benner, 2001).

A temática que guiou a realização deste percurso e deste relatório, surgiu da minha experiência prática e da necessidade de fundamentar os cuidados ao recém-nascido de risco e à sua família, na evidência disponível mais adequada ao contexto e às necessidades das famílias na UCIN. Com uma vasta experiência nos cuidados neonatais, Mary Coughlin (2017) apresenta as diretrizes para a prestação de *Cuidados Colaborativos à Família*.

As diretrizes apresentadas, apesar de projetadas para as especificidades dos cuidados neonatais, orientaram o meu processo reflexivo ao longo do EC. Prestar cuidados estruturados, capazes de responder as necessidades dos clientes de forma segura, com qualidade e eficiência é um atributo do EE e EEESIP e que é reforçado pelo conhecimento teórico aprofundado relativo aos modelos conceptuais dos cuidados pediátricos.

No caso concreto do internamento na UCIN, marcado pela instabilidade do sistema familiar, é claro o benefício da prestação de cuidados estruturados que disponibilizem à família o ambiente seguro para gerir a adaptação à nova realidade, e promovam o desenvolvimento de competências parentais no cuidado ao recém-nascido (Coughlin, 2017).

Estender este pressuposto para os restantes contextos de cuidados com crianças, jovens e famílias, em articulação com a análise e transposição dos enunciados reguladores do exercício especializado, resultou em cuidados de complexidade e qualidade elevada e cumpriu os objetivos de assistir a criança, jovem e família na maximização da sua saúde, cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

Face ao exposto, os objetivos a que me propus neste percurso foram largamente atingidos e, em alguns casos superados, pelas experiências que o EC me proporcionou. Congratulo-me com a possibilidade de explorar contextos variados, de diferentes níveis de diferenciação, em diferentes instituições com culturas diversas. Esta possibilidade, que era um dos objetivos deste percurso, foi cumprida e possibilitou-me uma visão mais abrangente do sistema de saúde. Retiro ainda, desta variedade de contextos, a possibilidade de contactar com processos reflexivos variados, o que foi, sem dúvida, enriquecedor!

Como complemento a este percurso, a oportunidade, em contexto laboral, de explorar esta temática diretamente com a sua mentora, Mary

Coughlin. O seu contributo para promover a melhoria da qualidade dos cuidados, através da divulgação dos resultados dos seus vastos estudos na área neonatal, brindou o meu percurso de uma forma que não planeei e pelo qual estou profundamente agradecida.

De futuro, pretendo manter este percurso de divulgação da evidência científica mais pertinente para o contexto onde desempenho funções e ser um elemento de referência da tomada de decisão e prestação de cuidados baseados em evidência válida e atual. Manter uma atitude proativa e educativa na revisão e estruturação dos cuidados prestados, incentivando a equipa de saúde a prestar cuidados de elevado nível através da promoção de espaços de reflexão sobre as práticas e exploração da evidência científica e modelos conceptuais mais atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3)
- Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Amaral-Bastos, M. & Sousa, C. (2014). Valorizar a dor na criança: Uma reflexão voltada para a práxis. *Revista Nascer e Crescer*, 23, 190-194.
- American College of Pediatricians (2016). *The impact of media use and screen time on children, adolescents and families* (Position Statement). Estados Unidos da América: American College of Pediatricians.
- Anastácio, Z. (2016). Self-esteem, assertiveness and resilience in adolescents institutionalized. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - Revista INFAD de Psicologia*, 1(1), 315-322. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.231>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (commemorative edition)*. Londres: Pearson Education.
- Bennet, L., Walker, D. W. & Horne, R. S. C. (2018). Waking up too early – the consequences of preterm birth on sleep development. *Journal of Physiology*, 596(23), 5687–5708. DOI: <https://doi.org/10.1113/JP274950>
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 11–20.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coyne, I., Holmstrom, I. & Soderback, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, p. 45-56. DOI: [10.1016/j.pedn.2018.07.001](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001).
- D'Agata, A., Coughlin, M. & Sanders, M. (2018). Clinician perceptions of the NICU infant experience: Is the NICU hospitalization traumatic?. *American Journal of Perinatology*. Nova Iorque: Thieme Medical.
- Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A (nº 60 de 24/03/2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I-A (nº 109 de 06/06/2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(1), p. 39-40.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar em Enfermagem*, 20(2), 26-47.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- DGS (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Estevão, A., Teodoro, F., Pinto, M., Freire, M. & Mazza, V. (2016). A família no cuidado de enfermagem à criança: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), p. 1-9.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2020). *Documento orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*: 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Ano letivo 2020/2021. Lisboa: ESEL.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. M. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf
- Griffin, T. & Celenza, J. (2014). *Family-Centered Care for the newborn - The delivery room and beyond*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Guiner, A., Street, M., Oke, M., Young, V. & Hennes, H. (2021). Pain reduction emergency protocol: A prospective study evaluating impact of a nurse-initiated protocol on pain management and parental satisfaction. *Pediatric Emergency Care*. 38(1), e157-e164.
- Henriques, C., Santos, P. & Frade, J. (2021). Enfermagem avançada: Conceptualização através de grupos focais. *Investigação qualitativa em saúde: Avanços e desafios*. 8, 138-144. DOI: <https://doi.org/10.36367/Intqr.8.2021.138-144>
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2018). *WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (10th ed.). São Paulo: Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª Ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). *Relatório CASA 2020: Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento das crianças e jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - (Re)pensar o cuidado em enfermagem* (1ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Kenner, C., Altimier, L. & Boykova, M. (2020). *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6ª Ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Lowry, L. W. & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's Systems Model. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4a ed., pp. 165–184). Filadélfia: F.A. Davis Company.
- McDowell, B. (2011). Using the Neuman Systems Model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5a ed., pp. 223–236). Pearson Education.
- McGrath, J., Samra, H. & Kenner, C. (2011). Family-Centered developmental care practices and research: What will the next century bring?. *The Journal of Perinatal & Neonatal nursing*. 25(2), p. 165-170. DOI:10.1097/JPN.0b013e31821a6706
- Monteiro (2015). Preâmbulo. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (pp. 11-12). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (5a ed., pp. 3–33). Pearson Education.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth.

