



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**A Classificação Internacional para a Prática de
Enfermagem como um instrumento de melhoria
contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à
Criança/Família**

Manuel António Rodrigues Alves

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**A Classificação Internacional para a Prática de
Enfermagem como um instrumento de melhoria
contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à
Criança/Família**

Manuel António Rodrigues Alves

Orientação Pedagógica: Odete Lemos e Sousa

2013



Pensamento

Quando olho para uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: Ternura e respeito pelo que é... e respeito pelo que possa ser!...

(Adaptação pessoal de pensamento de Jean Piaget)

Lista de Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

CSIJ - Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

DGS - Direcção Geral de Saúde

EESIP- Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ICNP - International Classification for Nursing Practice

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

NICU - Neonatal Intensive Care Unit

PBE - Prática Baseada na Evidência

PICU - Pediatric Intensive Care Unit

PVSIJ - Programa de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

SIE - Sistemas de Informação de Enfermagem

SIS - Sistemas de Informação de Saúde

Resumo: A avaliação do desenvolvimento infantil constitui vital importância na sua promoção e vigilância, representando uma dimensão de cuidados essencial para o EESIJ, abordada num primeiro momento deste relatório. O desenvolvimento de competências nesta área permitiu a proposta da Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada, para utilização no serviço de pediatria da instituição onde exerço funções.

A CIPE enquanto terminologia global para a prática de enfermagem e definida obrigatoriamente para utilização no SIE informatizado nacional desde 2007, representa deste modo um instrumento essencial para reflexão qualitativa sobre a analogia das práticas realizadas e documentadas, promotor da sua autonomia e da visibilidade de resultados dos respectivos cuidados.

Neste âmbito conheci outras realidades institucionais onde contactei com responsáveis sobre Qualidade e SIE, equipas de enfermagem e respectivos padrões documentais, partilhando conteúdos, promovendo sinergias e desenvolvendo competências como perito nesta área. Os últimos campos de estágio deste relatório realizados na minha instituição, visaram a proposta qualitativa para o SIE do serviço de urgência pediátrica e a coordenação do processo de melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à Criança/Família na UCINP, visando necessidades evolutivas do padrão CIPE/SAPE do serviço.

De relevar ainda a proposta que apresentei e discuti com a enfermeira directora, definindo estratégias e analogias entre práticas clínicas, SIE e Qualidade dos Cuidados, demonstrando competências globais na área da gestão (institucional, coordenação de equipas e gestão de conflitos), essenciais na transição para EESIJ. As potencialidades e limitações do aplicativo informático SAPE, a compreensão do percurso evolutivo da CIPE, as perspectivas futuras dos sistemas de informação em saúde e a interoperabilidade institucional de informação, constituem assim temáticas estratégicas para a enfermagem portuguesa abordadas e contextualizadas neste relatório. A definição do RMDE portugueses visando a criação de *Indicadores de Enfermagem*, representa um objectivo primordial nesta globalizada sociedade de informação e exigência qualitativa das actuais políticas de saúde.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil; CIPE; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; RMDE.

Abstract: The assessment of a child's development is vital in its promotion, representing an essential dimension of care for EESIJ, addressed at first moment of this report. The development of skills in this area, allowed suggesting the use of Modified Mary Sheridan Child Development Assessment Scale in the paediatric ward of the institution where I am employed.

ICNP as a global terminology for nursing practice was set for mandatory use in computerized national SIE since 2007, therefore it is an essential tool for qualitative reflection on the analogy of the activities undertaken and documented by nurses, promoting their autonomy and visibility of nurse care gains.

In this context I gained knowledge of other institutional realities where I became acquainted with SIE managers, nursing teams and their documentary standards, sharing content, promoting synergies and developing capabilities as an expert in SIE. The last internships were undertaken in my institution, aiming at qualitative proposals for the paediatric emergency department's SIE and coordinating the process of improving the quality of care provided to the child/family in NICU/PICU, targeting the changing needs of the ICNP/ SAPE model in use.

Also worth mentioning is the proposal I made and discussed with the director of nursing, defining strategies and analogies between clinical practice, SIE and quality of care, demonstrating global competencies in management (team work, conflict management and coordination), as essential skills in the transition to EESIJ.

The potentialities and limitations of the computer application SAPE, the understanding of the evolutionary path of CIPE, the future prospects of health information systems and institutional interoperability of information represent strategic themes for Portuguese nursing addressed and contextualized in this report. The definition of Portuguese RMDE aimed at creating Nursing Indicators, is a primary objective in this globalized information society and a qualitative requirement of current health policies.

Keywords: Child Development; ICNP; Nurse Care Quality; RMDE.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. DESENVOLVIMENTO INFANTIL	12
1.1 Riscos para o Desenvolvimento Infantil/Juvenil	14
1.1.1 Factores de Risco Biológicos	15
1.1.2 Factores de Risco Ambientais	19
1.2 Síntese Reflexiva sobre Momento do Percorso Formativo	23
2. PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	27
2.1 Objectivos Específicos	30
2.2 Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	30
2.2.1 Curvas de Crescimento da OMS	33
2.2.2 Escala de Mary Sheridan Modificada	36
2.3 Centro de Desenvolvimento da Criança	39
2.4 Indicador de Resultado na Transição para EESIJ	42
2.4.1 A Criança como Pessoa Humana	42
3. QUALIDADE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	44
3.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	46
3.2 Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem Portugueses	47
3.3 Síntese Diagnóstica Institucional	48
3.3.1 Objectivos Específicos	51
3.4 Estágios Institucionais no Âmbito da Qualidade e SIE	51
3.4.1 Aspectos Evolutivos e Interoperabilidade de Informação nos SIE	54
3.4.2 Principais Contributos Adquiridos	55
3.5 Serviço de Urgência Pediátrica	57

3.6 Promover o Desenvolvimento Infantil na UCINP	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
5. BIBLIOGRAFIA	65
APÊNDICES	67
Apêndice I – Reflexão Crítica	68
Apêndice II – Jornal de Aprendizagem	77
Apêndice III – Grelha de Observação do Padrão Documental e Registos de Enfermagem nos SIE	85
Apêndice IV – Guião de Entrevista	88
Apêndice V – Revisão Sistemática de Literatura “<i>Transição para a Parentalidade na UCIN</i>”	92
ANEXOS	125
Anexo I – Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento	
Anexo II – Princípios Básicos da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais dos SIE	
Anexo III – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde	
Anexo IV – Curso “Auditorias da Qualidade segundo a Norma NP EN ISO 19011:2012”	
Anexo V – SAPE Hospitalar versão 4.0 - Novas Funcionalidades	
Anexo VI – Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças	
Anexo VII – Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos	
Anexo VIII – Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nas Crianças	

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio é realizado na qualidade de formando do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O seu objectivo primordial é descrever o percurso experiencial e reflexivo, proporcionado pela interacção com pessoas e realidades, nos diferentes ambientes de cuidados/campos de estágio, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, na persecução dos objectivos delineados no respectivo projecto.

Enquanto exercício final deste percurso formativo, procurarei ainda a mobilização de diversas temáticas, resultado da apropriação reflexiva de conteúdos das unidades curriculares já percorridas e que embora não correspondam directamente às temáticas do projecto, considereei essenciais para a contextualização do meu processo global de aquisição de competências.

O desenvolvimento infantil, a sua promoção e vigilância, o papel do enfermeiro especialista nos diferentes ambientes de cuidados e o desenvolvimento de competências na sua avaliação, constituirão uma primeira dimensão deste relatório, em resposta ao autodiagnóstico realizado sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil.

Neste âmbito, não poderia deixar de referir a importância do futuro/novo Programa de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, que no período de estágio esteve disponível para consulta e participação dos cidadãos no *site* da Direcção Geral de Saúde, antes de entrada em vigor da sua versão final.

Este documento constitui uma enorme evolução no percurso iniciado em 1992, com o Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, revisto em 2002 e em 2005, sendo de destacar a adopção das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde. Não menos relevante, a alteração na cronologia das consultas (idades-chave) e um maior enfoque em aspectos

fundamentais como o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais/comportamento e a protecção de crianças e jovens em risco.

O novo programa constituiu um instrumento orientador essencial para a minha prestação/evolução na Consulta de Vigilância Saúde Infantil e Juvenil, relevando especialmente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, que integra actualmente a parametrização informática nos SIE dos Cuidados de Saúde Primários.

“A aplicação deste programa pode representar, no contexto da crise global que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades” (DGS, 2012, p.6).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e respectivos enunciados descritivos, criados pela OE em 2001, constituíram desde então um documento orientador e municiador de substrato reflexivo sobre as práticas, promovendo o desenvolvimento de projectos institucionais, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O SIE do serviço de neonatologia onde exerço funções, foi parametrizado em 2007, com a utilização do aplicativo informático SAPE (criado pelo então IGIF), que permitiu a operacionalização de um sistema de registos de enfermagem, segundo a terminologia e pressupostos funcionais da versão Beta 2 da CIPE.

Em Outubro de 2007, a Ordem dos Enfermeiros definiu as linhas gerais do modelo, conteúdos e requisitos de comparabilidade para o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) portugueses, *core* de indicadores e focos de enfermagem para o repositório central de dados de saúde, com o intuito de viabilizar a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis de utilizadores.

Enquanto processo evolutivo de desenvolvimento de uma terminologia global e instrumento de documentação da prática de enfermagem, a CIPE apresenta hoje novos conceitos, redefiniu alguns já existentes e dispõe de um *Browser* simplificado que suporta a evolução conceptual para um modelo de sete eixos.

O aplicativo informático SAPE, as suas potencialidades e limitações, as perspectivas futuras dos sistemas de informação em saúde, a interoperabilidade institucional de informação, a possibilidade ou perspectivas de utilização do novo *browser* CIPE 2.0, constituem assim temáticas vitais que serão abordadas num segundo momento deste relatório.

Em concordância com a OE, estabeleci a convicção de que esta trilogia de factores SAPE/CIPE/RMDE representa um momento histórico para o desenvolvimento e afirmação da prática autónoma de enfermagem nos diferentes contextos de cuidados, constituindo ainda um imperativo ético e legal do exercício profissional, pelo que deverá focalizar uma dimensão estratégica e reflexiva para todos os enfermeiros.

A breve contextualização destas temáticas, permite a apresentação dos **objectivos gerais** definidos previamente, no respectivo projecto de estágio:

- Desenvolver competências na avaliação do Desenvolvimento Infantil
- Desenvolver competências para o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da qualidade e sistemas de informação em enfermagem.

Num terceiro momento deste relatório, procurarei descrever o processo de reflexão sobre as práticas, que promovi e coordenei no serviço de neonatologia onde exerço funções, utilizando os diagnósticos CIPE parametrizados na unidade. A estratégia visou a análise sobre as potencialidades e défices de documentação de cuidados de enfermagem nos SIE e a promoção da Prática Baseada na Evidência, como instrumentos essenciais para a melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Criança/Família.

O processo de aquisição de novos conhecimentos e capacidades, o desenvolvimento e legitimação de competências para o exercício de novos papéis e responsabilidades como EEESIJ, encontra-se finalmente próximo de um novo ponto de equilíbrio. Com a realização deste relatório, espero conseguir a demonstração de processos e resultados, que indiquem sucesso e notoriedade nesta transição por mim vivenciada, que procurarei traduzir e culminar nas reflexões finais do mesmo.

1. Desenvolvimento Infantil

A redução da mortalidade infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, sendo a promoção de um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, um transposto objectivo essencial para o século XXI, que nas últimas décadas originou políticas governamentais promotoras da sua vigilância e avaliação, no panorama global dos cuidados de saúde.

Segundo a versão Beta 2 da CIPE, é definido o Foco ou Fenómeno de Enfermagem, “*Desenvolvimento Infantil - é um tipo de crescimento com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta*” (APE, 2003, p.42).

Existem vários conceitos de desenvolvimento infantil, variando com o referencial teórico que se queira adoptar e de acordo com a área de conhecimento que o tenta estabelecer ou definir, sendo ainda natural que os diferentes conceitos tenham sofrido alterações ao longo dos tempos.

A CIPE enquanto processo evolutivo de uma terminologia global e linguagem classificada reconhecida pela OMS, é demonstrativa desta realidade que pode ser observada no conceito de desenvolvimento infantil da respectiva Versão 2 e que demonstra na minha opinião, uma feliz evolução. “*Desenvolvimento Infantil - desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância*” (OE, 2011, p.48).

As teorias do desenvolvimento psicosexual de Freud e psicossocial de Erickson, os trabalhos de Piaget que deram maior relevo à perspectiva cognitiva na abordagem da criança, ou Kohlberg que introduz o conceito de desenvolvimento moral, contribuíram para a compreensão do desenvolvimento infantil como um complexo fenómeno multidimensional, individual e único.

Não podendo referir todos os autores com trabalhos relevantes no desenvolvimento infantil, não poderia deixar de evidenciar a abordagem psicoafectiva de Bowlby, que releva os aspectos da vinculação e do afecto como pilar essencial do desenvolvimento infantil e inerente ao desenvolvimento humano. O autor refere-se à vinculação como “ (...) *a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade*” (Bowlby,2002, p. 219).

O foco de enfermagem Vinculação é definido na CIPE 2, “ *Vinculação - Parentalidade: Ligação entre a criança e mãe/pai; formação de laços afectivos*” (OE, 2011, p.79). Facilitar e promover a vinculação constitui-se deste modo como essencial e duplamente estruturante, nos processos transicionais que ocorrendo simultaneamente no ambiente familiar, constituem provavelmente as duas principais Transições Desenvolvimentais vivenciadas pela Pessoa Humana: O desenvolvimento Infantil e a Transição para a Parentalidade.

Segundo Hesselgrave (2011), Crescimento e Desenvolvimento, embora conceitos diferentes, são geralmente descritos como uma unidade referente à soma das diversas mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo. O crescimento pode ser considerado como um componente biológico/físico e estrutural do desenvolvimento, que resulta no aumento de tamanho e peso global ou de alguma região em particular.

O mesmo autor define desenvolvimento como um processo multidimensional, constituído por uma inter-relação de processos dinâmicos e contínuos, envolvendo além do crescimento, os conceitos de maturação e diferenciação:

“Amadurecimento (ou maturação) - aumento das competências e adaptabilidade; aumento de idade; geralmente usado para descrever uma mudança qualitativa; uma mudança na complexidade de uma estrutura que possibilita o início do seu funcionamento; funcionar num nível superior” (Hesselgrave, 2011, p.75);

“Diferenciação – processo que modifica sistematicamente as células e estruturas precursoras, para obter e atingir características químicas e físicas específicas; às vezes usado para defender uma tendência de massa

específica; desenvolvimento de actividades e funções das mais simples para as mais complexas” (Hesselgrave, 2011, p.75).

Nesta lógica e corroborando a visão do autor supracitado, pode considerar-se que o crescimento corresponde a uma dimensão mais quantitativa/física do desenvolvimento, enquanto maturação e diferenciação traduzem mudanças e transições de índole essencialmente qualitativo.

O desenvolvimento infantil constitui provavelmente, a mais importante e complexa transição vivenciada pela pessoa no decorrer do seu ciclo vital. Iniciada com a concepção, envolvendo várias dimensões desde o crescimento físico, numa correlação de múltiplos processos traduzidos pela maturação e diferenciação neurológica, motora, comportamental, afectiva, sexual, social e cognitiva. *“Tem como produto tornar a criança competente, para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando o seu contexto de vida”* (Figueiras et al, 2005, p.11).

Constituída esta realidade como evidência, torna-se essencial para a enfermagem e para todos os actores envolvidos, a criação de condições geradoras de equilíbrio, optimizando processos e recursos disponíveis, na prossecução do objectivo de facilitar e promover o sucesso de Transições Desenvolventais saudáveis, vivenciadas pelas crianças/jovens.

1.1 Riscos para o Desenvolvimento Infantil/Juvenil

O conhecimento e interesse pelo desenvolvimento infantil, a sua vigilância, promoção e avaliação, reflectem uma preocupação crescente com esta temática e progressivamente foi aumentando a noção da multiplicidade de factores que podem interferir com o mesmo. Na maioria das vezes não se pode estabelecer uma única causa, existindo uma associação de diversas etiologias associadas a problemas no desenvolvimento infantil/juvenil.

A infância é um período associado a grande vulnerabilidade, característica inerente a todas as crianças, traduzida pela falta de autonomia na sua

interacção nos ambientes transicionais, o que a torna dependente e susceptível às condições proporcionadas pela família, comunidade e sociedade.

A adolescência pode definir-se como a busca de uma identidade, para a personalidade construída durante a infância, sendo caracterizada por uma autonomia crescente e cognitivamente pelas Operações Formais. Com o pensamento abstracto, (...) “ *ensaiam-se novas reflexões, tomadas de decisão e condutas que até então não tinham sido tentadas*” (OE, 2010, p.17).

Cada criança é um produto da evolução adaptativa da sua espécie, dos genes que herdou dos seus pais, do ambiente físico, social e cultural em que vive e das experiências de interacção que vivencia nesse ambiente. O seu desenvolvimento decorre de uma interacção entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente, constituindo-se nestas duas áreas os factores de risco que podem dificultar e condicionar o processo transicional do desenvolvimento infantil.

“Sendo o desenvolvimento da criança decorrente de uma interacção entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente, factores adversos nestas duas áreas podem alterar o seu ritmo normal. A probabilidade de que isto ocorra é chamado de Risco para o Desenvolvimento” (Figueiras et al, 2005, p.12).

Estes “Riscos para o Desenvolvimento”, constituem-se como potenciais **Condições Inibidoras** das transições vivenciadas pelas crianças e jovens, com possíveis efeitos redutores na sua saúde, qualidade de vida e potencial de desenvolvimento/crescimento, enquanto processo global, individual e multidimensional, de aquisição gradual de competências para a vida adulta.

1.1.1 Factores de Risco Biológicos

Os factores de risco biológicos são mais relevantes na infância, sendo a fase da adolescência caracterizada normalmente por uma condição de vigor físico e saúde, em que os riscos ambientais associados a comportamentos e estilos de

vida, constituem a essência dos riscos para o desenvolvimento saudável do adolescente.

Os factores de risco biológicos são constituídos por eventos pré, peri e pós natais, que resultando em danos biológicos/tecidulares podem aumentar a probabilidade de repercussões negativas no desenvolvimento infantil, sendo exemplos a RCIU, prematuridade, hipoxia cerebral grave, meningites, etc. Nesta categoria incluem-se ainda as patologias maternas susceptíveis de causar danos biológicos no período gestacional e factores endócrinos, associados às hormonas de crescimento, tiroideia e andrógenos.

“Crianças com deficiências hormonais necessitam de terapia de reposição para corrigir os distúrbios específicos e isso pode envolver a administração de extracto de tiróide, cortisona, testosterona, estrogénios ou progesterona. Tratamento com hormonas sexuais usualmente é iniciado durante a adolescência para promover maturação sexual normal” (Hockenberry, 2011, p. 1052).

O conhecimento da história sobre consanguinidade parental, doenças maternas e paternas, complicações na gravidez, idade gestacional e peso ao nascer, bem como todo o historial saúde/doença da criança desde o nascimento, revela-se como uma primeira dimensão a avaliar/ponderar, podendo constituir desde logo um primeiro diagnóstico de risco para o desenvolvimento.

Alguns autores diferenciam dos riscos biológicos, os riscos que consideram estabelecidos, referindo-se a desordens médicas definidas visando especialmente as de origem genética como malformações congénitas, Síndrome de Down, erros inatos do metabolismo e outros síndromes do foro genético. Nestas situações considera-se existir não um risco, mas um comprometimento efectivo do potencial de desenvolvimento, que exige referência e acompanhamento por equipas multidisciplinares especializadas e seguimento nos Centros de Desenvolvimento Infantil.

Numa perspectiva de saúde global, os planos nacionais de vacinação contribuíram para uma drástica redução do risco de doenças associadas à

infância, inibindo deste modo as repercussões negativas associadas aos processos saúde/doença, representando papel essencial na redução do potencial biológico constituído como risco para o desenvolvimento infantil. *“Neste âmbito, e face aos movimentos antivacinais emergentes, o reincentivo ao PNV, preservando o bom estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial”* (DGS, 2012, p.5).

Promover a transição Desenvolvimento infantil, define deste modo um essencial Foco de Enfermagem quanto a comportamentos e competências na Parentalidade, traduzindo a não adesão ou cumprimento deficiente do PNV, um grave factor de risco que deverá ser devidamente identificado, sinalizado e reflectido pelas equipas multidisciplinares de Saúde Infantil e Juvenil.

Na CIPE beta 2 é definido o Foco de Enfermagem, Adesão à Vacinação: *“Adesão à vacinação é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: desempenhar actividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis susceptíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem”* (APE, 2003, p.58).

A redução da mortalidade infantil devido aos avanços da investigação médica e tecnológica em saúde, resulta num significativo aumento da sobrevivência na prematuridade e noutras situações saúde/doença infantil, observando-se uma elevada e crescente quantidade de crianças com *“(…) deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, necessitando de reforço da intervenção precoce e implementação dos centros de desenvolvimento”* (OE, 2011, p.2).