- OMS (2017). Progress in partnership: 2017 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescent's health. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2018). Preterm birth - Fact sheet. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- OMS (2019). *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. Genebra: Organização Mundial da Saúde
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Nº 3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 119, 22 junho 2015), 16660-16665.
- OE (2018a). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades de cuidados de saúde*. Porto: INESCTEC
- OE (2018b). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26, 6 fevereiro 2019), 19192-19194.
- OE (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133, 12 julho 2018), 4744-4750.
- Piexak, D., Backes, D., Backes, M., Santos, S., Gautério, D. & Barlem, J. (2014). Perceção de docentes de enfermagem acerca do ambiente no cuidado ao ser humano. *Revista de Enfermagem UERJ*. 22(4). 489-493. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289960358_Nursing_faculty_perceptions_of_the_environment_of_human_care.
- Queirós, P. J. P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3), 776-781. Florianópolis
- Roué, JM., Kuhn, P., Maestro, M.L., Maastrup, R. A., Mitanchez, D., Westrup, B. & Sizun, J. (2017). Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Archives of disease in childhood, fetal and neonatal edition*. F1 – F5. DOI:10.1136/archdischild-2016-312180
- Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's long term condition: A concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of pediatric nursing*. 30(1). DOI:10.1016/j.pedn.2014.10.014
- Smith, W. (2018). Concept analysis of Family-Centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of pediatric nursing*. 42, 57-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.06.014
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (s/d). *Dia Mundial da Prematuridade* (notícia). Disponível em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>.
- SPP (2019). *Curso analgesia e sedação na urgência de pediatria* (notícia). Lisboa: Centro de Formação do CHULN – Hospital de Santa Maria.
- Sousa, G., Silva, R., Ferreira, N. & Ferreira, M. (2017). O adolescente e a institucionalização: compreensão do fenómeno e significados atribuídos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3), 1455-1462.
- Tarbox, J., Dixon, D., Sturney, P. & Matson, J. (2014). *Handbook of early intervention for autism spectrum disorders: Research, policy and practice*. Nova Iorque: Springer.
- UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e protocolos facultativos* (Edição revista). Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Dossier temático:

Controlo da dor na criança em contexto de Urgência Pediátrica

DOSSIER TEMÁTICO



Controlo da Dor na Criança em Contexto de Urgência Pediátrica

Dossier construído no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem
na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Inês Henriques Marques, ESEL

Janeiro, 2021

A construção deste dossier temático surge da minha experiência durante o estágio em Urgência Pediátrica no âmbito do Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A Urgência Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier assiste crianças desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia.

As crianças vivenciam a doença e a hospitalização como sentimentos de medo e ansiedade, potenciados pelo ambiente desconhecido e o receio relativo a equipamentos e procedimentos capazes de lhes causar desconforto (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

No serviço de Urgência Pediátrica, a dor está presente na maioria das admissões, relacionada com a doença atual e com a necessidade de procedimentos e intervenções para diagnóstico e tratamento. A dor causada pela doença, associada ao medo e ansiedade, são a principal causa de sofrimento da criança que recorre ao serviço de Urgência (SPP, 2017).

Dor é definida como “uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão” (DGS, 2010).

A gestão e controlo da dor, de forma eficaz, nos serviços de saúde é definidora do padrão de qualidade das instituições. Promover e implementar programas de formação e melhoria contínua dos cuidados prestados é um dever dos profissionais e um direito das crianças e famílias (DGS, 2010).

No sentido de responder aos direitos consignados na Carta da Criança Hospitalizada, especialmente o artigo 4º, que nos diz que “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (IAC, 2008), avaliar correta e sistematicamente, e em tempo útil, a dor da criança, permite adequar as intervenções adequadas ao seu controlo e protege a criança das agressões, físicas e emocionais, provocadas pelo internamento (DGS, 2010).

Estudos recentes como o de Guiner, Street, Oke, Young e Hennes (2020), indicam que o controlo da dor nos serviços de Urgência Pediátrica não está otimizado, uma vez que apenas 60% das admissões recebem analgesia adequada e que esta só é administrada, em média, cerca de 90 minutos após a chegada ao serviço de urgência.

Neste sentido, urge alertar os profissionais para a necessidade de avaliar e controlar a dor da criança no serviço de Urgência Pediátrica, promover a reflexão e a formação neste âmbito e construir protocolos de atuação que agilizem a atuação, de forma segura e eficaz (DGS, 2010; Guiner et al., 2020).

O presente dossier apresenta documentos que justificam a pertinência da abordagem do tema e da atualização contínua da evidência disponível, por parte dos profissionais a desempenhar funções em serviços clínicos que assistem crianças.

São disponibilizadas as Orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e documentos da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) e Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP).

Reúne-se, ainda, alguma evidência publicada recentemente, relativa à eficácia de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor e indicações de utilização de alguma terapêutica útil em contexto de urgência pediátrica.

I – Justificação da problemática

NAScer e Crescer
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2014, vol XXIII, n.º 4

Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis

Manuela Amaral-Bastos^{I,II}; Carina Ferreira de Sousa^{III}

Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional

The Fears of Children in Pediatric Emergency Context: Nurse as Emotional Manager

PAULA DIOGO

Prof. Adjunto, Enfermeira Especialista Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

JOSÉ VILELAS

Prof. Coordenador, Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Doutoramento, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

LUIZA RODRIGUES

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Mestrado, ACES Lisboa Central UCSP Alameda

TÂNIA ALMEIDA

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Mestrado, Hospital de Cascais

FULL TEXT LINKS



Review [Paediatr Drugs](#). 2016 Aug;18(4):287-301. doi: 10.1007/s40272-016-0181-5.

Managing Pediatric Pain in the Emergency Department

Benoit Bailey ¹, Evelyne D Trottier ²

Affiliations

PMID: 27260499 DOI: [10.1007/s40272-016-0181-5](#)

> [Pediatr Emerg Care](#). 2022 Jan 1;38(1):e157-e164. doi: 10.1097/PEC.0000000000002193.

Pain Reduction Emergency Protocol: A Prospective Study Evaluating Impact of a Nurse-initiated Protocol on Pain Management and Parental Satisfaction

Alessandra Guiner, Megan H Street, Oluwaesun Oke ¹, Virginia B Young ², Halim Hennes

Affiliations + expand

PMID: 32701867 DOI: [10.1097/PEC.0000000000002193](#)

**II – Orientações, Guia Orientador da Boa Prática,
Documentos informativos**

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by
Francisco Henrique Moura
George
DN: c=PT, ou=Ministério da
Saúde, ou=Direção-Geral
da Saúde, ou=Francisco
Henrique Moura George
Date: 2012.12.20 11:27:26.2

1899-2012
112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 024/2012

DATA: 18/12/2012

ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;

PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: dspdpds@dgs.pt

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: c=PT, ou=Ministério da Saúde,
ou=Direção-Geral da Saúde,
ou=Francisco Henrique Moura
George
Date: 2011.11.08 16:20:11.2

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 014/2010

DATA: 14/12/2010

ASSUNTO: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças

PALAVRAS-CHAVE: Dor na criança; avaliação; escalas de avaliação

PARA: Todos os profissionais de saúde que tratam crianças.