Nas últimas décadas, verifica-se também enorme aumento da incidência da asma infantil e outras doenças alérgicas, significando uma perda de qualidade de vida com possíveis alterações no seu potencial de desenvolvimento, tendo-se também verificado o aumento de doenças oncológicas, diabetes infantil e outras doenças crónicas. *“O aumento da doença crónica e da esperança de vida suscitam a necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos”* (OE, 2011, p.2).

A promoção da amamentação/aleitamento materno, além de propiciadora do processo de vinculação mãe/criança, entre outros aspectos positivos, representa também um poderoso instrumento para a minimização dos factores de risco biológicos para o desenvolvimento, pelas reconhecidas propriedades imunológicas conferidas pelo leite materno, prevenindo entre muitas outras, as doenças alérgicas e também a obesidade.

O foco de enfermagem Amamentar é definido na versão Beta 2 da CIPE como, *“Amamentar- é um tipo de ligação mãe-filho com as características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite ao peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome”* (APE, 2003, p.66).

A obesidade é um bom exemplo da complexidade e inter-relação de factores de risco para o desenvolvimento Infantil e juvenil, sendo considerada uma doença e declarada pela OMS como a epidemia do século XXI. Enquanto doença constitui-se indubitavelmente, como um grave risco biológico para a saúde e desenvolvimento das crianças/jovens, predispondo hipertensão arterial, diabetes, dislipidémias, problemas de auto-imagem e auto-estima, emocionais, psicológicos, sociais, etc.

A sua genealogia porém, resulta principalmente de factores de risco ambientais, como maus hábitos alimentares, sedentarismo, falta de exercício físico e actividades desportivas, que reflectem comportamentos e estilos de vida que a criança vai adquirindo no ambiente familiar e posteriormente no ambiente pré-escolar/escolar, inserindo-se e influenciando-se mutuamente no ambiente comunitário.

Na sociedade, enquanto ambiente transicional onde se inserem hierarquicamente ambientes comunitários e familiares, a publicidade alimentar na televisão, os factores económicos e estruturais das famílias, ou as leis sobre a alimentação disponibilizada nas escolas e outros espaços públicos, contribuem sinergicamente para a constituição do grave risco biológico conferido pela obesidade.

Na promoção do desenvolvimento infantil, um dos desafios que se impõe à enfermagem enquanto profissão de saúde e particularmente ao EESIJ, é uma participação mais activa na sociedade enquanto ambiente transicional global, influenciando a génese de políticas de saúde promotoras das competências na parentalidade, comportamentos de saúde e estilos de vida de vida saudáveis e prevenção/minimização dos factores de risco.

1.1.2 Factores de Risco Ambientais

Desde há algumas décadas que a génese da mortalidade e morbilidade das crianças e principalmente dos jovens, evoluiu de factores de ordem biomédica para um contexto de origem ambiental, social e comportamental, sendo consensual a importância dos comportamentos e estilos de vida na saúde dos indivíduos e das populações.

Como referido anteriormente e numa perspectiva ecológica de enfermagem, pode considerar-se a existência de três subsistemas que compõem o ambiente transicional global, definindo colectivamente o universo dos riscos ambientais para o desenvolvimento e onde a enfermagem deverá contextualizar o seu papel, na promoção do desenvolvimento infantil: família, comunidade e sociedade.

A família é o contexto/ambiente primário do desenvolvimento humano e unidade primordial de organização social, assumindo a criança como dependente dos seus cuidados com o objectivo de suprir as suas necessidades, visando o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O conhecimento sobre os tipos e características de factores de risco para o desenvolvimento infantil e juvenil, enquanto condições inibidoras do potencial transicional vivenciado pelas crianças e adolescentes, revela-se essencial no estabelecimento de estratégias para o desenvolvimento de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil/juvenil saudável, das crianças ao seu cuidado e responsabilidade.

No entanto os casos de disfuncionalidade familiar, com consequentes efeitos negativos nas crianças ao seu cuidado, constituem hoje uma realidade global e não associada apenas a carências económicas ou nível de formação dos elementos individuais que a constituem. *“Existe um número significativo de crianças que são abandonadas ou negligenciadas. Em 2009, viviam institucionalizadas cerca de doze mil crianças e adolescentes. Os motivos para a instauração de processos são o abandono, negligência, violência física, abandono escolar, maus tratos continuados e abuso sexual”* (OE, 2011, p.2).

A separação/ divórcio dos pais, cada vez mais frequente na sociedade actual e consoante a idade e características individuais das crianças, pode constituir-se como um grave risco para um saudável desenvolvimento infantil/juvenil, sendo muito importante o aconselhamento aos pais, para alterações no ambiente transicional da parentalidade e possíveis consequências no desenvolvimento infantil.

Os acidentes domésticos como quedas, queimaduras, engasgamento por objectos, asfixia, os acidentes de viação, afogamentos, traumatismos, intoxicações, constituem também problemas reais de saúde pública, sendo uma causa importante de incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens, com consequente prejuízo no seu desenvolvimento.

O domínio sobre os estádios de desenvolvimento da criança/jovem, possibilita ao EESIJ compreender a complexidade e evolução dos factores de risco, possibilitando por exemplo, o estabelecimento de medidas preventivas de acidentes, adequadas ao nível e complexidade da interacção infantil nos ambientes transicionais.

Numa abordagem cognitiva, a aprendizagem no lactente é o resultado da exploração do ambiente através dos sentidos, percepcionando o mundo, utilizando e desenvolvendo as suas características e capacidades sensoriomotoras. *“(…) Os lactentes pequenos são pessoas indefesas em qualquer ambiente. Quando eles começam a rolar e a impulsionar-se, podem cair de superfícies desprotegidas. O lactente que gatinha tem uma tendência natural a colocar objectos na boca, está em risco de broncoaspiração ou envenenamento”* (Hockenberry, 2011, p.3).

O *andar* representa uma autonomia crescente para interagir nos ambientes transicionais, desenvolvendo capacidades neuro-motoras, contribuindo para o domínio do seu próprio corpo e do ambiente que o rodeia. “*A criança de 12 a 24 meses (toddler) ativa, com o instinto de explorar e investigar e a capacidade de correr e subir nos lugares, pode sofrer quedas, queimaduras ou colisões com objectos*” (Hockenberry, 2011, p.3).

Sensivelmente, a partir dos 18 meses, o conflito psicossocial típico é autonomia versus vergonha e dúvida, sendo essencial que os pais não fiquem demasiado centrados por exemplo, no risco de pequenas quedas (associadas ao correr, puxar, empurrar, saltar, etc.). Estas fazem parte do processo de aprendizagem saudável da criança, promovendo autonomia e força de vontade, virtude psicossocial própria desta idade e padrão de resposta esperado neste estágio transicional do desenvolvimento.

Pelo contrário, se os pais a impedem de usar as suas capacidades ou exigem que as usem precocemente, estão a contribuir para o aparecimento de sentimentos negativos, nomeadamente vergonha e dúvida, constituindo a persistência nesta atitude, um factor de risco para o desenvolvimento saudável da personalidade da criança.

Citando a OE, corroborando a visão da Direcção Geral de Saúde, “*(...) o risco pode ser considerado de dois modos: o que gera prejuízo, com repercussões negativas no estado de saúde e danos a curto, médio e/ou longo prazo; e o que cria oportunidades, em que os comportamentos podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, desenvolvimento de autonomia e construção de novas interdependências; tornando-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psicoafectivo e para a socialização*” (OE, 2010, p.17).

Uma boa analogia popular a esta realidade é traduzida na expressão “*Para aprender tem que se cair*”. No entanto é diferente o risco de queda de um degrau em comparação com a queda de umas escadas, tal como o risco de queda de bicicleta, quando ocorra com capacete e medidas de protecção, ou sem nenhum tipo de medidas de minimização dos efeitos traumáticos decorrentes.

A escola/pré-escola representa o segundo ambiente experiencial onde as crianças e jovens desenvolvem comportamentos e estilos de vida, definindo esta um ambiente transicional essencial no desenvolvimento infantil, sendo também na escola que as crianças crescem e desenvolvem competências, passando progressivamente para a adolescência.

“À medida que a criança cresce, sua concentração no brincar a torna mais propensa a riscos ambientais como os do tráfego nas ruas ou afogamento. A necessidade de conformar-se e obter aceitação leva as crianças mais velhas e os adolescentes a aceitarem desafios e riscos. Embora a taxa de acidentes seja alta em crianças com menos de nove anos de idade, a maioria das lesões fatais ocorrem posteriormente na infância e na adolescência” (Hockenberry, 2011, p.3).

O conflito psicossocial típico na adolescência é definido por identidade versus confusão, integrando desafios constantes e confrontos com o mundo experiencial que vivencia, personalizados frequentemente nos pais e adultos em geral. O adolescente desenvolve capacidade de criticar os sistemas sociais, discutindo valores morais da família, comunidade e sociedade em geral, propondo novos códigos de conduta, alcançando e definindo o padrão intelectual que persistirá na idade adulta.

Iniciando comportamentos de risco associados a esta fase de desenvolvimento, caracterizada pela afirmação, experimentação e à conjuntura social e ambiental que lhe é disponibilizada pela comunidade/sociedade, este estágio transicional do desenvolvimento pode levar a sentimentos de não vulnerabilidade, constituindo esta realidade um factor de risco acrescido, característico da adolescência.

Os comportamentos de risco dos adolescentes estão associados ao consumo de substâncias aditivas como álcool, tabaco e drogas, comportamentos violentos, distúrbios alimentares, acidentes de viação, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, etc.

“Continuam a existir casos de gravidez na adolescência, de maternidade e paternidade precoces, de aumento de doenças sexualmente transmissíveis.

Apesar de nos últimos dois anos, esses números terem vindo a diminuir, continua a ser necessário dar prioridade à educação sexual e ao planeamento familiar” (OE, 2011, p.2).

Na sociedade actual e numa conjuntura nacional de crise social, aumentaram drasticamente o desemprego, a pobreza e exclusão social, existe um número crescente de crianças com perturbações emocionais e comportamentais, absentismo escolar, delinquência e comportamentos aditivos como álcool, tabaco ou drogas.

De referir particularmente a necessidade de intervenção para um novo factor de risco neste último âmbito, que foi o aparecimento e rápida proliferação das conhecidas *Smartshops*, que legalmente disponibilizam substâncias perigosas para consumo pelos nossos jovens, representando um novo risco ambiental e potencial risco biológico para a sua saúde e inerentemente para o seu potencial de desenvolvimento.

“Considerando as actuais tendências e necessidades de cuidados, é vasto o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem, que pode actuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado” (OE, 2011, p.3).

É essencial para o EESIJ, contribuir para a elaboração de estratégias/políticas visando a redução dos factores de risco para o desenvolvimento, implementando medidas e mobilizando recursos na comunidade, diagnosticando as melhores terapêuticas de enfermagem que se constituam segundo a evidência, como **Condições Facilitadoras** das transições Desenvolvimento Infantil e Parentalidade.

1.2 Síntese Reflexiva sobre momento do Percurso Formativo

Neste momento expositivo, considero pertinente uma primeira reflexão sobre o processo global de aquisição/legitimação de competências, que se iniciou em Outubro de 2011 e que culminará com a realização deste relatório de estágio,

referente à última unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria da ESEL.

A contextualização apresentada sobre desenvolvimento infantil e factores de risco para o desenvolvimento, recorrendo a alguns focos de enfermagem CIPE e relevando aspectos sobre o domínio dos estádios de desenvolvimento infantil/juvenil, procurou sintetizar uma primeira dimensão de competências adquiridas como EESIJ, na promoção do Desenvolvimento Infantil.

A unidade curricular Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Jovem foi essencial para as temáticas deste relatório, tendo estabelecido a convicção da importância dos focos de enfermagem CIPE, como instrumento reflexivo para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem para o desenvolvimento. A compreensão do Desenvolvimento Infantil como um processo multidimensional e a evidência da sua avaliação/vigilância como estratégias essenciais na sua promoção e potenciação, despertou o meu interesse nas Escalas de Avaliação do Desenvolvimento Infantil.

Neste sentido, queria referir também os contributos essenciais das unidades curriculares Comportamentos de Saúde e Estilos de Vida da Criança e do Jovem, Tendências e Modelos de intervenção em Enfermagem da Criança e do Jovem e Enfermagem da Criança e do Jovem com situações específicas de saúde. Permitindo uma visão global de ambientes e especificidades de cuidados de enfermagem especializados, possibilitaram uma panóplia de substratos reflexivos essenciais para o desenvolvimento de capacidades e competências analíticas como EESIJ, que tentei sintetizar expositivamente como reflexo dessa realidade.

Não poderia deixar de evidenciar a importância de uma unidade curricular, que permitiu a consciencialização da importância das diferentes teorias e estádios de desenvolvimento infantil, como domínio essencial para a compreensão global da realidade transicional vivenciada pelas crianças/jovens e principal suporte qualitativo/reflexivo, potenciador da aquisição global da *Visão* e competências como EESIJ.

A reflexão individual realizada no âmbito da unidade curricular “Intervenção do Enfermeiro Especialista face à Família, à Criança e ao Jovem, submetido a terapêuticas específicas e procedimentos técnicos” (unidade curricular opção I), orientada pela professora Maria José Pinheiro e pela importância que teve no meu percurso formativo, não poderia deixar de constar como primeiro apêndice deste relatório (Apêndice I).

A pertinência de inclusão da reflexão individual desta unidade curricular demonstrando qualitativamente uma visão específica como EESIJ, é acentuada pelo facto de a mesma contextualizar também uma dimensão de riscos para o desenvolvimento infantil, que orientou qualitativamente a enfermagem nas últimas décadas, para a evolução de *Cuidados Não Traumáticos*.

Exerço funções como enfermeiro desde 1995, desenvolvendo competências na área de pediatria desde Dezembro de 2000, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. No momento do percurso formativo que antecedeu este estágio, fruto da identidade reflexiva que sempre definiu a minha prestação profissional/pessoal e dos contributos formativos vivenciados, considerei ter compreendido e incorporado a *Missão dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pediatria*.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência, à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011, p.3).

Neste estágio do desenvolvimento/legitimação de competências como EESIJ, construí a convicção do papel que os Focos de Enfermagem CIPE e as potencialidades dos SIE, constituem um instrumento essencial para a reflexão sobre as práticas, promovendo a melhoria contínua da qualidade global dos

cuidados de enfermagem, evidenciando os seus resultados, possibilitando a criação de Indicadores de Enfermagem e conhecimento em saúde.

Os Focos de Enfermagem **Desenvolvimento Infantil**, Crescimento, Vinculação, **Amamentação**, **Parentalidade**, **Adesão à Vacina** e **Excesso de Peso**, contextualizados e definidos propositadamente na retórica expositiva, revelam-se como dimensões/fenómenos do processo transicional global onde a enfermagem deverá reflectir, visando a promoção do desenvolvimento infantil/juvenil saudável. Acrescentando o foco **Uso de Contraceptivos**, contextualizado também anteriormente, estão demonstrados numa lógica de cuidados de saúde primários, o *Core* de seis Focos de Enfermagem definidos pela OE para o RMDE na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.

Embora as temáticas CIPE/SAPE/RMDE constituam uma dimensão desenvolvida posteriormente neste relatório, o meu interesse e competências desenvolvidas nestas áreas, permitiram a mobilização transversal deste/s instrumento/s para promoção da prática reflexiva nos diferentes campos de estágio percorridos, na prossecução prévia do exercício de competências como EESIJ.

Como primeira crítica sobre o RMDE elaborado pela OE em 2007, quero referir a não inclusão do Foco de Enfermagem Vinculação no *core* de focos definidos para o Centro de Saúde, como uma realidade que necessita de ser analisada, pela demonstrada evidência da sua importância estrutural no desenvolvimento infantil/juvenil e pelo papel essencial da enfermagem na sua promoção e vigilância.

2. Promover o Desenvolvimento infantil

Meleis (2010) refere que os enfermeiros devem ter em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, em detrimento de se focarem num único tipo específico de transição. A transição Desenvolvimento Infantil apresenta um **padrão múltiplo, sequencial, simultâneo e relacionado** com a transição Parentalidade, ocorrendo ambas como transições individuais que se constituem e complementam na díade composta pela criança/pais.

Parentalidade é definida segundo a versão CIPE 2, “ *Parentalidade – Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados*” (OE, 2011, p.66).

Enquanto processos transicionais que se geram mutuamente, desenvolvimento infantil e parentalidade, estruturados pela vinculação, coexistem numa sinergia dinâmica multidimensional, sendo a constatação desta realidade e o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, o suporte da filosofia de cuidados centrados na família.

A analogia exposta anteriormente permite contextualizar o conceito de *Pessoa* definido pela OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem:

*“O conceito de pessoa é especificado nesta área de especialidade sob o binómio criança/jovem e a família. **A criança**, é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida como sucesso. Esta apresenta-se dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu desenvolvimento e crescimento saudável, ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais*

independente, até alcançar a autonomia. (...) A família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Entenda-se a mesma como contexto/mesossistema, sendo os pais, os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, não excluindo a importância de outras pessoas significativas/prestador informal de cuidados, e/ou contextos na vida da criança/jovem (...)” (OE, 2011, p.4).

Segundo Meleis (2010), a **preparação e conhecimento** constituem condições essenciais que podem facilitar ou inibir o processo de transição. A antecipação da experiência de transição e o conhecimento prévio de aspectos significativos sobre a mesma, facilita a sua aceitação, o estabelecimento de expectativas realistas e estratégias adequadas para lidar com a situação.

Os cuidados antecipatórios aos pais/prestador de cuidados, promotores da capacitação e potencialização de competências na parentalidade, definem deste modo estratégia essencial na promoção de condições facilitadoras da transição desenvolvimento infantil, promovendo subsequentemente a capacitação e potencialização de competências na criança.

Considerando devidamente definido e contextualizado no decorrer deste relatório, o conceito Metaparadigmático *Ambiente da Criança e do Jovem* e das suas Condições Inibidoras e Facilitadoras, o conceito de *Pessoa* apresentado carece ainda da principal perspectiva, tantas vezes esquecida ou subvalorizada nos cuidados de saúde e noutros quotidianos sociais, revelando-se como dimensão essencial a promover pelo EESIJ.

“(...) A criança/jovem é também um centro de processos interrelacionais, que decorrem do seu direito à liberdade de expressão e auto-determinação, bem como o respeito de opinião, do seu projecto de saúde e de prestar consentimento nas decisões sobre a situação clínica, criação e melhoria dos serviços “ (OE, 2011, p.4).

O domínio das diferentes etapas de desenvolvimento infantil pelo EESIJ e a sua antecipação/aconselhamento aos pais sobre actividades que podem promover a aquisição de competências, podem minimizar ou evitar

erros/lacunas na estimulação da criança, contribuindo para a maximização do seu potencial de desenvolvimento. *“Pode fazer a diferença incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a dirigir os seus estímulos e a saber que jogos usar”* (Pinto, 2009, p.2).

De acordo com Meleis (2010), uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por **indicadores de processo e indicadores de resultado**, sendo essencial para o enfermeiro especialista, o conhecimento e domínio pragmático destes indicadores, permitindo potenciar a avaliação global e intervir precocemente na prossecução do objectivo de facilitar uma transição saudável.

Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo, o seu desenvolvimento é um processo multidimensional, não linear ou contínuo, mas que segue padrões previsíveis, constituindo a interacção ambiental/social e o brincar como actividades basilares do desenvolvimento infantil saudável. A vigilância do desenvolvimento Infantil como estratégia na sua promoção, implica avaliação e monitorização de competências nos estádios transicionais, exigindo deste modo a utilização de instrumentos adequados.

“Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psico-motor fiável, seguro e de fácil utilização. Por conseguinte, todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento” (OE, 2010, p.72).

A contextualização citada anteriormente e segundo o autodiagnóstico de competências do EESIJ realizado previamente, permite neste momento a definição dos objectivos específicos delineados para os dois primeiros campos de estágio realizados: Unidade de Saúde Familiar- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Centro de Desenvolvimento da Criança.

2.1 Objectivos Específicos

- Identificar instrumentos para avaliação do Desenvolvimento Infantil;
- Desenvolver capacidades na avaliação do Desenvolvimento Infantil;
- Conhecer o padrão documental nos SIE, na consulta de Saúde Infantil/Juvenil e Centro de Desenvolvimento da Criança;
- Propor a utilização de um instrumento para avaliação do Desenvolvimento Infantil na UCINP.

Como referido anteriormente, a parte final deste relatório visará a descrição do processo de reflexão sobre as práticas que promovi na unidade de cuidados onde exerço funções, utilizando os focos de enfermagem CIPE e potencialidades dos SIE como instrumento/s de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e fornecendo contributos estruturais sobre a Prática Baseada na Evidência.

No final desta primeira dimensão do relatório, estarão contextualizados os principais conteúdos adquiridos/realizados nos referidos ambientes de estágio, relevando conhecimentos e capacidades na utilização de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil, permitindo a escolha e proposta argumentada de uma escala para utilização na unidade e no serviço de pediatria.

2.2 Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

O conceito de *Saúde da Criança e do Jovem* pode ser definido como um processo dinâmico, contínuo e variável no tempo, constituindo um estado subjectivo e especificado por “(...) *um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento*” (OE, 2011, p.4).