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: helenam@dgs.pt; jmromao2@gmail.com



Guia Orientador de Boa Prática

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Cadernos OE | Série 1 | Número 6



DESENHOS DA MINHA DOR



COORDENAÇÃO:
Clara Abadesso

AUTORES:
Alexandra Oliveira
Ana Pedro
Ananda Fernandes
Catarina Melancia
Clara Abadesso
Daniel Lanzas
Elsa Santos
Luísa Marote

III – Documentos e Artigos publicados sobre Sedação e Analgesia em Urgência Pediátrica

ARTIGO DE REVISÃO

Sedação para procedimentos em crianças e adolescentes: uma proposta a partir do sistema GRADE

Procedural sedation in children and adolescents: recommendations based on GRADE system

Sarah de Lima e Silva¹, Alexandre Rodrigues Ferreira², Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira¹, Flávia Cordeiro Valério¹, Livia Uliana Jacome¹, Brenda Corrêa de Godoi¹, Jader Pinto Santos¹, Flávio dos Santos Campos¹

DOI: 10.5935/2238-3182.20170035

J Pediatr (Rio J). 2017;93(s1):2-18



Jornal de
Pediatria

www.jpmed.com.br



ARTIGO DE REVISÃO

Sedation and analgesia for procedures in the pediatric emergency room ☆☆☆



Carlos Eduardo Ramalho^{a,b}, Pedro Messeder Caldeira Bretas^{a,b}, Claudio Schvartsman^{b,c} e Amélia Gorete Reis^{a,b,*}

^a Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto da Criança, São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, São Paulo, SP, Brasil

^c Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

A Utilização de Anestésico Tópico na Triagem da Urgência Pediátrica: Estudo dos Critérios Preditivos da Punção Venosa

Luis Manuel Cunha Batalha¹, Dulce Maria Gomes de Almeida²,
Patricia Adriana Almeida Lourenço² e Regina Paula Moita Esteves²

36 Cadernos de Saúde » Vol. 11 » Número 1 » 2019 » pp. 36-41 » <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5304>

Controlo da dor em Pediatria: a Experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em Pediatria

Pain Control in Pediatrics: The Experience of Using Equimolar Mixture of Nitrogen Protoxide and Oxygen in Pediatrics

Catarina Escobar¹, Marta Silva¹, Sofia Marques¹

¹ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Serviço de Internamento de Pediatria, Portugal

Open Access

Research

BMJ Open Incidence of adverse events in paediatric procedural sedation in the emergency department: a systematic review and meta-analysis

M Fernanda Bellolio,^{1,2} Henrique A Puls,³ Jana L Anderson,¹ Waqas I Gilani,¹
M Hassan Murad,^{2,4,5} Patricia Barrionuevo,^{2,5} Patricia J Erwin,⁶ Zhen Wang,^{2,5}
Erik P Hess^{1,2}

IV – Documentos informativos sobre terapêutica analgésica e sedativa

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Livopan 50% + 50%, gás medicinal comprimido

Protóxido de azoto + oxigénio

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme
lidocaína + prilocaína



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PRÉVIA DO MEDICAMENTO PARA
USO HUMANO EM MEIO HOSPITALAR**

DCI – Protóxido de Azoto + Oxigénio

Referências Bibliográficas

- Abadesso, C. (Coord.). (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Amaral-Bastos, M. & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a dor na criança: Reflexão voltada para a práxis. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*. Vol. 23 (4), 190-194.
- Bailey, B., & Trottier, E. D. (2016). Managing Pediatric Pain in the Emergency Department. *Pediatric Drugs*, 18(4), 287–301. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40272-016-0181-5>.
- Bellolio, M. F., Puls, H. A., Anderson, J. L., Gilani, W. I., Murad, M. H., Barrionuevo, P., ... Hess, E. P. (2016). Incidence of adverse events in paediatric procedural sedation in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011384>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nos recém-nascidos (0-28 dias)*. Lisboa: DGS.
- Escobar, C., Silva, M., & Marques, S. (2019). Controlo da dor em Pediatria : a Experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em Pediatria. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 36–41.
- Guiner, A., Street, M., Oke, O., Young, V. & Hennes, H. (2020). Pain Reduction Emergency Protocol. A Prospective Study Evaluating Impact of a Nurse-initiated Protocol on Pain Management and Parental Satisfaction. *Pediatric Emergency Care*. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002193>
- Infarmed (2012). Relatório de avaliação prévia do medicamento para uso humano em meio hospitalar. Lisboa.
- Infarmed (2014). Folheto Informativo: Livopan 50% + 50%, Gás medicinal comprimido. Lisboa.
- Infarmed (2016). Folheto Informativo: EMLA Creme. Lisboa
- Manuel, L., Batalha, C., Maria, D., Almeida, G. De, Adriana, P., Lourenço, A., & Moita, P. (2009). *A Utilização de Anestésico Tópico na Triage da Urgência Pediátrica : Estudo dos Critérios Preditivos da Punção Venosa*. 11–17.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador da Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série 1(6). Lisboa: OE.
- Ramalho, C. E., Bretas, P. M. C., Schvartsman, C., & Reis, A. G. (2017). Sedation and analgesia for procedures in the pediatric emergency room. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93, 2–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2017.05.006>
- Silva, S. de L. e, Ferreira, A. R., Oliveira, A. M. L. S. e, Valerio, F. C., Jacome, L. U., Godoi, B. C. de, ... Campos, F. dos S. (2017). Procedural sedation in children and adolescents: recommendations based on grade system. *Revista Médica de Minas Gerais*, 27(Supl 3), 77–86. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170035>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (s/d.). Tratamento dor moderada aguda na criança. Lisboa.
Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Publicação sobre Curso de Formação: Analgesia e
Sedação na Urgência de Pediatria do CHLN.

APÊNDICE 2

Como estimular o tempo de *Atenção Conjunta* em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo

Como estimular o tempo de atenção conjunta com a criança?

A atenção conjunta traduz-se na capacidade da criança partilhar o foco de um objeto ou evento com o seu interlocutor.

Implica a capacidade de **iniciar**, **manter** e **alternar** a atenção sobre o objeto ou evento



Favorece a apreensão dos comportamentos sociais, aquisição da linguagem e desenvolvimento cognitivo



Aumentar o tempo de atenção conjunta potencia a aquisição e desenvolvimento de competências



As atividades desenvolvidas devem introduzir tarefas que promovam a autonomia no dia-a-dia



O presente documento pretende suportar os pais, familiares e educadores na definição de estratégias que potenciem o desenvolvimento da criança durante o tempo de atenção conjunta

Documento realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria sob a orientação da Enfª Patrícia Pereira

Consulta de desenvolvimento infantil – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida

Inês Marques

Prof. Orientador: Maria Alice Curado

Abril, 2021

Organize as atividades do dia-a-dia

1. As rotinas da criança devem estar bem definidas e repetir-se diariamente.
2. Os espaços por onde a criança circula devem estar arrumados, evitando que a criança disperse a sua atenção pelos vários estímulos.
3. Identifique, em cada atividade do dia-a-dia (refeições, higiene, vestir, atividades lúdicas), quais os momentos que retêm a atenção da criança

Organize as atividades do dia-a-dia

1. Reconheça o que retém e o que faz a criança dispersar a atenção
2. Reconheça os estímulos que alteram o comportamento da criança
3. Construa uma tabela onde organiza as respostas da criança em cada atividade do dia-a-dia: interesses, indiferenças ...



Sobre o tempo de atenção conjunta:

Saiba quanto tempo dura a atenção conjunta:

- O tempo de atenção conjunta é variável,
- Registe o tempo disponível ao longo do dia ou em cada atividade,
- Adeque as atividades a desenvolver ao tempo disponível



Ao trabalhar o tempo de atenção conjunta:

- Elimine a exposição a estímulos externos:
 - Telemóveis, televisores, rádios
 - Arrumar o espaço envolvente, deixando ao alcance da criança o que quer utilizar

Esteja atento a
sinais de
prontidão para
a interação

Contacto
visual

Aproximação

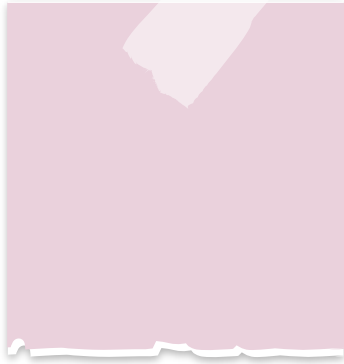
Toque

Olhar
fixamente a
atividade do
familiar

Falar

Outro ...

Como ganhar a atenção da criança?



Mantenha o
contacto visual

Ao abordar a criança dirija
e nivele o olhar



Utilize gestos

Aponte objetos de interesse
e dirija o olhar



Utilize a fala e as
vocalizações

Acompanhe as atividades
com descrições verbais

Utilize sons expressivos



Como motivar a criança?

Aproveitar os interesses da criança

Introduzir na atividade os objetos, o movimento, a textura, o desenho animado preferido ou a atividade que desperta a alteração do comportamento da criança.

Repetir a interação que é apreciada pela criança

Atividades apreciadas pela criança são pedidas repetidamente (cócegas, balanços).



Como motivar a criança?

Respeitar quando termina o tempo de atenção conjunta

Acompanhar a criança, demonstrando que estamos presentes para fazer o que é apreciado e não forçar as atividades..

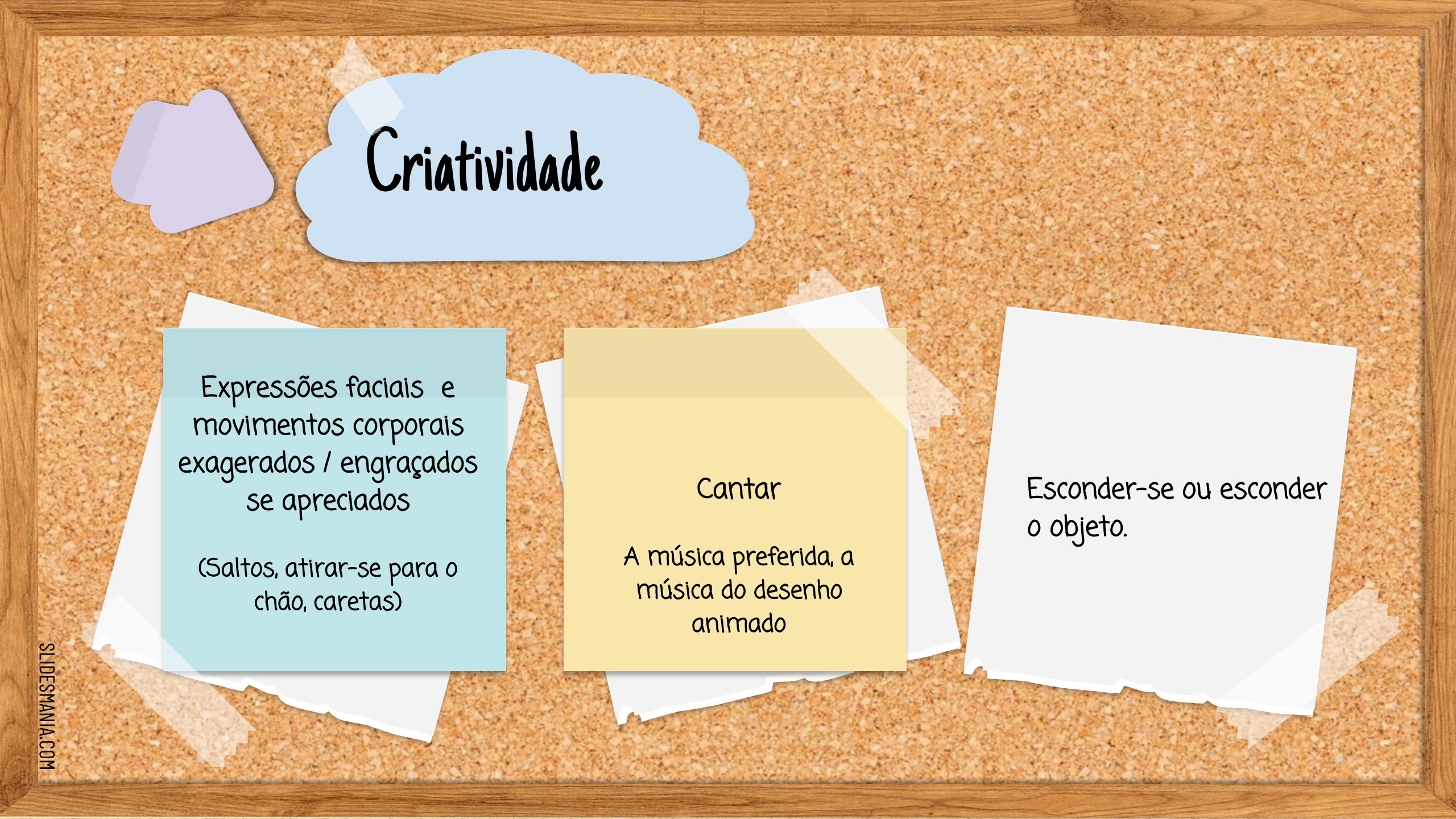
Convidar a criança a voltar à atividade

Não insistir: questionar uma vez, de forma simples e com entusiasmo.

Festear o regresso da criança à atividade: *"estou contente por voltares à nossa brincadeira!"*



Aproveite os contactos com
CRIATIVIDADE



Criatividade

Expressões faciais e
movimentos corporais
exagerados / engraçados
se apreciados

(Saltos, atirar-se para o
chão, caretas)

Cantar

A música preferida, a
música do desenho
animado

Esconder-se ou esconder
o objeto.

A corkboard with a spiral-bound notepad. The notepad has a white page with a spiral binding at the top. The text "Atividades lúdicas" is written in the center. To the left of the notepad is a yellow heart-shaped sticker with a black arrow pointing down. To the right is a yellow heart-shaped sticker. Two pieces of blue tape are attached to the notepad, one at the top right and one at the bottom left.