Neste ambiente de cuidados pode considerar-se que todas as crianças serão tendencialmente saudáveis, constituindo aspecto prioritário a detecção precoce e apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de doença, risco ou especialmente vulneráveis, promovendo condições

facilitadoras no equilíbrio saúde/doença e maximização do seu potencial individual de saúde e desenvolvimento.

O papel do EESIJ visa primordialmente a proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, promovendo a sua aquisição global de competências e autonomia, tendo como princípios orientadores “(...) a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, (...) e o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (OE, 2011, p.5).

A experiência global vivenciada neste primeiro campo de estágio, o meu desempenho na consulta de saúde infantil e juvenil como futuro EESIJ, bem como algumas actividades desenvolvidas no seio da equipa de enfermagem, originaram a realização de um Jornal de Aprendizagem, que contextualiza ainda uma experiência reflexiva sobre processos de tomada de decisão e informação/conhecimento em saúde (Apêndice 2).

Deste modo considereei pertinente neste relatório, a promoção de um instrumento que se revelou essencial na minha prestação/evolução como EESIJ neste ambiente de cuidados, nomeadamente o futuro/novo Programa de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil. Este documento representa uma enorme evolução qualitativa, destacando especialmente a adopção das Escalas de Crescimento da OMS e um novo enfoque sobre temáticas, avaliação e procedimentos/sinalização, visando Crianças e Jovens em Risco ou com Necessidades Especiais e as Perturbações Emocionais e do Comportamento.

Não poderia deixar de enaltecer a evolução/investimento na escala de Avaliação de Mary Sheridan Modificada, definida como instrumento a utilizar na consulta de saúde infantil, relevando a sua inclusão detalhada no PVSIJ. De evidenciar também a qualidade dos textos de apoio sobre Avaliação do Desenvolvimento, ilustrações e notas explicativas para aplicação da escala, como instrumento para avaliação do desenvolvimento infantil e promoção de competências parentais no âmbito dos cuidados antecipatórios.

Será legítimo afirmar que leitura reflexiva deste documento, pela excelência dos seus conteúdos e organização, permitiu a evolução da visão global como EESIJ na Consulta de Saúde Infantil/Juvenil e cumulativamente, a sua utilização como instrumento orientador no âmbito dos parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios, nas consultas realizadas em todas as idades-chave do actual programa de vigilância.

A sua impressão integral e utilização como *auxiliar de memória* durante o estágio, permitiu a capacitação e potencialização do meu processo de aquisição de competências globais na CSIJ, bem como a sua divulgação e promoção que desenvolvi na equipa de enfermagem e multidisciplinar, evidenciando os “novos/futuros” instrumentos para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.

Embora concebido para aplicação num contexto/ambiente de Cuidados de Saúde Primários, considero este documento domínio essencial para todos os EESIJ, independentemente do local onde exerçam a sua actividade profissional. Constituindo um documento orientador e normativo, deverá ainda ser do conhecimento de todos os enfermeiros em pediatria e “(...) *uma obrigação de todos os que nos ocupamos da saúde das crianças e jovens conhecê-lo, aplicá-lo e contribuir construtivamente para a sua actualização permanente. As crianças e os jovens agradecem!*” (Sasseti, 2012, p.1).

Na impossibilidade de referir a totalidade do documento, que absorvi pela dupla e sequencial leitura no final do primeiro dia de estágio e de acordo com os objectivos delineados, a minha exposição ulterior visará os instrumentos para avaliação do desenvolvimento/crescimento Escala de Mary Sheridan Modificada e as finalmente adoptadas Curvas de Crescimento da OMS.

A importância destes instrumentos na promoção da transição desenvolvimento infantil/juvenil, pode aferir-se na constituição do primeiro objectivo transposto e apresentado no novo PVSIJ; “*Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*” (DGS, 2011, p.7).

2.2.1 Curvas de Crescimento da OMS

Os dados antropométricos registados pelos enfermeiros nos SIE na consulta de saúde infantil e juvenil e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, constituem a essência dos dados sobre vigilância e monitorização do crescimento/estado nutricional das crianças e jovens, conferindo papel estratégico à enfermagem para a compreensão global desta dimensão do desenvolvimento infantil/juvenil.

“As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e adolescentes; o desenvolvimento harmonioso, dentro dos parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável, e deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações” (DGS, 2012, p.41).

Na década de 70 e não existindo curvas de crescimento nacionais, foram adoptadas para utilização nas consultas de vigilância de saúde infantil, as curvas do National Center for Health Statistics (NCHS), tendo sido substituídas mais recentemente pelas da Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Estas entidades criaram as respectivas curvas, que têm servido como referência para o crescimento das crianças em Portugal e noutros países, com base em estudos que envolveram apenas crianças norte-americanas.

Este registo de padrões, além de estar limitado à uma população de um país, apoiou-se ainda maioritariamente numa amostra de crianças alimentadas com leites adaptados, produzindo valores de referência que não reflectem correctamente os padrões de crescimento/nutrição em crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, como preconizado nos primeiros 4/6 meses de vida.

Desde há muito que a comunidade científica defendia a criação de curvas de crescimento metodologicamente correctas e de aplicação universal, tendo a OMS realizado um estudo multicêntrico entre 1997 e 2003, incluindo milhares de lactentes e crianças de países como Brasil, Oman, Noruega, Índia, Estados Unidos da América ou Gana.

As curvas de crescimento da OMS foram construídas pelo seguimento de RN de termo, com aleitamento materno até aos seis meses, correcta diversificação

alimentar e cuidados de saúde adequados, enquanto condições ideais promotoras do seu potencial genético. Reflectem deste modo valores de referência mais representativos da realidade global, sendo a sua adopção defendida por muitos especialistas e nos quais pretensiosamente me incluo, corroborando a opinião que “(...) *as curvas vieram traduzir o crescimento mais próximo do ideal*” (DGS, 2012, p.41).

Uma questão muito importante nesta lógica corresponde ao facto de as curvas da OMS permitirem uma mais correcta avaliação dos lactentes amamentados, contemplando a desaceleração do crescimento dos 3-4 meses, associada muitas vezes a uma suplementação desnecessária e/ou ao abandono do aleitamento materno.

Na opinião de vários peritos, corroborados por Guerra (2012), as crianças alimentadas apenas com leite materno crescem mais nos primeiros meses, mas sofrem depois uma desaceleração do ritmo de crescimento, que embora natural mas não estando prevista nas actuais curvas, pode levar à introdução indevida de suplementos alimentares como leite artificial ou a papa.

As curvas de crescimento da OMS e respectivas “tabelas de percentis” contemplam esse período de natural/normal desaceleração, reduzindo o risco de interpretações erróneas do padrão de crescimento nas crianças amamentadas, constituindo uma evolução qualitativa reclamada há muito por diversos especialistas e entidades com idoneidade na saúde infantil.

A sua adopção pela DGS para utilização futura na avaliação do crescimento da população portuguesa, é justificada pela metodologia utilizada na construção destas curvas, que as tornam mais próximas das curvas padrão e “(...) *pela possibilidade de utilizar à escala mundial, o mesmo instrumento universal permitindo comparações com outros estudos ou populações*” (DGS, 2012, p.41).

Como definido no novo PVSII e para ambos os sexos, as curvas de referência a utilizar foram publicadas em 2006 (WHO Child Growth Standards) sendo, Comprimento (0 aos 5 anos), Peso (0 aos 5 anos), Índice de massa corporal (0 aos 5 anos) e Perímetro Cefálico (0 aos 2 anos). Para a faixa etária a partir dos

5 anos e até perfazer 19 anos, foram publicadas pela OMS em 2007 (WHO Reference 2007), as curvas Altura (5 aos 19 anos), Peso (5 aos 10 anos) e Índice de Massa Corporal (5 aos 19 anos).

As novas curvas irão permitir uma avaliação mais fidedigna e melhorar a detecção de situações de obesidade, que actualmente é um dos problemas mais preocupantes nas crianças e jovens portugueses. *“As curvas nacionais ou populacionais, apenas reflectem o crescimento daquela população e quase nunca em situações ideais”* (DGS, 2012, p.42).

As actuais curvas do Center for Diseases Control and Prevention reflectem assim a realidade da população norte-americana, caracterizada desde há décadas por uma obesidade crescente e presente desde a infância. A adopção das novas escalas da OMS poderá deste modo contribuir para um diagnóstico mais fidedigno e provavelmente mais alarmante, sobre a obesidade nas crianças e jovens em Portugal.

Apesar da importância desta medida, Guerra (2012), refere que muitas vezes o percentil é sobreavaliado e/ou mal interpretado pelos pais, defendendo ainda que não importa se a criança tem um percentil de 5, 50 ou 90. O importante é crescer a uma velocidade normal, em paralelo com as curvas de referência e ter o peso e comprimento a progredir de forma proporcionada e harmoniosa.

Citando Cordeiro (2012, p.1), *“Ao contrário do que alguns pensam, crescer no percentil 10 não quer dizer que se cresce apenas 10% do que se deve. As curvas de percentis são medições rigorosas de milhares de crianças, em várias idades, que definem vários pontos”*. Significa apenas que em cada 100 crianças da mesma idade e sexo, existem 9 crianças mais baixas e 90 mais altas, ou analogamente que existem 9 crianças mais leves e 90 mais pesadas.

Resumindo, há que interpretar pragmaticamente e valorizar devidamente a importância dos percentis, não sendo por exemplo correcto/pertinente descer ao pormenor do “percentil 17 ou 18”. O que interessa é que cada criança tenha curvas equilibradas, evoluindo linearmente no tempo, salvaguardando algumas acelerações e desacelerações nos primeiros doze meses, que podem estar relacionadas com o ajustamento do tamanho intra-uterino ao verdadeiro

tamanho genético, “(...) *bem como naturais discrepâncias de quem é leve ou pesado, cabeçudo ou não, mas tudo dentro da normal variação do ser humano*” (Cordeiro, 2012, p.1).

Um dos pressupostos da consulta de saúde infantil e juvenil reafirmado no novo PVSIJ, consiste na avaliação em todas as consultas da “*Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspectos do desenvolvimento psicossocial*” (DGS, 2012, p.10).

Neste sentido considero ter construído uma posição privilegiada, no conhecimento e capacidades adquiridas que possibilitaram a construção de competências analíticas e pragmatismo, na correcta avaliação, interpretação e esclarecimento aos pais sobre dinâmicas de crescimento (percentis), desmitificando um aspecto do desenvolvimento sobrevalorizado e mal interpretado frequentemente pelos mesmos.

A realização de um trabalho de grupo no âmbito de uma unidade curricular percorrida, sobre os hábitos alimentares, Comportamentos de Saúde e Estilos de Vida da Criança e do Jovem, permitiu a aquisição de conhecimento baseado na evidência reflectida e sintetizada, traduzida na evolução de um discurso/argumentação demonstrativo de competências e especial sensibilidade como EESIJ, para a complexa problemática da obesidade.

2.2.2 Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada

A adequada avaliação do desenvolvimento da criança traduz-se na observação crítica e experiente pelo EESIJ, desde que esta entra na sala até ao momento em que sai da mesma, incidindo particularmente na conversa com os pais/cuidadores, ouvindo as preocupações dos mesmos bem como da criança e intercorrências desde a última consulta.

“Nesta fase da consulta, a observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar, enquanto não é o alvo das atenções e se sente mais à vontade,

permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma. É muito útil observá-la sem que dê por isso – a atenção, o tipo de manipulação que utiliza, a mímica, etc. – e ter por exemplo, um ou mais brinquedos a ela possa ter acesso imediato” (DGS, 2012, p.52).

A utilização de instrumentos/testes para avaliação do desenvolvimento infantil, visa aumentar o conhecimento e a compreensão das capacidades e competências da criança, permitindo observar possíveis alterações ou variações dos padrões normais de desenvolvimento, que em certas idades poderão sugerir ou confirmar um diagnóstico de desenvolvimento específico e definir estratégias de intervenção adequadas.

“Os testes podem, assim, servir como padrão de referência da normalidade, contribuir para focar a atenção nesta área da saúde infantil e ainda motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos” (DGS, 2012,p.53).

No entanto, apesar da sequência de aquisições/competências ser conhecida e comum a todas as crianças, o desenvolvimento infantil processa-se muitas vezes de forma descontínua, descrita normalmente como saltos. De referir também que a simples aplicação de testes ou valorização de acontecimentos isolados, não permitem uma fidedigna avaliação do desenvolvimento nem um prognóstico sustentado quanto ao futuro da criança.

Mary Sheridan foi uma das pioneiras na defesa da vigilância e detecção precoce dos problemas do desenvolvimento, tendo relacionado os mesmos com aspectos psicomotores e linguísticos, evidenciando a necessidade do rastreio precoce da visão e audição, bem como a avaliação da postura e motricidade corporal durante o exame físico, reconhecendo estas dimensões como essenciais na avaliação/vigilância do desenvolvimento infantil.

“O seu trabalho e as suas escalas de avaliação de desenvolvimento são, provavelmente, as mais usadas em todo o mundo e delas derivam todos os trabalhos que têm sido feitos nesta área” (Pinto, 2009, p.87). Posteriormente, foram sendo adicionados outros aspectos a avaliar nas respectivas escalas,

como interacção, comportamento/adaptação social, emoções, autonomia e cognição.

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada, é constituída em quatro áreas/ dimensões do desenvolvimento onde são avaliadas as competências da criança, nas idades-chave definidas para consulta de Saúde Infantil: Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social.

A sua apresentação no novo PVSIIJ é constituída por uma sequência dupla de quadros, sendo apresentados numa primeira abordagem os parâmetros a avaliar em cada idade chave e respectivos Sinais de Alarme/Alerta para o desenvolvimento. Posteriormente são apresentadas segundo a mesma cronologia, uma tabela com notas explicativas complementadas com ilustrações coloridas de procedimentos para compreensão e aplicação da escala, evidenciando a apresentação de actividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada consulta/avaliação.

A reflexão sobre as actividades promotoras do desenvolvimento sugeridas para cada idade-chave da CVSIJ e a mobilização de conteúdos adquiridos nas teorias/estádios de desenvolvimento, permitiu uma consolidação e complementação intelectual de conhecimentos, propiciadores da demonstrada competência como EESIJ na avaliação/promoção do potencial de desenvolvimento infantil. Considero mesmo que o resultado deste confronto reflexivo modelou qualitativamente o patamar de actuação e sustentação teórica que consegui atingir e tentei promover na equipa de enfermagem da consulta de saúde infantil e juvenil.

Neste sentido, como actividade promotora do desenvolvimento infantil realizada neste campo de estágio, providenciei logisticamente uma caixa com todo o material em falta para aplicação da escala de Mary Sheridan Modificada, como consta na lista de material sugerido para o efeito, na parte final do capítulo sobre avaliação do desenvolvimento do PVSIIJ.

“(...) O conhecimento e a aplicação dos testes mais simples por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente a escala de avaliação de

desenvolvimento de Mary Sheridan, largamente usada há várias décadas, que integra actualmente os programas informáticos utilizados nos CSP, poderá permitir um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seu amplos limites” (DGS, 2012, p.53).

No âmbito dos cuidados antecipatórios, visando competências na parentalidade na maximização do potencial de desenvolvimento infantil, considero ter interagido e proporcionado terapêuticas de enfermagem de qualidade, sustentado na melhor evidência sintetizada por um conjunto de peritos multidisciplinares e traduzida normativamente na estratégia política configurada no novo PVSIIJ. Pela sua importância vital no meu percurso formativo e pela excelência dos seus conteúdos na promoção do desenvolvimento infantil/juvenil, este documento foi divulgado e promovido em todos os campos de estágios posteriores.

2.3 Centro de Desenvolvimento da Criança

Cada criança com deficiência ou risco de desenvolvimento atípico é um ser único, característica inerente a todas as crianças, mas especialmente vulnerável nas condições transicionais, devido à limitação das suas características/condições pessoais, no processo evolutivo de aquisição de competências e autonomia para a vida adulta.

O conceito de Pessoa sustentado na díade criança/pais, subjaz logicamente às alterações individuais que definem o conceito Saúde/Doença e suas implicações específicas no potencial de desenvolvimento infantil e inerentemente na dinâmica familiar. No CDC são recebidas crianças com paralisia cerebral e outras condições graves, mas também crianças com “simples” problemas de linguagem, como por exemplo a dislexia.

O princípio essencial neste ambiente de cuidados é que todas as crianças têm potencialidades, sendo nessa realidade que temos que nos concentrar, promovendo a mesma junto dos pais. A enfermagem deverá procurar um papel catalisador de aceitação, desenvolvimento de estratégias internas e promoção da esperança realista no ambiente familiar, constituindo o reforço positivo das

qualidades e competências da criança um aspecto basilar a promover pelo EESIJ.

Neste estágio com a duração de três semanas, o objectivo principal era o contacto com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil Schedule Growing Skills II e a Escala de desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, usadas respectivamente na consulta de desenvolvimento e reabilitação, facto de que tinha conhecimento prévio e que motivou a escolha deste campo de estágio.

Na primeira semana no CDC tive a sorte de poder frequentar juntamente com a minha orientadora de estágio, um Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento (22 horas) que forneceu contributos importantes para o meu processo formativo, com conhecimento específico sobre abordagem e tratamento médico em situações como autismo, epilepsia, paralisia cerebral ou défice de linguagem, atenção e hiperactividade.

O EESIJ deve conhecer/compreender os principais tratamentos médicos e fármacos utilizados/associados a cada situação específica de Saúde/Doença, com o intuito de responder eficazmente à realidade transicional global e específica para cada situação, na prossecução da excelência do exercício profissional. O programa/cronograma deste curso realizado e que considero muito importante pelos conteúdos adquiridos e reflectidos, consta como primeiro anexo deste relatório (Anexo I).

Nas restantes duas semanas de estágio, desenvolvi actividades de observação participada em consultas de enfermagem e consultas médicas de desenvolvimento infantil e reabilitação. Nestas últimas, tive oportunidade de conhecer a aplicar as escalas/instrumentos para avaliação do desenvolvimento referidas anteriormente. As mesmas, facto que também conhecia previamente, estão apenas aferidas para utilização na população Inglesa, sendo a SGS II utilizada por exemplo nos CSP do arquipélago da Madeira, em virtude da autonomia administrativa conferida no panorama político nacional.

Embora não desaconselhada pela OE, como assumido num parecer de 2010 solicitado pela respectiva Bastonária e utilizada segundo informação no mesmo

documento, em muitas consultas de desenvolvimento infantil no cenário nacional, a utilização das escalas Schedule Growing Skills II e Ruth Griffiths estão legalmente abrangidas por direitos de autor, sendo a sua utilização legal/lícita paga à empresa Cegoc, proprietária dos direitos de utilização em território nacional.

A escala de Mary Sheridan Modificada é uma escala fidedigna, de teor qualitativo e de simples aplicação, utilizada livremente (gratuitamente) e globalmente há várias décadas, preconizada por instituições idóneas como a Academia Norte-Americana de Pediatria, a Organização Pan-Americana da Saúde e obviamente, a Direcção Geral de Saúde.

O novo PVSIIJ providencia sem dúvida um instrumento optimizado para avaliar o potencial e riscos para o desenvolvimento infantil, fornecendo duas perspectivas facilitadoras/orientadoras na CSIJ, na sinalização precoce de crianças em risco e na potenciação das competências parentais na sua promoção. Estes aspectos essenciais, Sinais de Alarme e Actividades promotoras do desenvolvimento para cada idade-chave, serão posteriormente evidenciados no processo de reflexão colectiva na UCINP e na proposta institucional na área da qualidade e SIE.

No âmbito dos SIE e a pedido da orientadora de estágio, realizei uma acção de formação à equipa de enfermagem sobre CIPE/SAPE, com acompanhamento ao meu serviço e contacto real com a aplicação informática, autorizado devidamente pelas respectivas hierarquias. Esta necessidade formativa derivou da então aposta institucional de utilizar a CIPE/SAPE para documentação da prática de enfermagem no CDC, sendo necessária formação aos profissionais e proceder à parametrização de conteúdos (Focos e Processo de Enfermagem).

Neste período final do estágio, foi-me sugerido pelo responsável institucional pelos SIE do hospital onde exerço funções, a realização da parametrização CIPE/SAPE para o CDC (que pertence à mesma instituição), em virtude da minha condição de mestrando em enfermagem com projecto de estágio nesta área, proposta que declinei educadamente por motivos então contextualizados e que serão também abordados posteriormente neste relatório.

2.4 Indicador de Processo/Resultado na Transição para EESIJ

Neste momento será correcto considerar que os conteúdos expostos se relacionam principalmente com as competências específicas: Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Em consciência de ter ultrapassado largamente o espaço destinado a esta dimensão do relatório de estágio e em alternativa ao esperado discorrer de supostas competências e unidades de competência atingidas, como demonstração de sucesso na transição vivenciada, procurarei sintetizar reflexivamente a minha visão global e evolução de pensamento como EESIJ.