Atividades lúdicas

Esconder a bola – girar os copos

Material:

1 Bola
3 a 5 Copos opacos

Atividade:

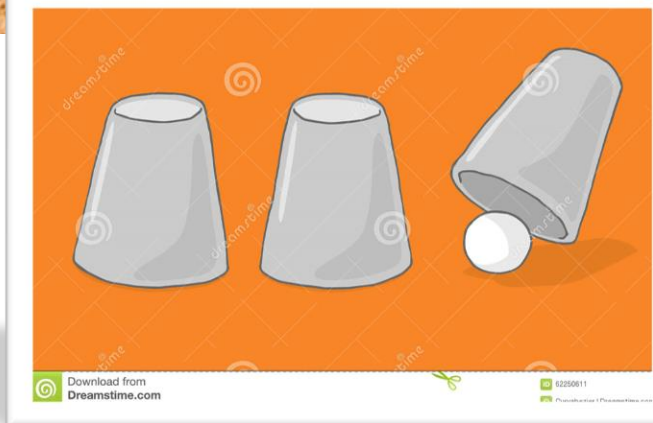
Mostrar a bola escondida de baixo de um dos copos

Esconder a bola e girar os copos

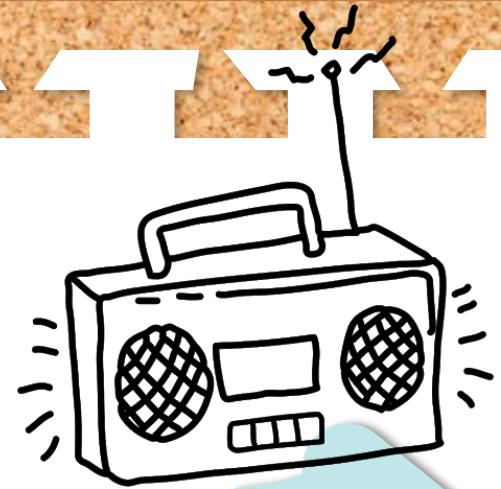
Esperar que a criança siga o copo com a bola e identifique a posição final.

Benefícios:

Favorece atenção dividida - foco de atenção em atividades que incluem movimento



Imitar o rádio



Material:

Voz
Código de gestos

Atividade:

Defina códigos para aumentar e diminuir volume e mudar de estação de rádio

Responda efusivamente aos códigos que a criança dá, com diferenças no volume da voz e informações diversas

Cante, fale sobre o trânsito ou meteorologia, fale sobre temas que são apreciados pela criança.

Benefícios:

Estimula a interação, memória e dá reforço positivo pela resposta a códigos

Caleidoscópio – em caixa

Material:

Caixa transparente
Material diverso e colorido (botões, missangas, tampas)
Fita adesiva

Atividade:

Coloque na caixa os vários materiais coloridos e feche bem com a fita adesiva

Movimente a caixa, utilize o som e as cores para criar uma história!
Mostre entusiasmo!

Deixe a caixa disponível para que possa ser explorada pela criança.

Benefícios:

A criança recebe o feedback da cor e som face ao movimento.
Explora diferentes materiais

Alternativa: utilize uma garrafa de água transparente. Água até metade e o material colorido. Isole bem.

Jogo dos Sentidos

"Oh, prova isto?"



Material:

Alimentos
Especiarias
Flores

Atividade:

Aproveite a
preparação das
refeições e leve a
criança para a
cozinha

Disponibilize
alimentos de
sabores, cheiros e
texturas diferentes

Deixe a criança
mexer, provar,
cheirar.
Acompanhe-a
nesta atividade

Benefícios:

Estimula a
interação,
memória e dá
reforço positivo
pela resposta a
códigos

Jogo de Sombras



Material:

Luz

Mãos/objetos diversos

Atividade:

Contra a luz, faça sombras com as mãos ou com objetos. Crie uma história interativa

Responda efusivamente aos códigos que a criança dá, com diferenças no volume da voz e informações diversas

Cante, fale sobre o trânsito ou meteorologia, fale sobre temas que são apreciados pela criança.

Benefícios:

Estimula a interação, memória e dá reforço positivo pela resposta a códigos

Referências Bibliográficas:

Garland, T. (2014). *Self-regulation interventions and strategies – Keeping body, mind and emoticons on task in children with autismo, ADHD or sensory disorders*. PESI Publishing and media: Estados Unidos da América

Sher, B. (2006). *Attention Games – 101 fun, easy games that help kids learn to focus*. Jossey-bass, Wiley imprint: São Francisco.

Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson (2014). *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders – Research, policy and practice*. Springer: Nova Iorque

Referências em suporte eletrônico:

www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html

www.growingearlyminds.org.au

https://www.fpda.pt/autismo_1

<https://vencerautismo.org/2019/07/trabalhar-tempo-atencao-conjunta-da-minha-crianca/>

Imagens:

Copos:<https://pt.dreamstime.com/illustra%C3%A7%C3%A3o-stock-copos-e-jogo-de-bola-que-unveilling-uma-esfera-image62250611#dt>

Rádio:<http://www.ultracoloringpages.com/pt/p/r%C3%A1dio-desenho-para-colorir/5a829096c876d912e842fd6c76883bfc>

Frutas:<http://www.casaecozinha.com/2017/01/muitas-receitas-para-preparar-com.html>

Sombras:<https://parenting.firstcry.com/articles/8-games-that-kids-can-play-with-their-hands/>

APÊNDICE 3

Norma de Procedimento – Saúde Escolar



Manual de Procedimentos

Procedimento Multisectorial

Código Procedimento
(ex:PRO.01)

Norma de Procedimento - Saúde Escolar

1 OBJETIVO

Descrever o âmbito de atuação da Equipa de Enfermagem de Saúde Escolar

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Profissionais de Enfermagem que constituem as equipas de intervenção em Saúde Escolar

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento:

Enfermeiros da UCC Integrar na Saúde em articulação com os profissionais de educação de referência em cada agrupamento de escolas abrangido pela área de influência da UCC Integrar na Saúde.

3.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Maria João Saraiva (UCC Integrar na Saúde)

ELABORAÇÃO	
Coordenador da UCC	_____

CCS	_____
Direcção Executiva	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		1/6

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
Norma de Procedimento – Saúde Escolar		

4 DEFINIÇÕES

A escola constitui um meio eficiente e eficaz para promover a saúde das populações. Dados da OMS (2017), indicam que, em todo o Mundo, no ano de 2013, 90% das crianças frequentavam o ensino primário e 80% o ensino médio.

Promover a saúde na escola é intervir, de forma sistematizada, para que a comunidade alcance o seu potencial de desenvolvimento num ambiente saudável, promotor de bem-estar e facilitador das aprendizagens (International Union for Health Promotion and Education, 2009).

A escola e a saúde estão intimamente ligadas e influenciam-se. A compreensão da saúde das crianças como determinante no seu processo de aprendizagem, traduz a importância da intervenção de enfermagem no contexto escolar. Também os conhecimentos adquiridos e o nível de escolaridade condicionam a adoção de comportamentos saudáveis, e assim, a saúde ao longo da vida (PNSE, 2015).