2.4.1 A Criança como Pessoa Humana

A Criança é uma pessoa humana frágil e indefesa devido à condição de vulnerabilidade que a define, proveniente da imaturidade de competências para constituir a sua autonomia no ambiente transicional que a rodeia, inibindo a capacidade de preservar a sua integridade e a sua dignidade.

Um princípio que deverá reger todas as sociedades é a protecção e defesa das pessoas especialmente vulneráveis, característica comum às crianças de todos os tempos e lugares, mas assumida recentemente na história do desenvolvimento humano.

A Declaração dos Direitos da Criança (Declaração de Genebra) adoptada pela então Sociedade das Nações e a Declaração dos Direitos Universais do Homem, elaborada pela recém-formada Organização das Nações Unidas que emergiu após a 2ª Guerra Mundial, contemplando direitos às mães e crianças, são os primeiros documentos político-legais globais em que são reconhecidos direitos especiais à condição humana de infância e juventude.

O trabalho dos diversos autores em teorias do desenvolvimento e a sua compreensão e explicação das especificidades que regem o crescimento e desenvolvimento humano, como Piaget, Freud, Erikson e outros, contribuiu definitivamente para o reconhecimento da criança como pessoa sendo

reconhecido o seu direito à individualidade e personalidade, salvaguardando a sua protecção e liberdade. A aprovação dos Direitos da Criança pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, representa o reconhecimento da humanidade especial da criança como uma pessoa de direitos universais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, inerentemente às características especiais destas pessoas, deve primordialmente proteger os seus direitos, desenvolver competências de interacção/comunicação com as crianças e jovens bem como com as suas famílias, incentivar e promover o desenvolvimento da parentalidade e comportamentos promotores do crescimento/desenvolvimento infantil saudável e detectar possíveis situações de crianças/jovens em risco, sinalizando e/ou acolhendo devidamente as mesmas.

As crianças e jovens têm o direito de serem protegidas em todos os contextos e situações que constituem o seu quotidiano pessoal, colmatando um esperado défice de competências cognitivo-morais, imperando assim agir de modo a promover o bem. Segundo a OE, a preocupação major do desenvolvimento da criança é que seja feliz, fim último da ética na perspectiva Aristotélica e o princípio defendido em cada artigo da Carta dos Direitos da Criança.

Promover o desenvolvimento infantil traduz-se na reflexão de um caminho que se vai construindo, protegendo a vulnerabilidade da pessoa criança/jovem, atendendo eficazmente às suas necessidades e direitos perante a sociedade, valorizando primordialmente a sua dignidade e o seu bem-estar, fornecendo as condições para um progressivo e saudável crescimento/desenvolvimento no seu meio familiar, em busca da sua autonomia como pessoa humana, usufruindo dos seus direitos e assumindo gradualmente os seus deveres como pessoa e cidadão.

Quero terminar esta reflexão com um pensamento, que embora pecando por falta de originalidade, decidi utilizar com uma pequena alteração, fruto do pensamento crítico e reflexo da transição vivenciada como EESIJ: *Quando olho para uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: Ternura e respeito pelo que é... e respeito pelo que possa ser!...* (Adaptação pessoal de pensamento de Jean Piaget).

3. QUALIDADE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Esta dimensão temática do relatório visa a prossecução do segundo objectivo geral definido na introdução do mesmo, no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio da melhoria contínua da qualidade: Desenvolver competências para o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da qualidade e sistemas de informação em enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros elaborou em 2001 os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros, visando explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem, relevando a importância da *“(...) existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 1).

Na sociedade actual é cada vez mais essencial o papel das Tecnologias de Informação em Saúde (TIS), tendo-se assistido ao seu desenvolvimento nos últimos anos na prossecução do objectivo de melhorar o acesso, o custo e a qualidade dos cuidados de saúde, potenciando a produção de informação e a sua acessibilidade pelos diferentes tipos de utilizadores.

Os enfermeiros são o maior grupo profissional da área da saúde, produzindo, processando e utilizando uma enorme quantidade de informação disponibilizada nos SIE, conferindo deste modo uma inequívoca e consensual importância para a governação em saúde. *“Não obstante tal reconhecimento, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo incipiente. Tal realidade impossibilita a descrição e verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 1).

A integração do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) no Sistema Nacional de Informação de Saúde, pela emergente necessidade de informatização dos serviços de saúde, levou a OE em colaboração com o

Ministério da Saúde, a definir em Abril de 2007, os “*Princípios básicos da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais dos SIE*” a utilizar no nosso país, definindo a utilização obrigatória da CIPE. Este documento que considero vital para a evolução qualitativa da enfermagem portuguesa, poderá ser consultado na sua globalidade como anexo deste relatório (Anexo II).

“Tendo em vista maximizar o potencial dos registos electrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos electrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (OE, 2007, p.2).

Numa perspectiva organizacional, as decisões, planeamento e gestão de um grupo profissional na sua relação com a sociedade, exigem deste a compreensão do conjunto de competências e especificidades que o caracterizam e a permanente reflexão sobre as práticas, visando descobrir o caminho para a excelência do exercício profissional, no cumprimento do seu mandato social com a mesma.

A documentação da prática de enfermagem nos SIE “(...) resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspectiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007, p.1).

Como referido na introdução deste relatório, construí a convicção da vital importância da CIPE e dos SIE informatizados na evolução qualitativa multidimensional da enfermagem portuguesa, pelo que considero que todos os enfermeiros especialistas deverão constituir-se como peritos em SIE e dominar

qualitativamente o Processo e Focos de Enfermagem CIPE representativos da sua área específica de especialização.

3.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Tradicionalmente os enfermeiros têm tido dificuldade em traduzir objectivamente qual o seu contributo para o ganhos em saúde dos cidadãos, ou seja, há uma falta de indicadores relativos ao exercício profissional. Os resultados ou *Outcomes* de enfermagem não conseguem ser aferidos nos SIE, pela ineficiente/inexistente documentação dos mesmos e também pela documentação da prática de uma profissão construída e desenvolvida segundo diversos modelos e fundamentação/documentação conceptual de práticas de cuidados.

A produção de indicadores só é possível utilizando uma terminologia comum/linguagem classificada para a descrição da prática de enfermagem, sendo critério essencial para os sistemas informatizados de informação em enfermagem, permitindo a mensurabilidade e comparabilidade dos dados.

A CIPE é um sistema de classificação para a prática de enfermagem desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros desde 1989, visando o desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar elementos da sua prática. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a CIPE como membro da “ Família de Classificações Internacionais da OMS”, reconhecendo o trabalho do CIE e a importância de uma terminologia para o domínio da enfermagem como essencial para a documentação dos cuidados de saúde.

A CIPE apoia a missão do CIE de promover a enfermagem e a saúde em todo o mundo, ao facultar uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação da sua prática. *“À medida que a implementação da CIPE se continua a expandir em mais países e regiões, o conhecimento de enfermagem baseado em dados irá orientar as intervenções de enfermagem para otimizar os resultados nos clientes, para apoiar decisões, para a gestão de recursos de*

cuidados de saúde e para modelar a enfermagem e as políticas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.11).

Segundo a terminologia CIPE, uma intervenção autónoma de enfermagem é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a originar um resultado de enfermagem. Os resultados de enfermagem CIPE são o resultado presumido das intervenções de enfermagem, medido ao longo do tempo enquanto mudanças efectuadas no *status* dos respectivos diagnósticos.

3.2 Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

Em Outubro de 2007, a Ordem dos Enfermeiros definiu as linhas gerais do modelo, conteúdos e requisitos de comparabilidade para o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) Portugueses, *Core* de Indicadores e Focos de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde, com o intuito de viabilizar a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis de utilizadores. Entende-se por RMDE “(...) *o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores no sistema de saúde*” (Werley *et al*, 1991) citado pela OE (2007, p.1).

Na prossecução deste objectivo, foi necessária a construção e organização dos indicadores a aplicar e a definição de um *Core* de focos de enfermagem, sendo estes seleccionados por área de assistência de cuidados (Hospital/ Centro de Saúde) e especificidades da população-alvo (adulto, criança, mulher), tendo sido contextualizado anteriormente neste relatório o RMDE definido para a CSIJ.

Os indicadores de qualidade (estrutura, processo e resultado) e epidemiológicos definidos pela OE para aplicação ao RMDE portugueses, as principais designações e definições, bem como as fórmulas gerais para os diferentes tipos de indicadores e o resumo mínimo de focos, poderão ser

consultadas no documento integral da OE apresentado em anexo deste documento (Anexo III).

“Os propósitos do RMDE (...) têm por alicerces um conjunto de aspectos que apontam para dois objectivos: disponibilizar informação capaz de promover a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e simultaneamente, constituir-se como um recurso para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde” (Pereira, 2009, p.82).

Os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentam em três elementos: a) partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem, utilizada na composição dos elementos clínicos do RMDE; b) partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE; c) partilha do mesmo modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores.

Os indicadores são produzidos a partir da análise de documentação, ou seja, são um *output* da informação registada pelos enfermeiros como reflexo da relação de cuidados, significando a ausência de registos do processo de cuidados de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados) a não viabilização da produção de indicadores. Inerentemente, a impossibilidade de extrapolação dos resultados de enfermagem observáveis pelos diferentes tipos de utilizadores dos SIE.

3.3 Síntese Diagnóstica institucional

O SIE do serviço onde exerço funções foi parametrizado em 2007 com a utilização do aplicativo informático SAPE (criado pelo então IGIF), que permitiu a operacionalização de um sistema de registos de enfermagem segundo a terminologia e pressupostos funcionais da versão Beta 2 da CIPE. O processo de implementação da CIPE/SAPE no serviço incluiu formação prévia dos profissionais e a criação de grupos de trabalho para a parametrização dos principais conteúdos por unidade de cuidados (UCIN e UCIP).

Os Focos de Enfermagem CIPE, Vinculação, Amamentar, Papel Parental, Stress do Prestador de Cuidados, Desenvolvimento Infantil e Angústia da Separação, são por mim considerados representativos da intervenção autónoma do enfermeiro da UCINP, constituindo os diagnósticos de enfermagem, intervenções e evolução dos clientes, a documentação da prática autónoma de enfermagem facilitadora das experiências e processos transicionais da criança/família.

No entanto e como referido anteriormente, a documentação das terapêuticas de enfermagem proporcionadas à criança/família na UCINP não é devidamente registada na SAPE/CIPE, não sendo demonstrativa da qualidade global dos cuidados, inibindo a sua visibilidade nos SIE e a produção fidedigna de indicadores. Deste modo, é vital desenvolver um processo organizado de reflexão sobre as práticas tendo em vista uma reparametrização de conteúdos, contemplando ainda uma resposta ao RMDE criado posteriormente à parametrização do serviço.

A parametrização dos conteúdos do SIE numa unidade de cuidados é fundamental na fase inicial, no entanto, há necessidade de os manter actualizados como reflexo permanente da necessidade de evolução qualitativa das práticas. *“Assim, a utilização regular dos SIE tornará necessária a adopção de medidas para manter actualizados os conteúdos parametrizados. Isto pode constituir-se num interessante instrumento face à melhoria contínua da qualidade – baseada na reflexão sobre a acção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.3).

Como prévia consideração final deste relatório, considero que a *Reflexão sobre a Acção* representa o cerne terapêutico das actividades realizadas nesta segunda dimensão do mesmo, utilizando a trilogia CIPE/SAPE/RMDE, potencialidade/défices de documentação das práticas de enfermagem nos SIE e a Prática Baseada na Evidência, visando a analogia reflexiva: O que fazemos?/O que documentamos?

A CIPE enquanto terminologia global para a prática de enfermagem e as potencialidades dos SIE informatizados, constituem-se como instrumentos

estruturais para reflexão sobre as práticas, promovendo a evolução qualitativa dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo e sustentando a sua autonomia, demonstrando/evidenciando os seus resultados e tipos de indicadores.

A interoperabilidade institucional entre os SIE dos diferentes serviços que constituem o departamento de Pediatria da minha instituição, especificamente entre o serviço de urgência pediátrica e os restantes serviços de pediatria é inexistente, devido ao facto de não utilização neste serviço do SIE SAPE/CIPE para documentação da prática de enfermagem.

A possibilidade/oportunidade de adopção da CIPE/SAPE para documentação da prática autónoma de enfermagem no serviço de urgência pediátrica, permitindo a continuidade e qualidade dos cuidados, não obstante a mudança de ambiente transicional experienciada pelos clientes na instituição, constituiu também uma oportunidade de melhoria por mim identificada.

O serviço de Urgência Pediátrica e a UCINP da instituição onde exerço funções, constituem os dois últimos campos de estágio onde serão descritas sucintamente as principais actividades desenvolvidas, na persecução do segundo objectivo geral deste relatório. Previamente será apresentada uma síntese de contributos adquiridos e partilhados no âmbito da qualidade e SIE, fruto das experiências proporcionadas pelo estágio em duas instituições hospitalares da zona Sul do país, que progressivamente foram enriquecendo competências como EESIJ e perito em SIE.

O aplicativo informático SAPE, as suas potencialidades e limitações, as perspectivas futuras dos sistemas de informação em saúde, a interoperabilidade institucional de informação, a possibilidade ou perspectivas de utilização do novo *browser* CIPE 2.0, constituem questões que serão respondidas progressivamente e culminadas nas considerações finais deste relatório.

A sequência de campos de estágio desta unidade curricular, que num primeiro momento visou a aquisição de competências na avaliação do desenvolvimento infantil e que proporcionou a minha proposta da Escala de Mary Sheridan Modificada para utilização no serviço de pediatria, foi reflectida

cronologicamente e prosseguida nesta temática de acordo com os seguintes objectivos específicos.

3.3.1 Objectivos Específicos

- Conhecer outras realidades institucionais no contexto específico de utilização dos padrões documentais nos SIE e Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem;
- Desenvolver capacidades a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e SIE;
- Identificar pontos fortes e oportunidades de adopção da CIPE/SAPE para a documentação da prática de cuidados de enfermagem no serviço Urgência Pediátrica;
- Promover a Prática Baseada na Evidência como dimensão estrutural da qualidade dos cuidados, na equipa de enfermagem da UCINP;
- Coordenar um processo de reflexão sobre as práticas na equipa de enfermagem da UCINP, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família e documentados no SIE.

3.4 Estágios Institucionais no Âmbito da Qualidade e SIE

Como primeira constatação em resposta aos dois primeiros objectivos, quero referir a importância vital da estratégia de parametrização inicial dos conteúdos CIPE na minha instituição, envolvendo as equipas de enfermagem de cada serviço para construção/discussão dos seus próprios padrões documentais, segundo especificidades das diferentes áreas de cuidados.

A inclusão de todos os enfermeiros no processo de parametrização, as muitas reuniões conjuntas de discussão e argumentação sobre focos de enfermagem CIPE, intervenções autónomas e interdependentes e resultados de enfermagem, contribuíram decisivamente para o sucesso da implementação da CIPE/SAPE como instrumento de documentação das práticas. O sentimento colectivo de participação e identificação com o padrão documental iniciou um

processo de evolução qualitativa dos cuidados, fruto da permanente reflexão sobre o realizado e registado nos SIE.

Esta realidade não ocorrida similarmente nas instituições escolhidas para campos de estágio, poderá explicar parcialmente um defraudar de expectativas iniciais, especificamente na falta de interesse e conhecimentos sobre correcta utilização da CIPE/SAPE e quase total desconhecimento sobre o RMDE, constatado na maioria dos enfermeiros dos diferentes serviços de pediatria percorridos.

As principais actividades desenvolvidas foram o contacto com os enfermeiros dos serviços, observação do padrão documental e registos de enfermagem, entrevistas com responsáveis institucionais sobre Qualidade e SIE, partindo sempre de um pressuposto de aprendizagem/partilha de conteúdos. Neste sentido foram elaborados e aplicados, uma Grelha de Observação do Padrão Documental/Registos CIPE/SAPE e um Guião de Entrevista que constam respectivamente como Apêndice III e IV deste relatório.

Durante este período de estágio e nos diferentes serviços, observei cerca de cinquenta processos SAPE/CIPE que demonstraram uma realidade deficitária na globalidade dos parâmetros pesquisados. Não estavam parametrizadas as Intervenções Interdependentes de Enfermagem nem as respectivas Atitudes Terapêuticas referentes às prescrições médicas; Não foram observadas notas associadas às intervenções de enfermagem realizadas nem normas ou *checklist* associadas aos qualificadores de *status* de diagnóstico; Não existem instrumentos actualizados de suporte e uniformização à tomada de decisão clínica, nomeadamente na constituição dos diagnósticos de enfermagem e a enorme quantidade de informação disponibilizada no campo notas gerais é inversamente proporcional aos objectivos de mensurabilidade e comparabilidade dos SIE.

Terminando esta descrição da realidade global constatada, quero referir que não foi possível aferir nenhum tipo de resultado de enfermagem em toda a documentação consultada e observada nos SIE dos diferentes serviços. Nas equipas de enfermagem constatei um ténue interesse e conhecimentos sobre CIPE e pressupostos funcionais da versão Beta 2 utilizada pelo aplicativo

SAPE, especificamente sobre evolução do processo de enfermagem e tradução de resultados de enfermagem observáveis, mensuráveis e comparáveis.

Neste sentido e na prossecução deste objectivo como EESIJ, desenvolvi durante os turnos realizados com os enfermeiros dos diferentes serviços, actividades de partilha de informação e sensibilização para estas temáticas, evidenciando construtivamente os défices de documentação, promovendo a discussão de ideias sobre a qualidade dos cuidados e a sua relação com os SIE, relevando a importância da efectivação de um RMDE portugueses.

Numa perspectiva institucional, apresentei e discuti propostas de melhoria com os EESIJ que colaboraram directamente nestes campos de estágio, com o responsável institucional sobre SIE de uma das instituições e logicamente com as respectivas chefias de enfermagem dos serviços observados, a quem foram apresentadas propostas de melhoria específicas para os seus respectivos serviços.

Como instrumento essencial na promoção de sinergias entre qualidade dos cuidados e SIE, sugeri a criação de um sistema de auditorias aos registos de enfermagem, com o intuito de promover o desenvolvimento e inerente qualidade da documentação da prática, realidade institucional existente recentemente no meu quotidiano profissional e que considero uma dimensão vital como estratégia qualitativa para os SIE.

A instituição hospitalar onde exerço funções concluiu recentemente o processo de acreditação hospitalar do seu sistema de gestão da qualidade, sendo a Caspe Healthcare Knowledge Systems (antigo King's Fund), a entidade solicitada para o efeito, pelo seu reconhecimento internacional no sector da saúde. De relevar neste âmbito específico e em consonância com objectivos delineados, a oportunidade de frequentar neste período de estágio, uma formação sobre Auditorias de Qualidade segundo a Norma NP EN ISO 19011:2012, realizada no respectivo Departamento de Formação e patrocinada pelo Fundo Social Europeu.

Esta iniciativa institucional na formação de elementos de diversas categorias profissionais da instituição em auditorias de qualidade, como preconizado pelo respectivo programa de certificação/acreditação, teve como objectivo o desenvolvimento de um sistema de auditorias internas visando a construção progressiva de uma cultura institucional promotora da qualidade. Esta formação não planeada inicialmente, foi essencial para o enriquecimento de competências e potenciação da dimensão global dos objectivos delineados, constando o respectivo programa como anexo deste relatório (Anexo IV).

3.4.1 Aspectos Evolutivos dos SIE e Interoperabilidade de Informação

Enquanto processo evolutivo de desenvolvimento de uma terminologia global e instrumento de documentação da prática de enfermagem, a CIPE apresenta hoje novos conceitos, redefiniu alguns já existentes e dispõe de um *Browser* simplificado que suporta a evolução conceptual para um modelo de sete eixos, alteração estrutural reflectida na evolução da versão Beta 2 para a versão 1.0.

O aplicativo informático SAPE tem sido desenvolvido e actualizado com novas funcionalidades pela SPMS, actual entidade responsável pelas infra-estruturas tecnológicas e gestão dos diferentes Sistemas de Informação em Saúde, continuando no entanto a utilizar os conceitos e pressupostos funcionais da versão Beta 2 da CIPE.

Nesta lógica quero referir a criação da Plataforma de Dados de Saúde e a sua operacionalização pela actualização da SAPE Hospitalar versão 4.0, realizada na minha instituição em Abril de 2012. Esta nova funcionalidade e potencialidade qualitativa do SIS, foi utilizada como promotora do interesse dos enfermeiros nos SIE e da interoperabilidade interinstitucional de informação como essencial na gestão e optimização dos cuidados de saúde. O documento da SPMS com as novas funcionalidades e potencialidades da versão 4.0 foi divulgado, promovido e demonstrado nos SIE dos diferentes serviços percorridos, constando como anexo deste relatório (Anexo V).

O RMDE portugueses e especificamente o *Core* de Focos de Enfermagem, foi criado pela OE com base na versão 1.0 da CIPE, originando uma incapacidade de responder fidedignamente na parametrização de alguns focos definidos para

o efeito, inibindo a plenitude dos seus objectivos. Os focos de enfermagem Amamentação ou Cair, são um exemplo evolutivo dos focos CIPE Beta 2 Amamentar e Queda, que são efectivamente utilizados para documentação das práticas nos SIE, relevando a utilização do Foco Papel Parental (Beta 2) em substituição do Foco Parentalidade.