A intervenção de Enfermagem assenta numa visão holística da saúde na comunidade escolar, integrando as características biopsicossociais que a definem, visando sempre a obtenção de ganhos em saúde (PNSE, 2015).

A comunidade escolar é constituída pelas crianças e jovens, pelo pessoal docente e não docente e pelos pais e encarregados de educação (PNSE, 2015).

O envolvimento de toda a comunidade na prossecução dos objectivos comuns, fomenta a participação ativa e a corresponsabilização, dos próprios e das estruturas parceiras (PNSE, 2015; International Union for Health Promotion and Education, 2009).

As estratégias de intervenção implementadas respeitam o direito de todas as crianças à saúde e educação, num ambiente saudável, equitativo, inclusivo e sustentável, capacitando a comunidade para responder às suas necessidades, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis (PNSE, 2015).

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			2/6



Manual de Procedimentos

Procedimento Multissectorial

Código Procedimento
(ex:PRO.01)

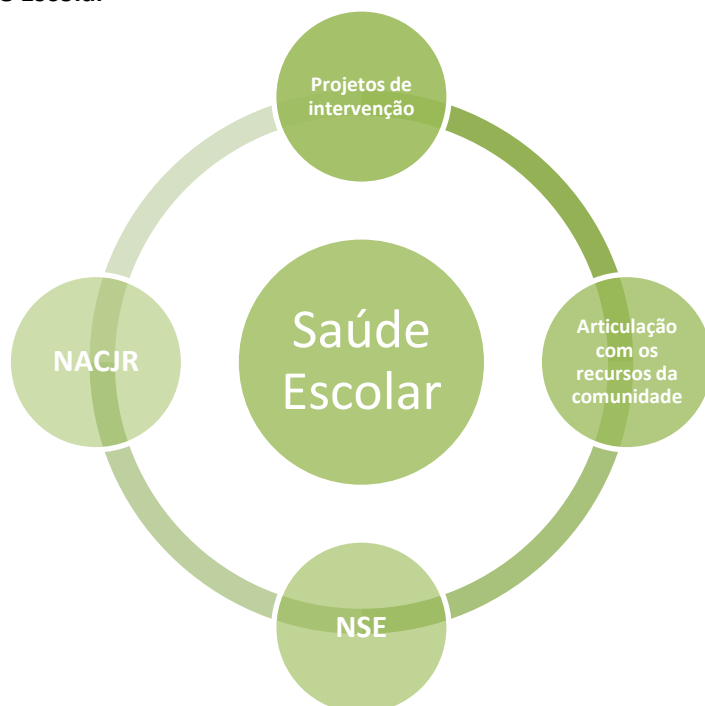
Norma de Procedimento – Saúde Escolar

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

IMC – Índice de Massa Corporal
PES – Professor de Educação para a Saúde
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
SE – Saúde Escolar
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

6 DESCRIÇÃO

Valências da Saúde Escolar



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		3/6



Manual de Procedimentos

Procedimento Multisectorial

Código Procedimento
(ex:PRO.01)

Norma de Procedimento – Saúde Escolar

Eixos estratégicos e áreas de intervenção definidas pelo PNSE (2015), que suportam a formulação dos projectos:

Eixos Estratégicos e Áreas de Intervenção

Eixo 1: CAPACITAÇÃO

- Saúde Mental e Competências Socioemocionais
- Educação para os afetos e a sexualidade
- Alimentação saudável e atividade física
- Higiene corporal e saúde oral
- Hábitos de sono e repouso
- Educação postural
- Prevenção de consumos e comportamentos aditivos

Eixo 2: Ambiente Escolar e Saúde

- Desenvolvimento sustentável
- Ambiente escolar seguro e saudável
- Avaliação dos riscos ambientais para a saúde
- Prevenção dos acidentes e primeiros socorros

Eixo 3: Condições de Saúde

- Saúde de crianças e jovens
- Necessidades de saúde especiais
- Saúde de docentes e não docentes

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		4/6

	Manual de Procedimentos Procedimento Multisectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
Norma de Procedimento – Saúde Escolar		

a) Início do ano letivo:

1. Reunião com os agrupamentos de escolas para diagnóstico das necessidades e apresentação do plano de intervenção
2. Definição do Professor de Educação para a Saúde (PES) que será o elo de ligação entre o enfermeiro de referência e a comunidade escolar

b) Ao longo do ano letivo:

1. Agendamento das sessões de formação planeadas
2. Realização das sessões de formação planeadas
3. Avaliação das sessões realizadas
4. Avaliação dos resultados produzidos na adoção de comportamentos de saúde saudáveis
5. Resposta às necessidades pontuais que surgem na comunidade escolar e são reportadas pelos PES.

7 INDICADORES

- a) Nº sessões de formação/ano letivo
- b) Nº participantes em sessões de formação/ano letivo
- c) Índice de Satisfação dos participantes
- d) % crianças com redução do IMC (no total das crianças avaliadas com IMC aumentado)
- e) Nº adolescentes participantes no Programa “Jovens Promotores de Saúde”
- f) % de crianças do JI que foram alvo de intervenção pela UCC no âmbito do PNSE
- g) % de crianças do 1º ciclo que foram alvo de intervenção pela UCC no âmbito do PNSE
- h) Proporção de crianças e jovens com NSE alvo de intervenção pela equipa de SE
- i) % de crianças e jovens em risco alvo de intervenção pela equipa de SE

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.

International Union for Health Promotion and Education (2009). *Construindo escolas promotoras da saúde: Diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Traduzido por: Graça Carvalho para Direção-Geral da Educação: Lisboa.

Organização Mundial da Saúde (2017). *Health promoting schools: An effective approach to early action on noncommunicable disease risk factors*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255625/WHO-NMH-PND-17.3-eng.pdf;jsessionid=82BB1243EB6FA2192E288BCC4FE9EB88?sequence=1>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		5/6

	Manual de Procedimentos Procedimento Multissectorial	Código Procedimento (ex:PRO.01)
Norma de Procedimento – Saúde Escolar		

8.1 Fontes consultadas mas não citadas

Health Behaviour in School-aged children & Aventura Social (2018). Relatório do estudo HBSC - A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão.