Não podendo expandir a retórica pelo emergente limite para a realização deste relatório, quero referir que a possibilidade de utilização do *Browser* CIPE 2.0 efectuando condições para a correcta parametrização dos focos de enfermagem nos SIE, viabilizando fidedignamente conceitos e pressupostos definidos para o RMDE, foi uma questão que promovi e não obtive respostas nestes campos de estágio. Esta questão será contextualizada posteriormente, mas quero referir antecipadamente e de acordo com os objectivos estabelecidos, que não existe a perspectiva a curto/médio prazo para a utilização das novas versões CIPE no panorama nacional dos SIE, restando evidentemente a optimização possível da actual versão Beta 2.

3.4.2 Principais Contributos Adquiridos

A interoperabilidade institucional de informação nos SIE e a utilização da CIPE/SAPE para documentação das práticas no serviço de Urgência Pediátrica, constituiu um objectivo definido para uma das instituições pelo conhecimento prévio do desenvolvimento de um aplicativo informático institucional, que permite a utilização da CIPE na documentação da globalidade dos cuidados de enfermagem neste ambiente específico.

Devo confessar que o *SIRIUS*, denominação atribuída ao aplicativo informático concebido e desenvolvido conjuntamente pela enfermagem e departamento de informática de uma das instituições, ultrapassou largamente as minhas expectativas iniciais, diluindo parcialmente a imagem construída e contextualizada anteriormente.

A sua grande inovação é a utilização dos Diagnósticos de Enfermagem CIPE como instrumento de triagem no atendimento em balcão do serviço de Urgência Pediátrica, constituindo a génese de hierarquização de prioridades e atribuição das respectivas cores representativas da emergência no respectivo

atendimento. Tive oportunidade de contactar directamente com esta aplicação e de falar com os enfermeiros que a desenvolveram, enaltecendo a visão estratégica e qualidade do trabalho realizado, representando ainda uma significativa redução de custos financeiros para a instituição.

Esta realidade observada, foi divulgada e partilhada posteriormente com a Direcção de Enfermagem da minha instituição e previamente na persecução do objectivo definido para o estágio realizado no respectivo serviço de Urgência Pediátrica, onde partilhei inicialmente estes conteúdos.

Como principal contributo adquirido das experiências vivenciadas nestes campos de estágio, fruto de um complexo processo reflexivo despoletado por uma conversa com o responsável institucional sobre SIE no primeiro estágio e culminado com a entrevista ao seu homólogo na segunda instituição, pude compreender e concluir que existe uma incorrecção generalizada na parametrização da minha própria instituição.

Esta incorrecção na parametrização institucional de alguns diagnósticos de enfermagem CIPE, observada também no padrão documental de uma das instituições do estágio, resulta da errada interpretação da segunda alínea referente às regras para constituição dos diagnósticos de enfermagem, segundo pressupostos funcionais descritos no respectivo manual CIPE versão Beta 2, traduzido então pela Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos de Enfermagem, incluindo obrigatoriamente um termo do Eixo do Foco da Prática de Enfermagem e “(...) *um termo do Eixo Juízo ou do Eixo Probabilidade*” (APA, 2003, p.16). Interpretando erradamente a segunda regra definida, foi assumido que a utilização de um termo do Eixo do Probabilidade (Risco, Oportunidade) inviabilizava a utilização conjunta com termos do Eixo do Juízo (Alterado, Interrompido), conferindo apenas a possibilidade de utilização de um destes eixos na construção de cada diagnóstico de enfermagem.

Por este motivo revelado e analisado com o responsável pelos SIE da minha instituição e posteriormente com a Enfermeira Directora, não é possível

construir fidedignamente diagnósticos CIPE como por exemplo Risco de Ventilação Interrompida ou Risco de Consciência Alterada. A inclusão obrigatória de um termo do eixo do Juízo **ou** do eixo da Probabilidade na composição de um Diagnóstico de Enfermagem CIPE Beta 2, não exclui logicamente a possibilidade de utilização de ambos. De referir a consensual constatação e reconhecimento da necessidade de resolver esta imprecisão na parametrização institucional de alguns Diagnósticos de Enfermagem CIPE.

3.5 Serviço de Urgência Pediátrica

O principal objectivo para este campo de estágio visou a identificação de pontos fortes e oportunidades de adopção da SAPE/CIPE, como instrumento para documentação da prática de cuidados de enfermagem no serviço Urgência Pediátrica. Neste sentido a estratégia desenvolvida foi a identificação dos *Opinion Makers* (Líderes) na equipa de enfermagem e realização de entrevistas para partilha de conteúdos, auscultação e sensibilização para a importância destas temáticas na evolução qualitativa global da enfermagem e dos cuidados de saúde.

A minha missão foi bastante facilitada pelo conhecimento pessoal do contexto, o que permitiu a selecção dos enfermeiros e abordagens individuais com base no conhecimento sobre as suas características pessoais, bem como uma aceitação positiva da minha presença/papel no serviço, conferida pelo reconhecimento e respeito profissional/pessoal na UCINP e na instituição.

A importância da CIPE enquanto terminologia global bem como a necessidade de operacionalização do RMDE, as potencialidades de interoperabilidade e continuidade de informação institucional nos SIE, a importância global da Plataforma de Dados de Saúde e a sua possível utilização no serviço de urgência, constituíram sucintamente as dimensões positivas que partilhei com os líderes identificados e globalmente na equipa de enfermagem.

A descrição da experiência com o *SIRIUS* e o papel da enfermagem na sua génese no contexto global dos SIS, representaram logicamente uma dimensão

promotora de interesse e reflexões colectivas com os enfermeiros do serviço sobre a globalidade de temáticas inerentes aos SIE, evidenciando neste âmbito oportunidades e estratégias institucionais para a enfermagem.

A proposta inicial para utilização da CIPE/SAPE no serviço de urgência visava apenas os internamentos nas respectivas unidades, pois o aplicativo SAPE embora evoluído e optimizado, não responde às necessidades específicas de atendimento em *Balcão de Urgência*. O aplicativo informático “ALERT” constitui o SIS onde enfermeiros, médicos e outros profissionais documentam a sua prática, tendo dedicado muito tempo de estágio para o conhecer profundamente, os seus défices, as suas potencialidades e os seus custos institucionais.

Neste sentido e como perito em SIE, quis posteriormente ver respondida uma questão que surgiu pertinentemente neste campo de estágio e que foi uma das respostas obtidas pela entrevista realizada com o Professor Paulino Sousa, responsável máximo nomeado pela ACSS para o grupo de trabalho que estabelece actualmente o percurso evolutivo da SAPE, conjuntamente com a SPMS e em colaboração com a OE.

Não está previsto actualmente o desenvolvimento dos SIS, nomeadamente das necessárias funcionalidades para o aplicativo SAPE e seu análogo médico SAM, com o objectivo da sua utilização na realidade de cuidados inerente ao atendimento em serviços de urgência. Como argumento antagónico à despesa desnecessária para as instituições hospitalares com a aquisição e manutenção de dispendiosas aplicações informáticas, pode referir-se que esta realidade tem como aspectos positivos o desenvolvimento do mercado e economia das actividades empresariais privadas do sector.

Considero ter atingido globalmente o objectivo de promover sinergias para adopção da SAPE/CIPE nas unidades de internamento do serviço de urgência pediátrica, mas na realidade essa perspectiva implica a utilização simultânea de dois SIE diferentes e muitas vicissitudes organizacionais, dificuldades a que o *SIRIUS* responde eficazmente.

3.6 Promover o Desenvolvimento Infantil na UCINP

A escolha da UCINP onde exerço funções para último campo de estágio desta unidade curricular, visou o prévio exercício do meu papel como EESIJ na promoção da qualidade das terapêuticas de enfermagem proporcionadas à criança/família, mobilizando a globalidade de conteúdos e competências adquiridas cumulativamente neste percurso formativo.

A equipa de enfermagem tinha prévio conhecimento das actividades a desenvolver, tendo sido pedida a sua colaboração para um processo global de reflexão sobre as práticas de enfermagem na UCINP, baseado na discussão dos diagnósticos e intervenções CIPE documentados no SIE. Focalizando necessidades de parametrização e défices de documentação e em consonância com o processo de parametrização inicial, a proposta de inclusão de todos os enfermeiros do serviço visou o contributo reflexivo global, para identificação e discussão de oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como prévio contributo qualitativo como EESIJ e devidamente apoiado pela respectiva hierarquia, desenvolvi actividades específicas com o intuito de promover a Prática Baseada na Evidência como dimensão estrutural da qualidade dos cuidados na UCINP. A PBE é essencial para o desenvolvimento de uma *Enfermagem Avançada*, sustentando os processos de tomada de decisão em informação pertinente e correcta construção de conhecimento, que permita desenvolver/optimizar capacidades e competências profissionais individuais/ colectivas.

A primeira de três sessões realizadas para reflexão sobre as práticas na UCINP, visou a discussão do conceito e importância da PBE na sociedade actual e a sua relação indissociável com projectos de melhoria contínua da qualidade. Sucintamente foram apresentados e discutidos conceitos inerentes à PBE e melhoria da qualidade, como eficácia, eficiência e pertinência, tipos e fontes de evidência, incidindo no acesso às bases de dados científicas e metodologia de investigação para a realização de Revisões Sistemáticas de Literatura (RSL).

Nesta primeira sessão foi demonstrado o acesso às diversas bases de dados científicas pelos motores de busca *EBSCO* e *B-ON*, disponibilizados gratuitamente pela OE no respectivo *site* e métodos para pesquisa de conteúdos. Todas as sessões com duração de duas horas tiveram uma dupla apresentação em diferentes dias, com o intuito de organizar a presença de todos os enfermeiros para discussão da globalidade dos conteúdos.

O objectivo de motivar o interesse da equipa de enfermagem na PBE promovendo a sua cultura nas práticas de cuidados individuais e colectivas foi aparentemente um sucesso, devidamente imbuído do preconizado pragmatismo. O entusiasmo inicial com o acesso às bases de dados e evidência científica, motivou a minha colaboração no esclarecimento de dúvidas e na reconfiguração dos acessos individuais ao *site* da OE, solicitada para o efeito por aproximadamente vinte enfermeiros durante o estágio.

Na segunda sessão estavam lançadas as bases para reflexão sobre a analogia dos cuidados prestados/documentados nos SIE, constituindo a PBE um instrumento adicional para reflexão sobre a dimensão qualitativa das práticas. Como último apêndice deste relatório e realizada propositadamente com este objectivo, não poderia deixar de constar a Revisão Sistemática de Literatura “Transição para a Parentalidade na UCINP”, fruto de um trabalho cuja redacção integral pertence à minha exclusiva autoria, reflectindo contributos colectivos da unidade curricular Enfermagem Avançada (Apêndice V).

Promover a transição Desenvolvimento Infantil na UCINP significa inerentemente promover a transição para a Parentalidade neste ambiente específico de cuidados, que na documentação CIPE/SAPE do serviço é representada pelo foco Papel Parental (Beta 2). Previamente tinha sido vinculada breve análise com a identificação colectiva do Foco Cair como único foco do RMDE não parametrizado no serviço (Queda na versão Beta 2).

Na realidade não foram apenas reflectidos os Focos de Enfermagem CIPE representativos da prática autónoma de enfermagem na UCINP, mas a globalidade dos conteúdos definidos para suporte à tomada de decisão nos diagnósticos e intervenções de enfermagem, materializados no manual CIPE/SAPE desenvolvido como instrumento de uniformização.

Na última sessão realizada foram reunidos consensos globais sobre propostas de alteração ao Manual CIPE/SAPE e sua repercussão na realidade dos cuidados de enfermagem na UCINP. Foram estabelecidos grupos de trabalho para pesquisa de evidência sobre necessidades de revisão de algumas normas de enfermagem existentes no SIE, nomeadamente sobre cuidados ao coto umbilical e sobre cuidados com a água a utilizar na preparação do biberão.

O PVSIIJ e os seus conteúdos foram também partilhados incidindo nas novas escalas de Crescimento da OMS e de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tendo disponibilizado antecipadamente o documento (em formato digital) a toda a equipa de enfermagem. Sobre esta última apresentei uma breve formação e proposta da sua utilização na UCINP e serviço de pediatria, com possibilidades estratégicas institucionais para parametrização no Foco Desenvolvimento Infantil, dos Sinais de Alarme e Cuidados Antecipatórios aos pais segundo idades-chave do novo PVSIIJ.

Como principal actividade realizada/iniciada ainda durante o período de estágio representando frutos qualitativos nas práticas de cuidados, quero referir a constituição conjunta com as respectivas hierarquias e coordenação do grupo multidisciplinar de trabalho, que iniciou a elaboração/revisão da norma de procedimento para Avaliação e Controlo da Dor. Este *handycap* qualitativo foi previamente identificado na reflexão apresentada como apêndice I deste relatório e defendido como prioridade interventiva na promoção do desenvolvimento infantil na UCINP. De evidenciar ainda, a inclusão na norma dos respectivos protocolos sobre a utilização de EMLA® e sucrose, elaborados conjuntamente com a enfermeira Isabel Alexandre, mestranda deste mesmo curso de enfermagem com estágio realizado no mesmo serviço.

Os anexos VI, VII e VIII disponibilizados previamente para reflexão na equipa de enfermagem, constituem antes de mais orientações técnicas da DGS que todos temos obrigação de conhecer e aplicar. Analogamente ao novo PVSIIJ, reflectem um notável trabalho multidisciplinar baseado na evidência sobre um foco tão complexo como a *Dor* e a devida valorização dos seus efeitos no bem-estar e desenvolvimento infantil, justificando a sua inclusão como últimos anexos deste relatório.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório de estágio visou a resposta aos objectivos gerais definidos inicialmente, contemplando ainda uma demonstração de pertinência e complementação das temáticas subjacentes, que numa lógica transversal tentei expositivamente demonstrar como essenciais para o EESIJ e evolução qualitativa da enfermagem portuguesa.

Não sendo possível a descrição da globalidade de conteúdos adquiridos e partilhados nas experiências vivenciadas nos diversos campos de estágio, tentei relatar as principais actividades desenvolvidas e demonstrar reflexivamente no conhecimento e nas constatações produzidas, indicadores da evolução qualitativa na transição como EESIJ.

De evidenciar inclusivamente nestas considerações finais, a importância da entrevista com o Professor Paulino Sousa realizada já durante o último período de estágio, que permitiu a plena prossecução dos dois primeiros objectivos específicos delineados para o segundo objectivo geral, potenciando competências como perito em SIE que não foram logicamente partilhadas nos anteriores campos de estágio.

Na promoção do Desenvolvimento Infantil é consensual a vital importância da sua vigilância e avaliação, tendo constituído o novo PNSIJ um instrumento essencial no desenvolvimento de competências como EESIJ, evidenciando as novas escalas da OMS e Mary Sheridan Modificada. Deste modo não poderia deixar de referir a sua entrada em vigor a 1 de Junho de 2013, vindo finalmente substituir o Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil revisto pela última vez em 2005, conforme norma da DGS de 31 de Maio do corrente ano.

A CIPE enquanto linguagem unificada para a prática autónoma de enfermagem, permite a reflexão dos enfermeiros sobre as práticas, constituindo um instrumento essencial para a evolução qualitativa dos respectivos cuidados de enfermagem. Evidenciando os seus resultados e parafraseando Abel Silva, primordial perito e impulsionador na realidade nacional, a CIPE transporta o potencial de “*Colocar mais Enfermagem na Enfermagem*”, convicção que corroboro plenamente e que tentei globalmente promover.

A evolução para um modelo único de sete eixos operada na versão CIPE 1.0, evidencia a rotura conceptual de uma lógica padronizada para uma lógica combinatória, visando a possibilidade de construção de uma *Ontologia* ou vocabulário especializado na área da Enfermagem. Estimulando a combinação de termos CIPE com termos de outros vocabulários e termos locais existentes nos sistemas de informação (Web Ontology Protocol), recorre no entanto às potencialidades dos novos interfaces e plataformas tecnológicas (Web 2.0), que representam enormes despesas não comportáveis no actual panorama nacional das políticas de saúde.

A criação em 2007 do RMDE portugueses pela OE com base na versão CIPE 1.0 visando a produção automática de indicadores, não permite a sua fidedigna parametrização nos SIE pela evolução de alguns conceitos e focos de enfermagem relativamente à versão Beta 2, utilizada impreterivelmente pela SAPE na realidade nacional. No entanto e embora com limitações, será possível a criação de alguns focos/diagnósticos CIPE “*Carregando*” novos conceitos no actual aplicativo SAPE, como resposta da SPMS a esta realidade.

Os SIS e inerentemente o aplicativo SAPE têm sido otimizados com novas funcionalidades destacando a Plataforma de Dados de Saúde, no entanto a produção automática de indicadores resulta do tratamento sistematizado da informação nos SIE, requerendo para o efeito a aquisição ou desenvolvimento de aplicativos informáticos específicos, que ficaram como responsabilidade das respectivas instituições hospitalares E.P.E.

A efectivação da capacidade institucional para produção de indicadores de enfermagem através de aplicativos informáticos próprios, representa neste momento a condição crucial nas actualizações SAPE que as instituições hospitalares serão alvo num futuro próximo. Segundo o professor Paulino Sousa, todas as instituições que não tiverem adquirido esta capacidade operacional, terão de fazer a actualização obrigatória de uma versão específica da SAPE, desenvolvida pela SPMS com novas potencialidades na análise da informação e criação automática de indicadores.

Esta actualização tem como objectivo operacionalizar efectivamente a criação de um RMDE portugueses, criando uma parametrização base do padrão

CIPE/SAPE que será actualizado e utilizado obrigatoriamente, substituindo os actuais padrões documentais das diversas instituições hospitalares. Nas instituições alvo deste procedimento não será possível a criação de diagnósticos nem intervenções CIPE, ficando todas as alterações e procedimentos no padrão documental dependentes de actualizações SAPE pela SPMS. No entanto representa para as mesmas uma redução de custos com aquisição e manutenção de mais um aplicativo informático e a operacionalização imediata de um SIE com requisitos de mensurabilidade e comparabilidade a nível nacional.

Na reunião com a enfermeira directora da minha instituição e em virtude da recente aquisição pela respectiva administração de um aplicativo informático para o efeito descrito anteriormente, foram globalmente apresentados conteúdos presentes neste relatório e discutidas possibilidades estratégicas institucionais para os SIE. Não havendo a obrigatoriedade da referida actualização SAPE, será exigida em alternativa uma global reparametrização institucional e resposta efectiva na criação de indicadores em enfermagem, desenvolvendo um padrão documental com critérios de mensurabilidade e comparabilidade compatíveis com princípios do RMDE definido.

Citando Pereira no seu notável trabalho sobre *“Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros”*, tendo criado um RMDE com base nos Focos de Enfermagem CIPE Beta 2 parametrizados actualmente no SIE CIPE/SAPE, *“(…) com a viabilização efectiva do RMDE, criam-se condições para ao longo do tempo, ir projectando tendências e modificações nos padrões de necessidades em cuidados das populações, o que implicará a incorporação de uma maior consciência ecológica na compreensão dos fenómenos”* (Pereira, 2009, p.149).

Deste modo e de acordo com a respectiva área de especificidade de cuidados de enfermagem especializados, a CIPE constitui-se como um transicional instrumento de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Criança/Família e essencial domínio para o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Juvenil.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Código Deontológico do Enfermeiro (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).
- Cordeiro, M. (2012). A “neurose” dos percentis. *Público*. 1-2. Acedido em 15-10-12. Disponível em: <http://criançasatortoeadireitos.wordpress.com/>
- Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Saúde infantil e juvenil. Programa-tipo de actuação* (2ª edição). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Figueiras, A., Souza, I., Rios, V., Benguigui (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C.: Opas.
- Guerra, A. (2012). Portugal adopta novas curvas de crescimento para bebés e crianças. *Público*. 2-4. Acedido em 15-10-12. Disponível em: <http://criançasatortoeadireitos.wordpress.com/>
- Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança. In Hockenberry, M., Wilson, D. (coords). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª edição). (p.74- 100). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ida.
- Hockenberry, M (2011). Perspectivas da enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., Wilson, D. (coords). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª edição). (p.1- 20). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ida.
- Leal, T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Lusociência, Loures.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dezembro.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. (2ª edição).

(Conselho Internacional de Enfermagem, Trad.) (Obra original publicada em 2001).

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnicos - funcionais*. Abril 2007.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. Outubro 2007.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermagem, Trad.) (Obra original publicada em 2010).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1)*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 3)*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional de enfermeiros*. Formasau, Coimbra.
- Pinto, M (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 25, 677-687.
- Portugal. Direcção- Geral da Saúde (2012). *Saúde infantil e juvenil: programa nacional vigilância*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- Decreto- lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).
- Sasseti, L. (2012). Programa de vigilância em saúde infantil e juvenil. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 31.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Reflexão Crítica

Reflexão Crítica

No início do século XX, a prática de cuidados em pediatria baseava-se no diagnóstico e na cura, não considerando os aspectos psicológicos da criança, sendo proibida a visita dos pais e objectos de uso pessoal das crianças em meio hospitalar, fundamentadas estas acções somente pelo risco de contaminação, traduzindo o modelo biomédico então predominante nos cuidados de saúde.