9 ANEXOS

9.1 Impressos

9.1.1 Projetos de Intervenção

- “Come bem e mexe-te também”*
- “Jovens Promotores de Saúde”*
-
- Fluxograma de referênciação para o NACJR

Junta um exemplar de cada impresso utilizado no procedimento.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
			6/6

APÊNDICE 4

Apresentação

Cuidados Colaborativos à Família



Cuidados Colaborativos à Família

Promoção da aquisição de competências
parentais no cuidado ao RN prematuro

Prof. Orientador: Prof Maria Alice Curado

Inês Henriques Marques

Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL

Março, 2021

Sumário

1. Objetivos

2. Prematuridade e Cuidados de Enfermagem na Neonatologia

3. A família e a hospitalização da criança

4. Cuidados Colaborativos à Família

5. Discussão

Objetivos

-
1. Justificar a importância do estudo da temática
-
2. Apresentar as guidelines definidoras dos Cuidados Colaborativos à Família
-
3. Debater com a equipa de Enfermagem a implementação das guidelines apresentadas / Brainstorming

Prematuridade

Fator de risco para a saúde, o crescimento e desenvolvimento da criança

Avanços tecnológicos e da medicina

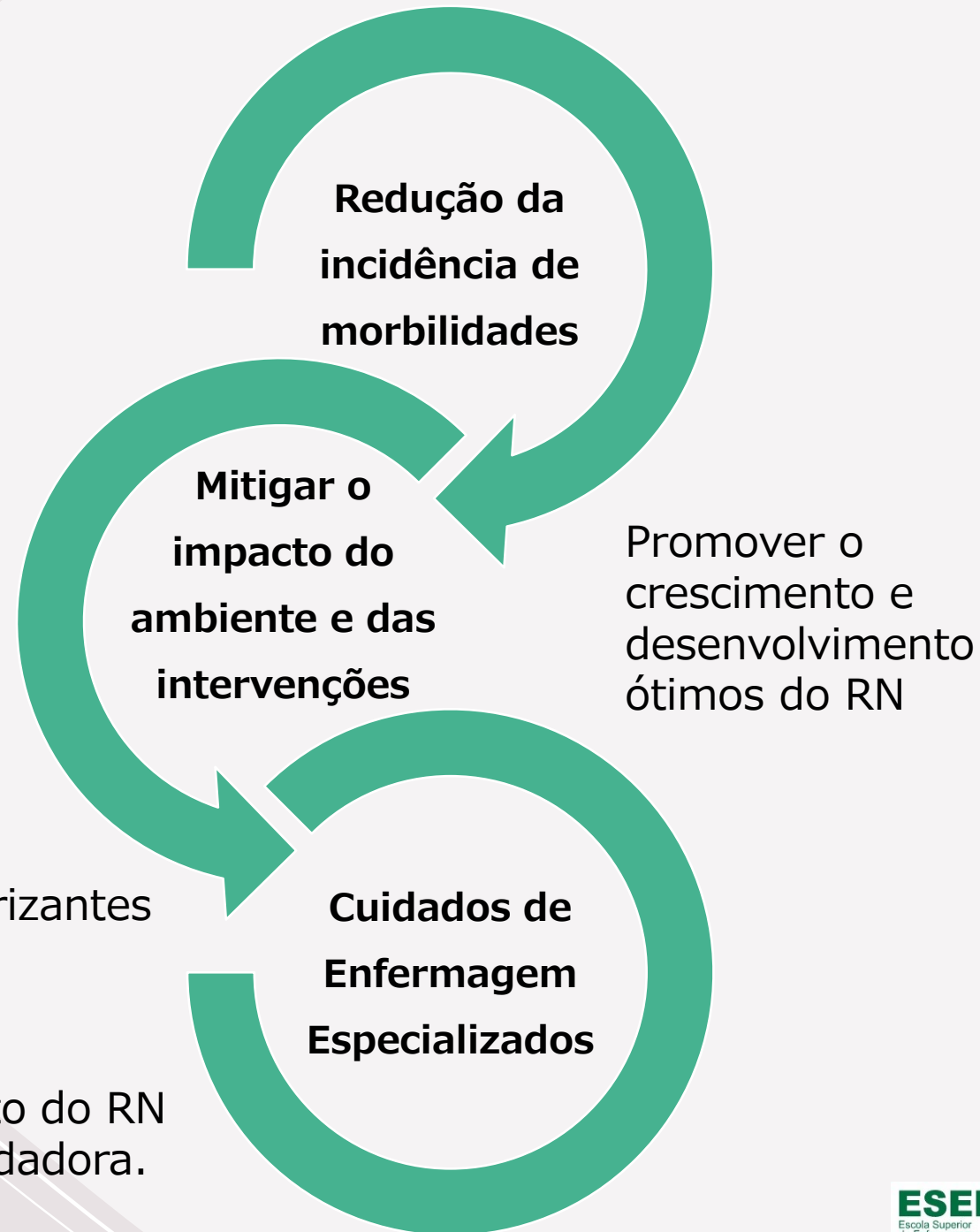
Principal causa de morte no período neonatal

Permitem a sobrevivência de crianças com idade gestacional cada vez mais baixa

Aumento da incidência de morbilidades

Cuidados de Enfermagem na Neonatologia

Sensíveis, securizantes e protetores.
Promotores do crescimento e desenvolvimento do RN e da família cuidadora.



Capacitação parental
desenvolvimento de ações que
diagnostiquem as necessidades formativas
dos pais, forneçam informação adequada
ao desenvolvimento de competências e
disponibilizem o suporte necessário ao
treino de habilidades.
(Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015)

EEESIP

Constante na
vida da
criança

Crucial no suporte ao
crescimento e
desenvolvimento da
criança

FAMÍLIA

Papel
parental

Deve assegurar
a sobrevivência,
segurança,
crescimento e
desenvolvimento

Condiciona o desempenho
do papel parental pela
intensa emocionalidade e
desorganização familiar
que causa

Internamento

(Jorge, 2004; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014;
Griffin & Celenza, 2014; Cardoso, Paiva e Silva & Marin,
2015; Coughlin, 2017; Kenner, Altimier & Boykova, 2020)

Cuidados Colaborativos à Família

Conceção de cuidados aprofundada por Mary Coughlin (2017) traduzindo a mais recente evidência em orientações e recomendações para a prática dos cuidados prestados na Neonatologia.

Cuidados Colaborativos à Família

Apresenta 3 atributos essenciais:

1. Os pais são parte integrante do cuidado à criança hospitalizada;
2. É prioritário garantir e suportar o bem-estar emocional dos pais;
3. Os pais desenvolvem competências num ambiente de suporte e confiança ao longo do internamento.

O internamento na Neonatologia é um **acontecimento traumático** para os pais, que deve ser acompanhado pelos profissionais, de forma a gerir e mitigar as suas consequências (Coughlin, 2017).

Os pais são parte integrante do cuidado à criança hospitalizada

Garantir e suportar o bem-estar emocional dos pais

Desenvolvimento de competências
num ambiente de suporte e confiança

RISCOS:

- Vivências de stress, separação, desesperança, ausência de controlo sobre a situação
- Redução do tempo de permanência junto da criança

RISCOS:

- Desenvolvimento da identidade parental
- Prestação de cuidados
- Ansiedade, fadiga, distúrbios do sono – depressão
- Distúrbio de Stress agudo; Stress pós-traumático
- Estabilidade da relação conjugal

RISCOS:

- Respostas desadequadas face às necessidades dos pais
- Insegurança na transição para os cuidados no domicílio

Condicionam o desenvolvimento de competências

O internamento na Neonatologia é um **acontecimento traumático** para os pais, que deve ser acompanhado pelos profissionais, de forma a gerir e mitigar as suas consequências (Coughlin, 2017).

Os pais são parte integrante do cuidado à criança hospitalizada

Garantir e suportar o bem-estar emocional dos pais

Desenvolvimento de competências num ambiente de suporte e confiança

BENEFÍCIOS:

- Cuidados compreensivos face às necessidades do RN
- Saúde mental dos pais – aquisição de competências para o cuidado ao RN
- Redução do tempo de internamento e da incidência de morbilidades
- Suportar a tomada de decisão dos pais

BENEFÍCIOS:

- Os pais expressam os seus sentimentos num ambiente compreensivo
- A transição para o cuidado ao RN é facilitada
- Facilita a vinculação
- É motivador para a equipa de saúde

BENEFÍCIOS:

- Facilita a construção do papel parental
- Constrói confiança e segurança na qualidade dos cuidados prestados
- Reduz o risco de perturbação da saúde mental
- Estimula a presença dos pais

Promovem o desenvolvimento de competências

(Coughlin, 2017)

Os pais são parte integrante do cuidado à criança hospitalizada



Acesso
ilimitado

- Parceria
- Segurança e qualidade

Educação
parental

- Acesso total a informação
- Participação nas decisões diárias
- Tomada de decisão fundamentada

Espaços de
conforto e
suporte

- Garantir espaços acolhedores e que facilitem a presença dos pais
- Privacidade

É prioritário garantir e suportar o bem-estar emocional dos pais



Profissionais
na área da
saúde mental

- Articulação entre equipas multidisciplinares
- Grupos de pais; Grupos de suporte de pares

Plano de
atuação para
situações
agudas

- Apoio da psiquiatria
- Evitar agravamento do desconforto psicológico

Formação
contínua dos
profissionais

- Colaboração entre diferentes áreas profissionais
- Escalas de autoavaliação para os pais

Os pais desenvolvem competências num ambiente de suporte e confiança ao longo do internamento



Desenvolver um programa de educação parental

- Programas de Cuidados Estruturados
- Revisão contínua do conteúdo e recursos
- Auscultar as necessidades e ideias dos pais

Desenvolver modelo de cuidado parental

- *Always events*

Adequar culturalmente o modelo de cuidados

- Conhecimento demográfico da população-alvo
- Adaptações culturais ao cuidado à família

Formação contínua dos profissionais

- Cuidados centrados na família, parceria de cuidados
- Competência do profissional para transferir os cuidados para os pais

Obrigada

Bem-vindos à Neonatologia!

Parabéns pelo nascimento do vosso filho!

O nascimento de um bebé prematuro ou doente tem um grande impacto em toda a família.

O internamento constitui um fator de stress, sentimentos de angústia, tristeza, desesperança, culpa, insegurança e medo são naturais e condicionam o bem-estar da família e a sua capacidade de manter rotinas, lidar com as adversidades e adaptar-se à nova realidade.

O que esperar da equipa de saúde?



Uma atitude encorajadora para que permaneçam junto do vosso bebé o máximo de tempo possível

A vossa participação nos cuidados será facilitada, incentivada e valorizada

Sensibilidade para as necessidades de cada membro da família, promovendo e suportando o bem-estar ao longo do internamento

Serão acompanhados no desenvolvimento, aperfeiçoamento e treino dos cuidados ao bebé

As vossas preferências, costumes e crenças serão tidas em conta nos cuidados a toda a família

Referências bibliográficas:

Kenner, Altimier & Boykova, 2020; Coughlin, 2017; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Griffin & Celenza, 2014; Altimier & Phillips, 2013

Elaborado por Inês Henriques Marques sob orientação da Enfª Ana Rita Pereira, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL.
Baseado nas guidelines de Cuidados Colaborativos à Família (Coughlin, 2017).

Referências Bibliográficas

Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>

Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 11–20.

Coughlin, M. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova Iorque: Springer Publishing Company

Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. M. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais : Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf

Griffin, T., & Celenza, J. (2014). *Family-Centered Care for the newborn - The delivery room and beyond*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - (Re)pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kenner, C., Altimier, L., & Boykova, M. (2020). *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (sixth). Nova Iorque: Springer Publishing Company

OMS (2018). Preterm birth - Fact sheet. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

OMS (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (s/d). *Dia Mundial da Prematuridade*. Disponível em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Tamez, R. N. (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro* (1ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Ed.

APÊNDICE 5

Cartaz informativo para as famílias
Cuidados Colaborativos à Família na Neonatologia

Bem-vindos à Neonatologia!

Parabéns pelo nascimento do vosso filho!

O nascimento de um bebé prematuro ou doente tem um grande impacto em toda a família.

O internamento constitui um fator de stress, sentimentos de angústia, tristeza, desesperança, culpa, insegurança e medo são naturais e condicionam o bem-estar da família e a sua capacidade de manter rotinas, lidar com as adversidades e adaptar-se à nova realidade.

O que esperar da equipa de saúde?



Uma atitude encorajadora para que permaneçam junto do vosso bebé o máximo de tempo possível

A vossa participação nos cuidados será facilitada, incentivada e valorizada

Sensibilidade para as necessidades de cada membro da família, promovendo e suportando o bem-estar ao longo do internamento

Serão acompanhados no desenvolvimento, aperfeiçoamento e treino dos cuidados ao bebé

As vossas preferências, costumes e crenças serão tidas em conta nos cuidados a toda a família

Referências bibliográficas:

Kenner, Altimier & Boykova, 2020; Coughlin, 2017; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Griffin & Celenza, 2014; Altimier & Phillips, 2013

Elaborado por Inês Henriques Marques sob orientação da Enf^a Ana Rita Pereira, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL.

Baseado nas guidelines de Cuidados Colaborativos à Família (Coughlin, 2017).

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado:

Comissão Organizadora Reuniões Científicas

Pensar em Neonatologia: Da complexidade à essência de cuidados
(UCIEN, HFF)



CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**“PROBLEMAS ÉTICO-LEGAIS NO CUIDADO
AO RECÉM-NASCIDO E SEUS PAIS”**

15 NOVEMBRO 2021



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Henriques Marques pertenceu à Comissão Organizadora da Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Os Problemas Ético-Legais no Cuidado ao Recém-Nascido e seus Pais*”, que decorreu no dia 15 de novembro de 2021 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 15 de novembro de 2021

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**“STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:
A PARENTALIDADE APÓS A NEONATOLOGIA”**

17 JANEIRO 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Henriques pertenceu à Comissão Organizadora da Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia*”, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 17 de janeiro de 2022

ANEXO 2

Certificado:

Moderação Reuniões Científicas

Pensar em Neonatologia: Da complexidade à essência de cuidados
(UCIEN, HFF)

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS

**“STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:
A PARENTALIDADE APÓS A NEONATOLOGIA”**

17 JANEIRO 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Henriques foi moderadora na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia*”, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 17 de janeiro de 2022