A partir da década de 40 começam a surgir estudos na área do desenvolvimento infantil, sobre as consequências negativas do isolamento/afastamento entre crianças e pais/família em situações de necessidade de internamento hospitalar. Segundo Wong (1999) os trabalhos de Spitz e Robertson foram essenciais para a sensibilização sobre a saúde psicológica da criança hospitalizada, defendendo medidas como o alojamento conjunto com os pais, visita de irmãos e outros familiares, educação aos pais, preparação para a hospitalização, programas recreativos, etc.

O foco central dos cuidados à criança, diagnóstico e tratamento de doenças, começa a ser gradualmente substituído pelas questões relacionadas com o seu desenvolvimento, traduzindo esta mudança uma evolução nos cuidados à criança/jovem, favorecendo estratégias promotoras de saúde psicológica com o objectivo de diminuir as consequências negativas da hospitalização sobre o seu crescimento e desenvolvimento.

A família é o contexto primário do desenvolvimento humano e constitui a unidade primordial de organização social, sendo segundo Wong (2011), o reconhecimento da família como um constante na vida da criança, o suporte da filosofia de cuidados centrados na família.

No modelo de cuidados à criança centrados na família, a mesma autora considera que dois conceitos são fundamentais: capacitação e potencialização (empowerment). Na capacitação, o enfermeiro deve proporcionar oportunidades e fornecer meios para que a família reconheça as suas competências e habilidades, desenvolvendo as necessárias para a satisfação das suas próprias necessidades e da criança sob os seus cuidados. A

potencialização refere-se à interacção enfermeiro/família no sentido de manutenção e promoção do controlo da vida familiar, reconhecendo mudanças positivas associadas a comportamentos que promovam capacidades, acções, forças próprias e tomadas de decisão no seu projecto conjunto de saúde.

“A enfermagem apoia as famílias nos seus papéis naturais de cuidadores e tomadores de decisões, baseando-se nas suas forças singulares e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos tanto dentro como fora do contexto hospitalar” (Wong, 2011, p.11).

As situações de doença na infância possuem um enorme potencial para afectar negativamente o seu processo de crescimento e desenvolvimento, podendo trazer graves consequências psicológicas. A necessidade de hospitalização retira a criança do seu ambiente natural (meio familiar), oferecendo um ambiente estranho, muitas vezes caracterizado por tensões e conflitos, pessoas e objectos estranhos, sendo por isso essencial a criação de um ambiente de acolhimento e afecto, para que as suas necessidades básicas de alimentação, carinho e bem-estar sejam atendidas.

A evolução dos cuidados de saúde tem sido acompanhada por um enorme avanço tecnológico, traduzido por um aumento de procedimentos invasivos e dolorosos que apesar de necessários para diagnosticar e tratar a doença, podem representar sensações dolorosas, desagradáveis e assustadoras, com consequências traumáticas provenientes desse sofrimento físico/psicológico.

Segundo Wong (2011), as tentativas de minimizar o efeito traumático desses procedimentos e intervenções não acompanharam os desenvolvimentos tecnológicos, defendendo que *“com o conhecimento dos factores de stress impostos às crianças doentes e suas famílias e munidos de intervenções seguras e efectivas para reduzir esses factores de stress, os profissionais de saúde devem direccionar sua atenção à promoção de cuidados atraumáticos”* (Wong, 2011, p.12).

O objectivo principal na promoção de cuidados atraumáticos, que serão referidos posteriormente por cuidados não traumáticos, é primordialmente não causar mais danos, assentando em três princípios: evitar ou minimizar a

separação da criança da família; promover uma sensação de controlo e evitar ou minimizar lesões e dores. Ainda segundo a mesma autora, as acções que visam favorecer a relação família/criança durante a hospitalização, preparar a criança para a realização de procedimentos, controlar e prevenir a dor, promover actividades lúdicas que permitam à criança exteriorizar o seu medo e a sua agressividade, respeitando a privacidade e as diferenças culturais são exemplos de acções representativas de cuidados não traumáticos.

Embora não sendo ainda considerado como um modelo de cuidados de enfermagem, o conceito de cuidados não traumáticos representa uma tendência promissora e orientadora na qualidade dos cuidados à criança centrados na família, privilegiando o atendimento das necessidades da criança pela inclusão da família na proposta terapêutica. As famílias deverão representar o sistema receptor da intervenção de enfermagem, constituindo-se estas como clientes e meio, no qual ocorrem os cuidados de enfermagem à criança.

Numa lógica de cuidados antecipatórios, a informação e preparação são intervenções essenciais como estratégia para minimizar na criança, o efeito traumático associado ao sofrimento psicológico e físico, como ansiedade, medo e dor.

O primeiro texto seleccionado “**Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture**”, é um estudo de investigação que demonstra a importância da informação e preparação, conjuntamente com utilização de medidas farmacológicas para o alívio da dor (aplicação local de EMLA), no controlo da ansiedade e dor física nos momentos que antecedem e durante o acto da punção venosa.

O estudo comparativo realizado com 31 crianças entre 3 e 8 anos, demonstrou que entre dois grupos homogêneos quanto a género, idade, experiências anteriores com agulhas e ansiedade/tensão dos pais durante o procedimento, o grupo de crianças não submetido a preparação apresentou níveis superiores de ansiedade/stress antes e após a venopunção.

Escolhi este texto pela importância que a investigação/evidência deverá ter nos contextos de mudança, que urge implementar na prática de cuidados de enfermagem à criança/família, numa lógica de cuidados não traumáticos e mais especificamente em procedimentos dolorosos. Não querendo aqui analisar a minha realidade profissional neste contexto, gostaria apenas de referir que esta temática constituiu substrato reflexivo individual que poderia ter integrado o meu projecto e que não sendo possível, será colocado à reflexão da equipa de enfermagem da UCINP do HGO, numa lógica de melhoria da qualidade dos cuidados.

Gostaria de referir a importância dos contributos provenientes das aulas da professora Arminda Monteiro, destacando as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no RN e principalmente pelo entusiasmo, competências demonstradas e convicção, que se revelaram profundamente mobilizadores do meu pensamento crítico.

O segundo texto escolhido **“Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures”** representa de algum modo a apropriação cognitiva de conteúdos e o processo reflexivo que permitiu o desenvolvimento das minhas competências como futuro enfermeiro especialista da criança e do jovem.

É fundamental para a prestação de cuidados não traumáticos em contexto pediátrico, que a criança e família seja entendida de acordo com o seu desenvolvimento, como esta compreende o processo de saúde/doença e internamento, como vivencia essa situação, que estratégias de confronto utiliza para lidar com a mesma, bem como que tipo de intervenções e estratégias se podem estabelecer para promover a sua adaptação e bem-estar.

Na preparação da criança e família para hospitalização e procedimentos invasivos, é essencial o domínio das etapas do desenvolvimento, a promoção da presença dos pais/pessoa significativa, o reconhecimento das suas necessidades de suporte emocional e a negociação da sua participação. O fornecimento de informação precisa, vinculada apropriadamente ao estágio de desenvolvimento, tem como objectivos a minimização da perda de autocontrolo e a prevenção ou minimização do medo da lesão corporal e do desconhecido.

A manutenção das rotinas da criança, permitir e incentivar que a criança faça escolhas, a promoção da sua compreensão sobre as situações e o proporcionar de actividades apropriadas para o seu desenvolvimento são essenciais, devendo ser proporcionadas oportunidades para brincadeiras e actividades expressivas.

Brincar é a actividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social, sendo a forma pela qual a criança comunica com o meio e expressa activamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações, apresentando-se como um importante recurso para a criança compreender o mundo que a rodeia.

A criança aprende e apreende o mundo a brincar, pelo que o desenvolvimento de competências para brincar com a criança e a sua utilização como instrumento terapêutico, sustentado pelo profundo domínio das principais teorias de desenvolvimento, deverá constituir objectivo primordial do enfermeiro especialista da criança e do jovem na prestação de cuidados não traumáticos.

Na primeira sessão desta unidade curricular foi proposto um role-play em que seria simulado o acolhimento de três crianças, respectivamente em idade pré-escolar, idade escolar e idade entre 11-12 anos. Confiante nas minhas competências profissionais/pessoais e conhecimentos, fui confrontado/surpreendido com uma situação de incapacidade de resposta aos conteúdos solicitados pela professora durante a realização do exercício, referente aos estádios de desenvolvimento da criança segundo as teorias psicosexual, psicossocial e psicocognitiva. Esta incapacidade generalizada a todos os formandos e a exposição/argumentação realizada pela professora, imbuídas de uma justa crítica ao facto constatado, representou no meu pensamento crítico um marco para a compreensão e desenvolvimento de competências sólidas em enfermagem da criança e do jovem.

Como penso ter demonstrado nas aulas que assisti posteriormente, a apropriação e reflexão sobre as teorias de desenvolvimento nas suas diferentes abordagens, permitiu evoluir a minha capacidade para entender, decidir e tomar posições sustentadas sobre os conteúdos específicos desta unidade curricular. Para terminar esta exposição com um toque humorístico

mas sincero, quanto à importância desta unidade curricular no meu processo formativo, quero reiterar novamente a minha resposta a uma pergunta que foi colocada no final da primeira sessão e a que respondi sempre sinceramente na minha postura participativa. “Sim professora, para mim esta unidade curricular e os seus conteúdos fazem todo o sentido”.

Bibliografia

Hagglof, B. (1999). Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta Paediatrica Supplement*, **Volume 431**: 72-78.

Holden, C.E, *et al.* (a.d.). Psychological preparation for nasogastric feeding in children. *Children's nursing*.

Jaaniste, T., Hayes, B. e Von Baeyer, C.L. (2007). Providing children with information about forthcoming medical procedures: a review and synthesis. *Clinical psychology: science and practice*. **Volume 14**: 124- 143.

Justus, R., *et al.* (2006). Preparing children and families for surgery: mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric nursing*, **Volume 32**: 35- 43.

Kain, Z.N., *et al.* (2009). Healthcare provider-child-parent communication in the preoperative surgical setting. *Pediatric anesthesia*, **Volume 19**: 376- 384.

Kolk, A.M., Van Hoof, R. e Fiedeldij Dop, M.J.C. (2000). Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture. *Child: Care, Health and Development*, **Volume 26**: 251-260.

Koller, D., Goldman, R.D. (2011). Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Research*, 1-26. Recuperado em 22 de Março, 2012, <http://www.sciencedirect.com>.

Mansson, M.E., Dykes, A.K. (2004). Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in swedish pediatric wards. *Pediatric Nursing*, **Volume 30**: 182- 229.

Runeson, I., Martenson, E. e Enskar (2007). Children's knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric nursing*, **Volume 33**: 505- 511.

Smith, L., Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of clinical nursing*, **Volume 14**: 230- 238.

Uman, L.S., *et al.* (2010). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents (review). *The Cochrane collaboration*. 1- 91.

William, H. C., Lopez, V. e Lee, T.L.I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in nursing & health*, **Volume 30**: 320- 332.

Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 6ª edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Wong, D. (2011). *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 8ª edição. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro.

APÊNDICE II

Jornal de Aprendizagem



JORNAL DE APRENDIZAGEM

Ciclo Reflexivo de Gibbs

- 1 – Descrição – o que aconteceu?
- 2 – Pensamentos e Sentimentos – o que estou a pensar e a sentir?
- 3 – Avaliação – o que foi bom e mau nesta experiência?
- 4 – Análise – que sentido (s) posso encontrar no que se passou?
- 5 – Conclusão – o que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?
- 6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributo para o meu desenvolvimento profissional futuro...

Este jornal de aprendizagem tem como objectivo, a descrição de um episódio resultante da interação de cuidados, com a minha orientadora de estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF) e que resultou num processo reflexivo que se revelou importante para o meu pensamento crítico.

O principal objectivo definido para este campo de estágio, visava o desenvolvimento de competências na avaliação do Desenvolvimento e também a análise da documentação da prática de enfermagem nos SIE, com especial interesse no Foco de Enfermagem Desenvolvimento Infantil.

- 1 – Descrição – o que aconteceu?

A experiência clínica neste campo de estágio (USF), ocorreu na sua globalidade na consulta de saúde infantil, realizada de acordo com o vigente Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (DGS). Logicamente, este documento foi por mim analisado e lembrado previamente ao início deste estágio, bem como a escala para avaliação de competências no desenvolvimento infantil de Mary Sheridan, utilizada e parametrizada no SIE CIPE/SAPE dos Cuidados de Saúde Primários.

No decorrer dos primeiros dois dias do estágio, pude constatar duas realidades que embora sobre diferentes perspectivas, me permitiram vivenciar sentimentos muito positivos. A competência e qualidade dos cuidados prestados pela enfermeira especialista na consulta de saúde infantil da USF honravam a enfermagem e a contextualização do seu papel como profissão de saúde. Não menos importante, o facto de desde o primeiro dia, sentir e constatar/demonstrar que as minhas competências para avaliar o desenvolvimento infantil, excediam a minha auto-avaliação inicial.

Nos dois primeiros dias de estágio, compareceram na consulta diversas crianças e respectivos pais, com história de prematuridade e internamento no serviço de neonatologia onde exerço funções, explicado pela partilha institucional de áreas de influência de cuidados. A demonstração do seu respeito e afirmações sobre a minha competência como enfermeiro de neonatologia e o seu reflexo na qualidade da nossa comunicação/ relação, contribuiu para reforçar positivamente a minha auto-estima e também projectar socialmente uma imagem de experiência e de competência profissional.

No contexto de actuação global do papel de enfermeiro de saúde infantil, a avaliação do desenvolvimento infantil e especificamente a aplicação da escala de Mary Sheridan, constituía o principal objectivo a investir. No entanto e desde o primeiro dia, identifiquei duas áreas que necessitavam de investimento/suporte urgente com o intuito de otimizar a minha prestação como enfermeiro de saúde infantil: o Plano Nacional de Vacinação (actualizado em 2011) e conhecimentos sobre diversificação alimentar da criança, incidindo principalmente nos ingredientes das primeiras sopas.

Tendo constatado quase imediatamente estas necessidades de investimento, reparei num recipiente/contentor plástico existente na sala de consulta, com folhetos informativos sobre as mais variadas temáticas no contexto de saúde materna e infantil. Existiam 30/40 folhetos diferentes naquele contentor, que na sua totalidade resultavam em algumas centenas (muitas!). Obviamente existiam também alguns sobre diversificação alimentar que prontamente decidi consultar, tendo ainda seleccionado alguns sobre outras temáticas

Enquanto lia os referidos folhetos e comentava alguma da informação contida, a enfermeira orientadora referiu o seu descontentamento, com o facto de a DGS ter recentemente emitido indicação para serem distribuídos apenas folhetos legitimados pela mesma entidade ou pelas Unidades Coordenadoras Funcionais. Já tinha reparado que a maioria dos folhetos tinha autoria de alunos de enfermagem, no âmbito de diversos cursos de licenciatura e especialização em enfermagem, com supervisão clínica da mesma.

Em determinado momento da conversação, fui surpreendido com a afirmação/decisão de suspensão total de entrega de folhetos informativos pelos enfermeiros de saúde infantil da USF. Argumentando não concordar com uma informação contida num folheto da DGS, sobre recolha e conservação de leite materno, proferiu o comentário: “Também não concordo com alguma da informação do folheto da DGS e já que não podemos entregar os nossos, também não entregamos os deles”.

2 – Pensamentos e Sentimentos – o que estou a pensar e a sentir?

A indicação de possibilidade de permanência do leite materno em temperatura ambiente por um período de até 8 horas, constituía o principal (e aparentemente único) ponto de desacordo e inerente argumentação perante a drástica tomada de decisão, de suspender totalmente a entrega de informação escrita aos utentes/clientes da consulta de saúde infantil.

Referi que a indicação da DGS, embora passivelmente controversa, deveria muito provavelmente assentar em pressupostos de evidência científica e que a atitude correcta a tomar seria pesquisar essa evidência ou pedir esclarecimentos à entidade responsável pela informação. O momento dissipou-se pela entrada de uma criança e respectiva mãe na sala de consulta. “Outra família recentemente cliente de cuidados no serviço de neonatologia e portanto já minha conhecida”.

Nesse mesmo dia ou mais especificamente nessa noite, tive oportunidade de discutir este episódio com uma colega, que também é enfermeira em pediatria. Obviamente, tinha a convicção que a tomada de decisão na USF era incorrecta, não compreendendo a atitude deficitária de racionalidade,

maturidade e bom senso, por não se coadunar com a até então demonstrada imagem de competência e excelência da qualidade de cuidados à criança/jovem e família.

3 – Avaliação – o que foi bom e mau nesta experiência?

Embora a constatação do facto revele um aspecto negativo e depreciativo da capacidade de tomada de decisão dos enfermeiros da USF, esta experiência, como provavelmente todas as experiências quando analisadas reflexiva e construtivamente, constituiu uma oportunidade de afirmação e desenvolvimento pessoal. Em consciência com as minhas responsabilidades Ético-Deontológicas e na prossecução do meu papel como (futuro) enfermeiro especialista, intervindo critica e reflexivamente, promovi positivamente a reflexão colectiva neste processo de tomada de decisão clínica.

Ainda como aspecto positivo, o facto de após a minha estratégia de intervenção junto da equipa, ter sido consensual a necessidade de repensar a infundada decisão, que originou este jornal de aprendizagem.

4 – Análise – que sentido (s) posso encontrar no que se passou?

Um enfermeiro perito deve conseguir contextualizar o seu processo de tomada de decisão, utilizando informação e sustentando a sua prática na evidência, desenvolvendo a gestão de emoções, o pensamento crítico, o sentido de racionalidade e argumentação, frutos de uma aprendizagem experiencial e reflexiva.

A análise deste episódio pode ser explicada por esta trilogia de factores. A interdição da distribuição dos referidos folhetos informativos, folhetos realizados provavelmente com dedicação e esforço da equipa de enfermagem, provocou visivelmente um processo emocional de reacção/incompreensão da medida. Logicamente, este processo emocional limitou a capacidade crítica da equipa, influenciando a racionalidade na análise da situação e consequentemente no processo de tomada de decisão.

Apenas um conflito emocional deste tipo, gerado provavelmente por fortes sentimentos de identificação pessoal para com os folhetos informativos, poderá

atenuar a única argumentação apresentada: “Também não concordo com esta informação do folheto da DGS e já que não posso distribuir os nossos...”

5 – Conclusão – o que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?

Durante o restante período que faltava para o final do estágio, paralelamente às actividades de enfermagem de saúde infantil, promovi e desenvolvi momentos de interacção e partilha de ideias, com os elementos da equipa de enfermagem da consulta de saúde infantil da USF.

Nestes momentos, consegui introduzir a temática e promover um processo de reflexão sobre as práticas, que unanimemente produziu a conclusão de necessidade de realteração desse procedimento específico, bem como de alguns aspectos deficitários da documentação da prática de enfermagem nos SIE.

Com a enfermeira orientadora, tive oportunidade de uma discussão mais prolongada sobre o papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e juvenil, sobre o ambiente de cuidados de enfermagem no contexto específico das USF e ainda apresentar uma proposta de melhoria para o padrão documental CIPE/SAPE. Sobre a necessidade de alteração de procedimentos, quanto à entrega de informação escrita aos utentes/clientes de cuidados de enfermagem, existia já no final deste estágio, a indicação para suspender a interrupção da entrega de folhetos informativos da DGS.

6 – Planear a acção – o que irei fazer de futuro e/ou que contributo para o meu desenvolvimento profissional futuro...

A escolha deste episódio/temática para a realização deste jornal de aprendizagem, deriva da identificação desta problemática num episódio ocorrido na minha instituição durante o ano 2010 e mais especificamente com os folhetos informativos distribuídos às puérperas, respectivamente pelos serviços de Puerpério e Neonatologia.

Quando as mães das crianças internadas no serviço de neonatologia visitam pela primeira vez os seus filhos, promovendo a amamentação segundo política institucional e do serviço, é procedimento de enfermagem neste fenómeno a

entrega de um folheto informativo sobre estimulação, recolha, conservação e transporte de leite materno.

Na grande maioria dos casos, os nascimentos destas crianças ocorrem no bloco de partos da instituição, exceptuando transferências de RN de outras instituições efectuadas pelas equipas do INEM. As mães encontram-se normalmente internadas no serviço de puérperas, juntamente com as restantes puérperas acompanhadas pelos seus filhos e onde também é entregue pela respectiva equipa de enfermagem, um folheto informativo sobre a mesma temática.

Quando comparecem no serviço de neonatologia, estas mães trazem muitas vezes consigo, o folheto informativo que acabou de lhes ser entregue no serviço de puérperas da mesma instituição, que fica no mesmo piso/andar, a cerca de 100 metros de distância. A descrição destes pormenores encontra pertinência, para contextualizar a minha posição, quando defendi veementemente a elaboração de um folheto conjunto para entrega em ambos os serviços, em resposta à constatação de disparidade de informação disponibilizada em cada um dos referidos folhetos, sobre os mesmos aspectos/componentes informativas.

Compreendo e concordo com a indicação da DGS, que tem como objectivo a uniformização e creditação segundo evidência disponível, da informação institucional fornecida aos utentes do SNS, pelos diversos intervenientes e instituições.

Nesta lógica, a Unidade Coordenadora Funcional (UCF) constituída pelo hospital onde exerço funções e respectivas ACES, no âmbito do projecto “Partilhar para Cuidar”, desenvolveu um grupo de trabalho interdisciplinar, com o intuito de produzir e legitimar folhetos informativos padronizados, para utilização por todos os profissionais e instituições que compõem a referida UCF.

Esta realidade constitui na minha opinião uma evolução qualitativa dos cuidados de saúde, com o intuito de uniformização e legitimação da informação disponibilizada, reflectindo e analisando evidência disponível por um grupo de

peritos multidisciplinares, que constituem deste modo uma estrutura organizativa com suposta capacidade e idoneidade para o efeito.

Na era das tecnologias de informação e da prática baseada na evidência, não basta invocar um estudo científico ou uma informação obtida na internet para justificar/argumentar um determinado procedimento ou tomada de decisão.

O desafio para as profissões de saúde e inerentemente para a enfermagem, é a capacidade de seleccionar, analisar e sintetizar a melhor evidência possível e uniformizar a sua disseminação. Com base nessa evidência, deve a enfermagem reflectir sobre as práticas e evoluir qualitativamente, na prossecução do objectivo de permanentemente procurar a excelência do exercício profissional, nesta globalizada sociedade da informação.

Este jornal de aprendizagem quis demonstrar um percurso reflexivo, despoletado por um simples episódio ocorrido num campo de estágio, que resultou no desenvolvimento do meu pensamento crítico como enfermeiro e como cidadão, permitindo deste modo um consolidar de argumentos e posições individuais sobre uma dimensão essencial para a enfermagem; A informação em saúde.

APENDICE III

Grelha de Observação do Padrão Documental nos SIE

Grelha de Observação

Estágio com Relatório

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como um instrumento de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Criança/Família.

Grelha de Observação do Padrão Documental CIPE/SAPE

- Instrumentos de suporte e uniformização de tomada de decisão clínica (manual de procedimentos) nos SIE
 - Institucional: Sim/ Não
 - Unidade de cuidados (padrão documental do serviço): Sim/Não
- Informação quantitativa/qualitativa disponibilizada no campo “Notas Gerais”

Focos de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem (Notas associadas)	Evolução dos status de diagnóstico	Normas/ <i>check list</i> associadas qualificadores (Nível de evidência)

--	--	--	--	--

Manuel Rodrigues Alves

3º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESEL - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Outubro de 2012

APENDICE IV

Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Objectivos:

- Recolher dados que permitam identificar o percurso de utilização da CIPE/SAPE como instrumento de documentação da prática de enfermagem;
- Compreender as dinâmicas institucionais nas áreas da qualidade dos cuidados de enfermagem e SIE;
- Obter informação sobre conhecimento e respostas institucionais ao RMDE Portugueses.

Designação de Blocos	Objectivos Específicos	Tópicos	Formulário de Questões
A Legitimação da entrevista e motivação	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista; - Motivar o entrevistado; - Garantir o anonimato; - Garantir a confidencialidade da informação prestada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar do tema em estudo que motiva a entrevista, solicitando a sua ajuda para que o mesmo se torne viável; -Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas; -Estabelecer um clima de empatia; -Informar que o resultado da investigação, ser-lhe-á dado a conhecer no final do trabalho em curso; -Pedir autorização para que a entrevista possa ser gravada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dever-se-á esclarecer as dúvidas do entrevistado de um modo claro, para que não haja desvios dos objectivos pretendidos; -Os tópicos expressos entre os blocos A e D, servem de ponto de partida para a elaboração das questões, as quais dependerão, em último caso, das características da entrevista e do entrevistado.
B CIPE/SAPE	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o percurso institucional na utilização da CIPE/SAPE para documentação da 	<ul style="list-style-type: none"> -Início de utilização; -Formação dos enfermeiros em CIPE e SAPE; 	

	prática de enfermagem.	<p>-Processo de parametrização;</p> <p>-Existência de normas institucionais e/ou manual de procedimentos;</p> <p>-Taxa de implementação institucional nas diferentes unidades de cuidados (serviço de urgência, ambulatório...);</p> <p>-Interoperabilidade institucional de informação nos SIE.</p>	
<p>C</p> <p>Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e SIE</p>	<p>-Identificar dinâmicas institucionais na utilização da CIPE/SAPE como instrumento de melhoria contínua na qualidade dos cuidados.</p>	<p>-Padrões de qualidade e correlação com os SIE;</p> <p>-Existência de elementos responsáveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, SIE e a sua organização;</p> <p>- Auditorias dos registos de enfermagem nos SIE;</p> <p>- Projectos institucionais;</p> <p>-Programa padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da</p>	

		Ordem dos Enfermeiros.	
<p>D</p> <p>Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem Portugueses</p>	<p>-Identificar respostas institucionais à criação do RMDE portugueses em Outubro 2007.</p>	<p>- RMDE e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde;</p> <p>-Contemplado nas parametrizações iniciais das unidades de cuidados(?);</p> <p>-Reparametrização dos padrões documentais das unidades de cuidados em resposta ao RMDE.</p>	

Manuel Alves

3º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESEL- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Outubro de 2012

APÊNDICE V

Revisão Sistemática de Literatura

“Transição para a Parentalidade na UCIN”

RESUMO

Problemática: Facilitar a transição para a parentalidade na UCIN, implica um conhecimento aprofundado sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo transicional e dos padrões de resposta esperados nesta transição específica.

Objectivos: Evoluir a compreensão do processo de transição para a parentalidade na UCIN e Identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras e promotoras desta transição.

Metodologia: Efectuada pesquisa no motor de busca EBSCO host Web, com duas bases de dados: CINHALL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, entre Janeiro 2002 e Janeiro 2012. Seleccionados qualitativamente sete artigos (CINHALL-5, MEDELIN- 2).

Resultados: Intervenções identificadas: o esclarecimento de dúvidas, informação e apoio emocional correspondem ao padrão expectável no início do processo. A desmistificação dos significados negativos atribuídos à UCIN e provenientes de sentimentos de culpabilização em relação à prematuridade, poderão revelar-se como essenciais para uma transição saudável. O estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, a redução do efeito do ambiente tecnológico da UCIN, a criação de oportunidades para interagir fisicamente com o RN e a demonstração e incentivo para o envolvimento progressivo nos cuidados revelam extrema importância como promotores da vinculação e permitirá a evolução para uma lógica de interacção em parceria entre pais e enfermeiro. O enfermeiro é considerado pelos pais como um tutor, guardião e facilitador do processo transicional, sendo-lhe atribuído o significado de "Role Model", constituindo deste modo um dos principais factores a influenciar as suas experiências na UCIN.

Conclusão: As transições são processos complexos e multidimensionais. As intervenções facilitadoras da transição para a parentalidade de RN prematuros internados na UCIN, deverão primordialmente promover o nível de satisfação experienciado globalmente pelos pais, respeitando a sua complexidade holística.

Palavras-chave: transição para a parentalidade; unidade de cuidados intensivos neonatais; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Problem: To facilitate the transition to parenthood in the NICU, implies a thorough understanding of the nursing interventions that facilitate the transitional process and the response patterns expected in this particular transition.

Objectives: Evolving understanding of the transition to parenthood in the NICU and to identify nursing interventions that promote and facilitate this transition.

Methodology: Performed research in the search engine Web EBSCO host with two databases: CINHAI Plus with Full Text MEDLINE with Full Text, between January 2002 and January 2012. Qualitatively selected seven articles (Cinhal-5, Medeline-2).

Results: Interventions identified: clarifying questions, information and emotional support correspond to the standard expected at the beginning of the process. The demystification of the negative meanings attributed to the NICU and from feelings of guilt in relation to prematurity, may prove to be essential for a healthy transition. The establishment of a trust relationship with the multidisciplinary team, reducing the effect of technological environment of the NICU, creating opportunities to interact physically with the RN and the demonstration and encouragement to the progressive involvement in care reveals extremely important as a promoter of the attachment and enable the evolution to a logic of interaction in a partnership between parents and nurses. The nurse is regarded by parents as a tutor, guardian and facilitator of the transitional process, and giving him the meaning of "Role Model" and thus be a major factor influencing their experiences in the NICU.

Conclusion: The transitions are complex and multidimensional. Interventions that facilitate the transition to parenthood of premature infants hospitalized in the NICU should primarily promote the overall level of satisfaction experienced by parents, respecting their holistic complexity.

Keywords: transition to parenthood; neonatal intensive care unit, nursing interventions.

Introdução

A parentalidade é um processo de transição para novos papéis e responsabilidades, requerendo uma reorganização da dinâmica pessoal/familiar, constituindo alvo essencial dos cuidados de enfermagem como promotores e facilitadores desta nova etapa do ciclo vital.

O nascimento de um filho prematuro e a necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) constitui uma realidade que corrompe as expectativas idealizadas e sonhadas inicialmente pelos pais. As condições de saúde/risco do seu filho, a impossibilidade de lhe pegar, o ambiente tecnológico, são factores inibidores do exercício da parentalidade e frequentemente indutores de stress, ansiedade e medo.

Os enfermeiros da UCIN devem prestar cuidados de enfermagem dirigidos às necessidades específicas dos pais, considerando esta dificuldade acrescida como uma dupla vulnerabilidade que os mesmos enfrentam no processo de transição para a parentalidade.

Numa lógica de reflexão sobre as práticas, com o intuito de validar e/ou reconceptualizar as mesmas segundo a evidência disponível/possível, definimos como objectivos do estudo: evoluir a compreensão do processo de transição para a parentalidade na UCIN e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras e promotoras desta transição.

Problemática

Transição é um conceito muito utilizado nas teorias de desenvolvimento e stress/adaptação e tem sido alvo de diversas definições, assentando no princípio da mudança das condições pessoais e ambientais exigirem da pessoa processos adaptativos a novas realidades, papéis e responsabilidades.

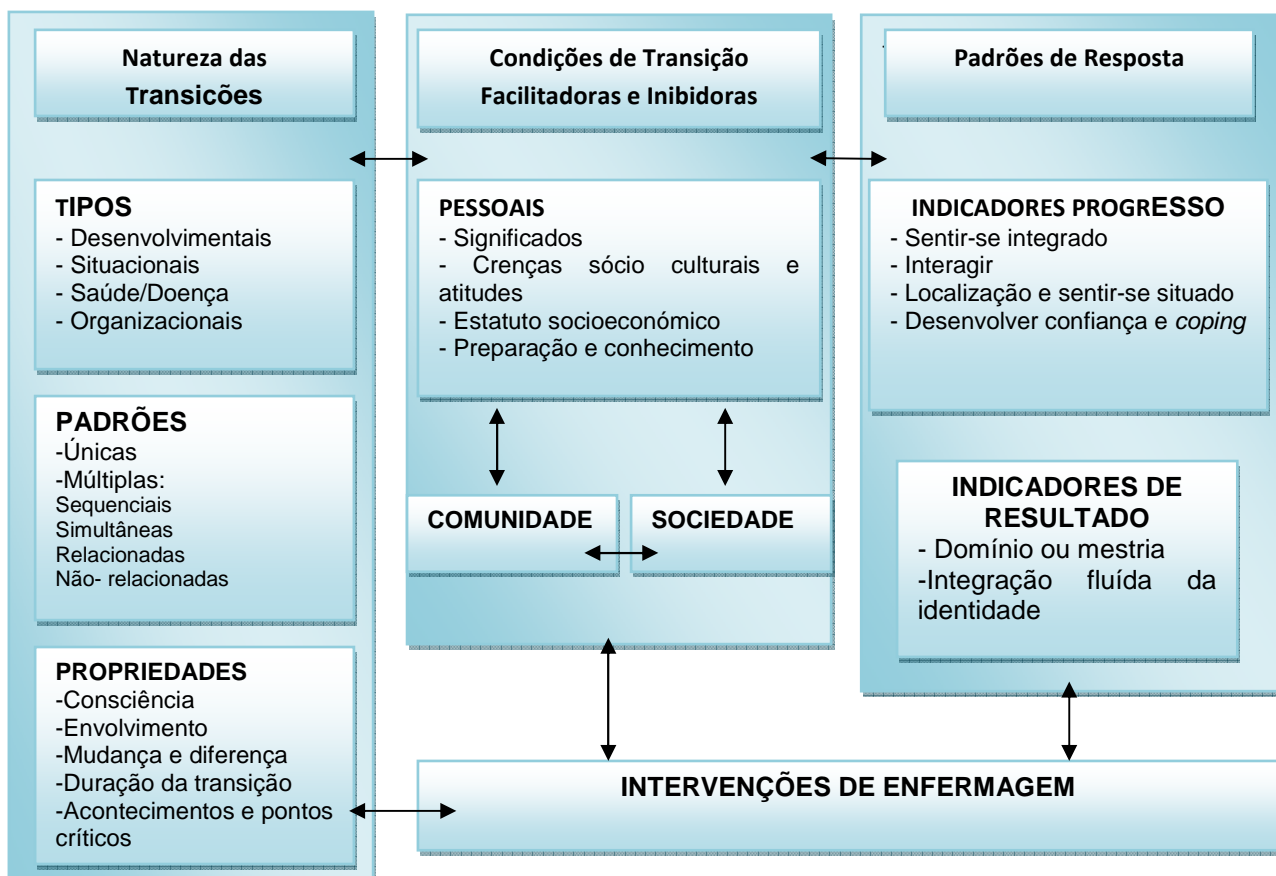
A experiência da transição inicia-se com a consciencialização pela pessoa da alteração das condições ou preferencialmente conseguindo antecipar o seu início, e é considerado por alguns autores como o período entre dois pontos de estabilidade no bem-estar e saúde da pessoa, conferindo inerentemente uma condição de vulnerabilidade.

Os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que experienciam transições, antecipam ou completam actos de transição, podendo considerar-se deste modo que os cuidados de enfermagem têm como objectivo facilitar transições bem-sucedidas, considerando a pessoa como actor principal do processo, valorizando a sua individualidade multidimensional.

As transições são processos complexos e multidimensionais, mas no entanto alguns autores referem algumas propriedades que consideram caracterizar universalmente as transições, (...) “como processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro (Meleis, 2010, p.41).

Meleis (2010) na sua teoria das transições considera três domínios fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condições facilitadoras e inibidoras da transição e padrões de resposta traduzidos por indicadores de processo e resultado (Quadro 1).

Quadro 1 – Transições



Mercer (2010), considera que a transição para a parentalidade constitui um dos principais eventos desenvolvimentais da vida da/s pessoa/s. O mesmo autor refere que a parentalidade envolve o movimento de uma realidade conhecida, para uma nova e desconhecida realidade, (...) “exigindo o reestruturar de objectivos, comportamentos e responsabilidades, para encontrar uma nova concepção de self” (Barba & Selder, 2005), citado por Mercer (2010, p.95).

O ciclo de vida da pessoa individual ocorre conjuntamente com os outros membros da família numa interacção dinâmica, influenciando-se interdependentemente nos processos de transição. Segundo Zagonel (1999), família é o contexto primário do desenvolvimento humano e constitui a unidade primordial de organização social. A parentalidade de um dos membros da família significa deste modo transições para novos papéis e responsabilidades como mães, pais, avós, tios ou irmãos.

Segundo Pedrosa & Canavarro (2005), a adaptação na transição para a parentalidade pode ser perturbada pelo nascimento de um filho prematuro, provocando uma perturbação da relação habitual dos pais com o recém-nascido, com consequências negativas no processo de transição. O mesmo autor considera que o nascimento de um filho prematuro representa um momento de crise familiar, cujo impacto se pode estender muito além do período pós-natal imediato.

Natureza das transições

O conhecimento do enfermeiro sobre a natureza das transições quanto ao tipo, padrão e propriedades da mesma, é assim essencial para a compreensão do processo transicional da pessoa/família e o desenvolvimento através da relação terapêutica, de um plano de parceria com o objectivo de criar condições geradoras de equilíbrio, facilitando o processo transicional para a parentalidade na UCIN.

A transição para a parentalidade é considerada uma das principais transições desenvolvimentais do ciclo de vida da pessoa/família, acrescentando novas

peças e novas transições ao contexto familiar. Neste contexto, o enfermeiro deverá permanentemente identificar e antecipar possíveis situações geradoras de outros desequilíbrios, com o intuito de compreender o padrão transicional único ou múltiplo (conferindo neste caso uma dupla vulnerabilidade ao processo que a pessoa vivencia no seu contexto pessoal/familiar).

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros devem ter em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, em detrimento de se focarem num único tipo específico de transição. No contexto familiar, a transição para a condição de pai e/ou mãe implica inerentemente transição para os papéis de irmão, avô/avó, tio/tia, e todos estes processos transicionais são dificultados pela prematuridade e pela necessidade de internamento do novo membro da família na UCIN.

A realidade social e as condições de instabilidade/ insegurança laboral frequentes na sociedade actual, revelam-se cada vez mais como factor inibidor para o exercício da parentalidade em internamentos prolongados, levando frequentemente a situações de perda do emprego/posto de trabalho, podendo originar um padrão de multiplicidade e simultaneidade, que também frequentemente exigem intervenção social, institucional e comunitária.

Propriedades das transições

“As transições são complexas e multidimensionais, mas foram identificadas algumas propriedades essenciais das experiências de transição como: Consciência (Awareness); Envolvimento (Engagement); Mudança e Diferença (Change and Difference); Duração (Time Span) e Acontecimentos/Pontos Críticos (Critical points and Events)” (Meleis, 2010, p.57). Estas propriedades estão relacionadas num processo complexo e único, que reflecte a individualidade holística de cada pessoa e o modo como experiencia a sua realidade transaccional.

A **Consciência** está relacionada com percepção, conhecimento e identificação da experiência de transição. O nível de consciência reflecte-se no grau de consonância entre o que é conhecido sobre os processos e respostas, e aquilo

que constitui o conjunto esperado de respostas e percepções de indivíduos perante transições semelhantes (Meleis, 2010, P.57).

Os pais de uma criança prematura internada na UCIN têm de estar conscientes dos riscos da prematuridade e das diferenças que o seu filho real apresenta em relação ao seu filho sonhado/imaginado. De acordo com Shin & White-traut (2010), os pais necessitam ter consciência da situação real, que consiste em serem pais de um recém-nascido prematuro internado na UCIN e não de um recém-nascido saudável.

O padrão de resposta revelador do nível adequado de consciência nos pais de prematuros internados na UCIN, contempla sentimentos como ansiedade, insegurança e medo, pela condição de risco de vida do seu filho ou possibilidade de alterações no seu desenvolvimento. A imposição da separação física pela necessidade de cuidados diferenciados, gera frequentemente sentimentos de impotência e frustração.

As intervenções de enfermagem facilitadoras desta fase do processo transicional, constituem a demonstração de disponibilidade para suporte emocional, informação e esclarecimento de dúvidas, utilizando um discurso positivo mas realista, dando a possibilidade aos pais para gerir o momento transicional absorvendo da interação do enfermeiro alguma confiança e positivismo.

Shubert et al (2002) enfatiza que a relação que o enfermeiro estabelece com os pais, baseada na observação cuidadosa e escuta activa, permitirá a estes a redução de medos e ansiedade, a expressão das suas preocupações e receios, facilitando a adaptação à situação de internamento do seu filho e o envolvimento no processo transicional.

Envolvimento (Engagement) - É o nível de envolvimento que a pessoa demonstra no processo de transição. O nível de consciência influencia o nível de envolvimento e este poderá não acontecer (...) se não houver consciência das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010, P.57).

O envolvimento no processo da transição para a parentalidade na UCIN corresponde à consciencialização e aceitação pelos pais, da redefinição da

realidade transicional e pela vontade consciente de incorporação experiencial dessas alterações e diferenças.

Mudança/Alteração e Diferença (Change and Difference) - Confrontar ou lidar com a diferença é outra propriedade das transições, exemplificada por expectativas frustradas ou divergentes, sentir-se diferente, ser percebido como diferente ou perspectivando o mundo e os outros de diferentes modos. “Na compreensão de experiências transaccionais poderá ser útil aos enfermeiros a capacidade do cliente em lidar/gerir a mudança e a diferença” (Meleis, 2010, P.58).

As principais diferenças sentidas pelos pais de crianças prematuras internadas na UCIN, constituindo uma dificuldade acrescida no processo transicional, são referidas por diversos autores e estão associadas à diferença conferida pela prematuridade. Cox et al (2005) refere o ambiente tecnológico da unidade de cuidados intensivos, a aparência e comportamento da criança e a alteração do papel parental conferida pelas limitações inerentes à prematuridade, como principais *stressors* percebidos pelos pais.

Shin & White-traut (2010) referem-se também ao ambiente da UCIN e à falta de oportunidade para contactar fisicamente com o seu filho, como factores geradores de experiências emocionais incluindo sentimentos como desapontamento, culpa, ansiedade, depressão, hostilidade e perda de auto-estima.

A relação/comunicação com a equipa multidisciplinar, a cultura organizacional e sensibilidades de cuidados, são deste modo essenciais para o favorecimento de um ambiente facilitador, diminuindo o efeito negativo destas dimensões e experiências no processo transicional.

Período de tempo/duração (time span) - Todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. No entanto é impossível definir a duração/período de tempo de uma transição, uma vez que cada pessoa experiencia o processo de transição como um reflexo da sua individualidade humana.

A transição para a parentalidade inicia-se com a gravidez, ou como defendem alguns autores, a partir do momento em que os pais encetam o planeamento dessa gravidez como reflexo de um desejo/objectivo consciente, iniciando desde logo a transição para uma nova realidade, papéis e responsabilidades.

O internamento na UCIN surge como uma fase imprevista neste planeamento inicial, exigindo dos pais um enorme esforço emocional e disponibilidade para o exercício da parentalidade, tendo como consequência inevitável um prolongamento da duração transicional e o retardamento do exercício efectivo da parentalidade.

Um objectivo primordial dos cuidados de enfermagem deverá contemplar a criação de condições para o contacto físico dos pais com o RN, permitindo e incentivando o toque, colocando ao colo (ou em método canguru) ainda que por curto período assim que as condições hemodinâmicas da criança permitirem, promovendo momentos para o estabelecimento da ligação afectiva/vinculação. Deverá ser demonstrada e incentivada a possibilidade de envolvimento progressivo dos pais na prestação de cuidados à criança, iniciando deste modo numa lógica de aquisição gradual de habilidades e competências, o desenvolvimento da confiança nas suas capacidades para “Cuidar do seu filho”.

Pode ser contraproducente impor limites temporais nas experiências de transição, pelo que se torna importante a consciencialização do enfermeiro para a possibilidade de instabilidade e variabilidade ao longo do tempo (Meleis, 2010, P. 58)

Acontecimentos e pontos críticos (Critical points and events) - Algumas transições estão associadas a um evento identificável que serve de referência, enquanto noutras poderão não ser tão evidentes. “Pontos críticos são muitas vezes associados a uma crescente consciência da mudança ou diferença e num desenvolvimento mais activo ao lidar com a experiência da transição” (Meleis, 2010, P.59).

A primeira visita e contacto dos pais com o recém-nascido internado na UCIN, deverá ser considerada como um momento/acometimento crítico no processo

de transição para a parentalidade. Durante a primeira visita, a companhia do enfermeiro em permanência junto dos pais é considerada essencial como fonte de suporte emocional, informação e esclarecimento de dúvidas, desmistificação do ambiente tecnológico e aspecto da criança, contribuindo para a diminuição do impacto inicial, fornecendo alguma segurança e tranquilidade às suas condições experienciais. Canavarro (2001) salienta a importância de uma relação de confiança entre pais e equipa multidisciplinar como elemento catalisador do desenvolvimento parental.

Shin & White-traut (2010) consideram existir três pontos críticos no processo de transição para a parentalidade na UCIN que denominam como “Turnig Points”, constituindo momentos significativos/positivos do processo: quando a criança deixa de necessitar permanecer na incubadora; quando a criança é transferida dos cuidados intensivos e quando a criança parece normal em comparação com as crianças saudáveis.

Condições facilitadoras e inibidoras da transição

As condições pessoais e ambientais podem facilitar ou dificultar o progresso no sentido de atingir uma transição saudável. Para compreender a experiência dos clientes durante as transições é necessário perceber as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o processo de transição (Meleis, 2010).

“Os **significados** atribuídos a aspectos ou acontecimentos envolvidos no processo de transição poderão facilitar, dificultar ou mesmo impossibilitar uma transição saudável” (Meleis, 2010, p.59). Segundo Shin (2003) a transição para a parentalidade na UCIN pode ser muita distinta consoante o significado que a mãe atribui à situação de prematuridade, considerando que a atribuição de um significado muito negativo poderá dificultar ou mesmo inibir a transição.

A prematuridade é vivenciada frequentemente pela mãe e/ou pai, imbuída de sentimentos de culpabilização, experienciando a prematuridade do seu filho como sua responsabilidade, atribuindo deste modo um significado muito negativo a um elemento fundamental da sua realidade transicional.

Shin (2003) defende ainda a ideia que existe um preconceito social contra a UCIN, pela conotação de complicações futuras e problemas no crescimento e desenvolvimento com as crianças prematuras internadas nestas unidades.

A prematuridade está logicamente conotada com um significado negativo pelos riscos e incerteza inerentes à mesma, mas a evolução das últimas décadas nesta área de cuidados, permitiu uma evolução positivamente significativa no prognóstico dos RN prematuros. A possibilidade de desmistificação de significados negativos, atribuídos a sentimentos de culpabilização ou preconceitos sociais contra as UCIN, deverá ser favorecida pela interação do enfermeiro no cuidar transicional.

Na interacção com os clientes o enfermeiro deve conhecer/perceber a pessoa, as suas **especificidades culturais, crenças** e significados, de modo a compreender a sua experiência e contribuindo consoante a vontade demonstrada pela pessoa, para informar, desmistificar ou simplesmente respeitar a sua individualidade e os seus valores. Quando a experiência de transição é estigmatizada pela pessoa, as suas atitudes e crenças, poderá ser inibida a expressão dos estados emocionais relacionados com a transição. (Meleis, 2010).

Esta sensibilidade cultural e a compreensão/aceitação destes aspectos como estruturantes no processo transicional, é essencial numa sociedade cada vez mais caracterizada pela multiculturalidade, exigindo dos enfermeiros o desenvolvimento de uma “competência cultural”.

As **condições socioeconómicas** (socioeconomic status) e a sua estabilidade são essenciais para que a pessoa/família possa satisfazer as suas necessidades quotidianas, à medida que vai evoluindo transicionalmente durante o ciclo vital. “Pessoas com dificuldades financeiras e/ou baixo estatuto económico são mais susceptíveis a experienciar sintomas psicológicos” (Meleis et al, 2010, p.60), constituindo assim uma dificuldade acrescida no processo para uma transição saudável.

O enfermeiro deve compreender e avaliar a situação conjuntamente com a pessoa/família, fornecendo informação e aconselhamento sobre os recursos

disponíveis, podendo ainda haver necessidade de sinalização da pessoa/família para entidades de apoio social.

Segundo Meleis (2010), a **preparação e conhecimento** (preparation and knowledge) constituem também factores que podem facilitar ou inibir o processo de transição. A antecipação da experiência de transição e o conhecimento prévio sobre aspectos significativos sobre a mesma, facilita a sua aceitação, o estabelecimento de expectativas realistas e estratégias adequadas para lidar com a situação.

Na maioria das situações, os dias ou semanas que antecedem o parto prematuro são vivenciados ambientalmente pelas mães no serviço de obstetrícia, onde permanecem normalmente com indicação para repouso no leito. Karst (2004) defende que este momento deve ser aproveitado para proporcionar condições, que permitam a diminuição do impacto da primeira visita dos pais ao seu filho prematuro internado na UCIN.

Numa lógica antecipatória da experiência transicional, a informação, esclarecimento de dúvidas e suporte emocional, a possibilidade de visitar previamente a UCIN e visualizar crianças prematuras (ou a visualização de fotos em caso de impossibilidade de levante de mãe), permite segundo Karst (2004) imaginar o seu bebé e reduzir o impacto do contacto inicial com o ambiente tecnológico da UCIN, gerando confiança e tranquilidade. A **preparação e conhecimento** permitem aos pais a construção prévia da **consciência** transaccional da prematuridade, a desmistificação de **significados** negativos, facilitando o seu **envolvimento** no processo transicional.

As **condições do meio/comunidade** são muito importantes no processo transaccional, podendo também influenciar positiva ou negativamente a duração e qualidade da transição. Numa lógica de cuidados centrados no cliente/ família, o enfermeiro deve conhecer o conceito de família, funções e papéis dos seus membros, estruturação e formas de organização, de modo a prever as alterações desenvolvimentais previsíveis na sua dinâmica e

compreender as vivências inerentes à transição para a parentalidade, no contexto familiar.

O enfermeiro deve conseguir identificar o efeito de todos estes aspectos no processo transicional, informando e sugerindo sobre estratégias adequadas e a possibilidade de utilização de recursos disponíveis (institucionais, sociais e comunitários).

Padrões de resposta

Segundo Meleis (2010), uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por **indicadores de processo e indicadores de resultado**, sendo essencial para o enfermeiro a identificação destes indicadores, permitindo avaliar e intervir precocemente na prossecução do objectivo de facilitar uma transição saudável.

Os **Indicadores de processo** permitem avaliar o progresso realizado/demonstrado pela pessoa em qualquer altura do processo transicional, sendo constituídos pelo nível de envolvimento experienciado pela pessoa no processo, pela capacidade demonstrada de interacção/integração com os outros, estar consciente dos objectivos e situado no processo transicional e pelo desenvolvimento da confiança e capacidade de adaptação (coping).

Os pais de RN internados na UCIN podem viver uma situação de distanciamento psicológico traduzido num conflito aproximação/ afastamento, como consequência da frequente instabilidade prognóstica inerente à condição de prematuridade. Como estratégia adaptativa, os pais vivenciam a parentalidade em consciência de que é essencial viver um dia de cada vez, o que poderá reflectir o padrão esperado para o início de uma transição saudável.

O reflexo de uma experiência transicional saudável poderá ser traduzida numa progressiva capacidade para gerir as emoções iniciais e o desenvolvimento de uma relação de confiança/ integração, interagindo com a equipa/ambiente multidisciplinar da UCIN. “Através da interacção, os comportamentos

desenvolvidos em resposta ao processo transicional, permitem descobrir, identificar e clarificar o significado da transição” (Meleis, 2010, p.61).

O desenvolvimento da relação afectiva/vinculação com o RN, a demonstração de vontade de participação nos cuidados e a capacidade para evoluir a sua prestação no sentido de se apropriar progressivamente de novas habilidades e conhecimentos para cuidar do seu filho, deverá proporcionar a demonstração de confiança e sugerir capacidade de adaptação (coping).

Indicadores de resultado - “A qualidade de vida das pessoas que experienciam transições pode ser reflectida pelos níveis de Mestria/Domínio de novas habilidades necessárias para completar uma transição saudável e pelo desenvolvimento de uma identidade fluída e integrativa“ (Meleis, 2010, p.62).

A prematuridade implica uma aprendizagem contínua pelos pais destas crianças no sentido de as entenderem e assim assegurarem o seu desenvolvimento, constituindo o processo de transição para os novos papéis da parentalidade, um processo gradual de integração de experiências facilitadas pelo enfermeiro, pela suplementação do papel ainda não adquirido. Meleis (2010) refere que os papéis são apreendidos e incorporados de diversas maneiras, sendo uma dessas maneiras através da interacção com pessoas ou grupos significativos.

Uma transição saudável dos pais de crianças prematuras internadas na UCIN, poderá ser compreendida como a redefinição, aceitação e capacitação para responder a uma nova realidade pessoal/familiar não prevista inicialmente, a prematuridade do seu filho.

Metodologia

A revisão narrativa de literatura realizada sobre a temática abordada, conduziu à formulação da questão de investigação: **Quais as intervenções de enfermagem que facilitam a transição para a parentalidade dos pais de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?**

A definição da pergunta final para a realização da revisão sistemática de literatura, foi efectuada com o intuito de identificar intervenções de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade num contexto específico, constituindo deste modo uma “Foreground Question” traduzida na mnemónica PI[C]O (Quadro 2).

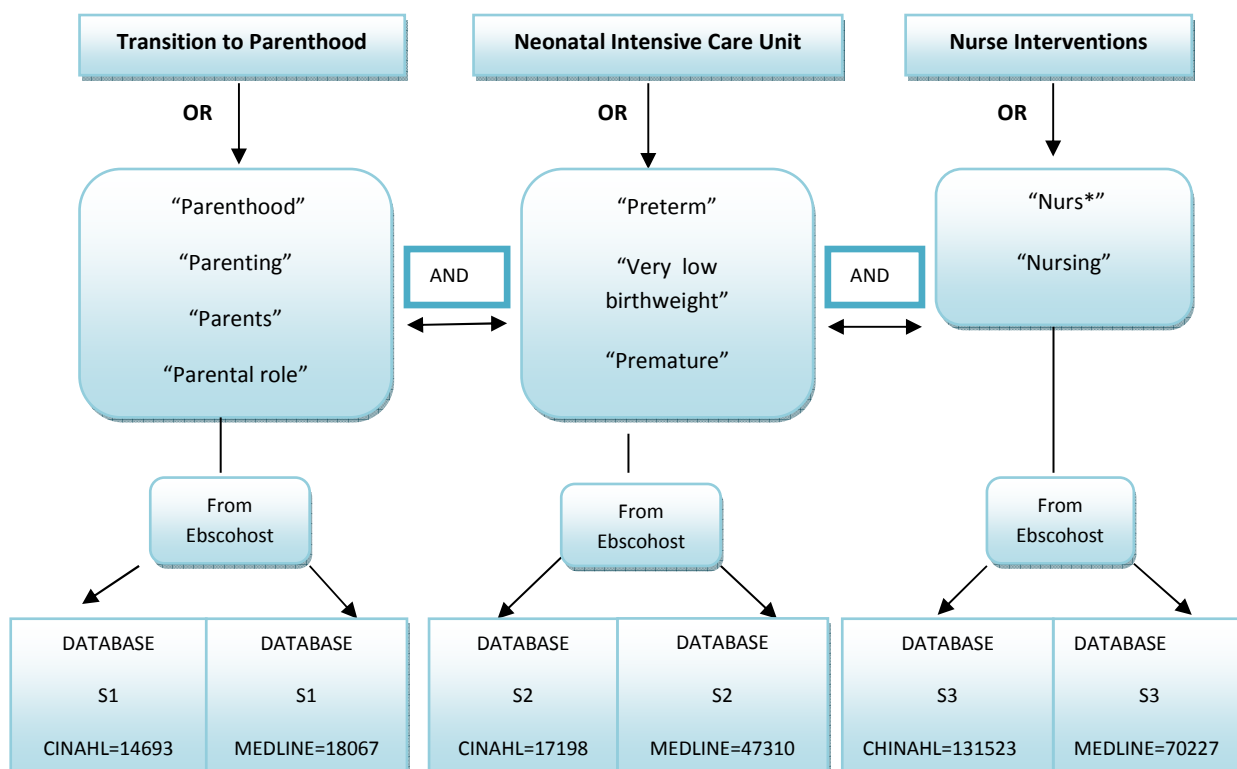
Quadro 2

P	População	Quem foi estudado	Pais de RN prematuros internados na UCIN	Palavras Chave Transição para a parentalidade
I	Intervenção	O que foi feito	Intervenções de enfermagem que facilitam a transição para a parentalidade	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
[C]	Comparações	Existem ou não existem	Não existem	Intervenções de Enfermagem
O	Outcomes	Resultados	Facilitar a transição para a parentalidade	

Realizada pesquisa utilizando o motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, com selecção de artigos em texto integral, publicados entre Janeiro de 2002 e Janeiro de 2012, utilizando os seguintes descritores: [transition to parenthood OR parenthood OR parenting OR parents OR parental role] **AND** [neonatal intensive care unit

OR preterm OR very low birth weight OR premature OR newborn] **AND** [Nurse interventions OR nurs* OR nursing].

Figura 1- Descritores

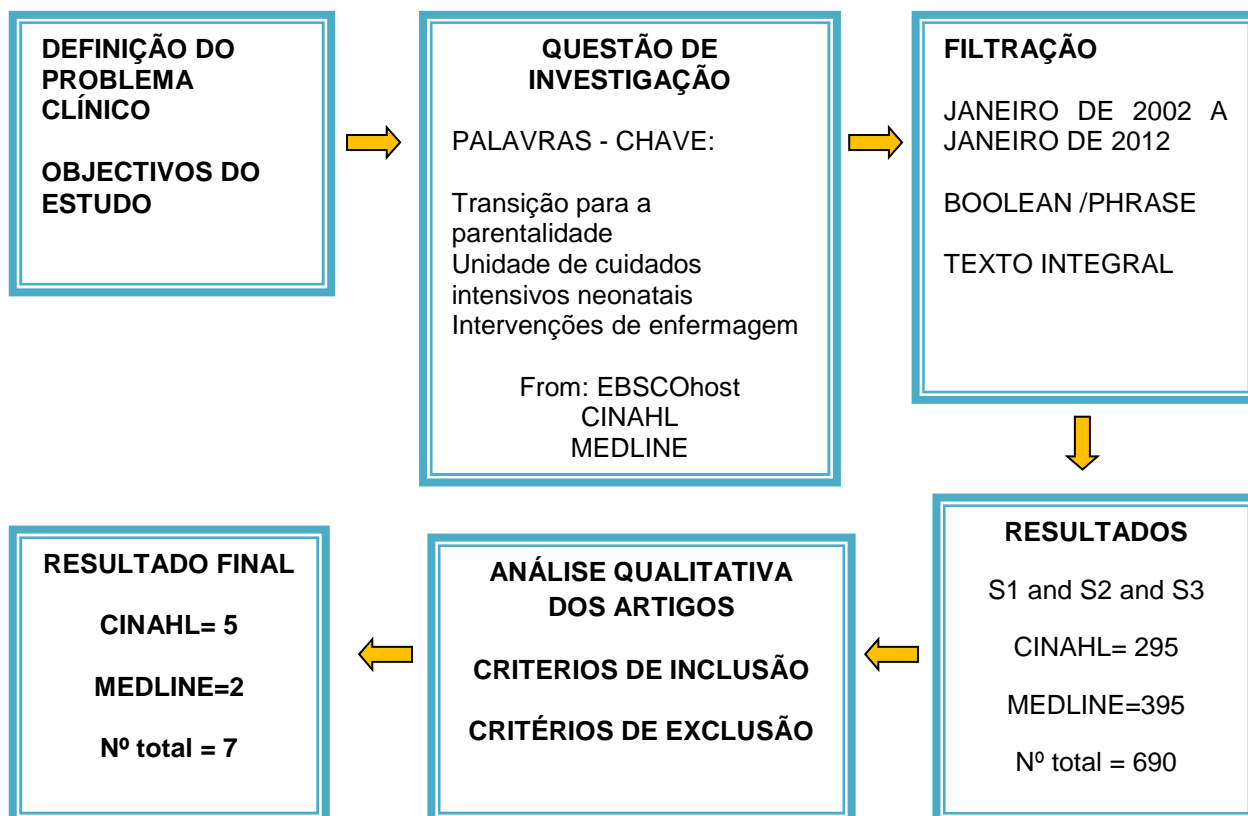


Como critérios de inclusão, seleccionámos estudos de abordagem qualitativa e/ou quantitativa, randomizados e não randomizados, revisões sistemáticas de literatura e estudos de caso, que abordam a temática da transição para a parentalidade dos pais de recém-nascidos prematuros, com internamento mínimo de uma semana no UCIN. Ainda com critério de inclusão, considerámos a idade dos pais superior a 18 anos.

Foram excluídos artigos referentes a estudos com apresentação duvidosa de metodologia científica, não disponíveis em texto integral e que não demonstraram o cumprimento das questões éticas de investigação, mais especificamente quanto ao consentimento informado dos participantes no estudo.

A figura 2 demonstra cronologicamente o percurso efectuado para pesquisa e selecção final dos artigos a incluir no nosso estudo (Protocolo de Pesquisa).

Figura 2 - Cronologia do estudo



- ❖ Os artigos seleccionados foram analisados criticamente pelo grupo e sintetizados consoante a pertinência consensualmente considerada para os objectivos do estudo.
- ❖ A categorização segundo o nível de evidência foi realizada através da utilização do sistema de Hicks (2004) como referido por Cruz & Pimenta (2005, p.2).
- ❖ A identificação/apresentação e resultados dos artigos poderão ser consultados no quadro 3 e seguintes.

Apresentação e Análise dos Artigos

Quadro 3 - Artigo nº1

Título	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit
Autor	TURAN, TurKan; BASBAKKAL, Zumrut; OZBEK, Senay
Fonte e ano de publicação	Journal Of Clinical Nursing, 2008
Objectivos do estudo	Determinar o efeito das intervenções de enfermagem para redução dos níveis de stress dos pais de RN prematuros numa UCIN.
Metodologia	Estudo randomizado
Tipo de estudo	Entrevista com monitorização de stress parental através da escala Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU).
Participantes	Mães e pais com idades entre os 24 a 37 anos. Grupo experimental - 20 e grupo de controlo - 20.
Intervenções	O grupo experimental, foi alvo de uma formação para apresentação do serviço e do pessoal, fornecimento de informação e incentivo dos pais para a expressão de emoções e esclarecimento de dúvidas. Após 10 dias de internamento foi aplicada a escala PSS: NICU a fim de monitorizar o stress nos pais e comparados resultados nos 2 grupos.
Resultados	Os pais do grupo experimental apresentaram scores mais baixos quando utilizada a escala PSS: NICU. Os autores afirmam a

	importância dos cuidados centrados na família, evidenciando as seguintes intervenções: acompanhar os pais na primeira visita à UCIN; informar e responder a questões acerca da situação da criança; apoio emocional; incentivar o toque e prestação de cuidados; informar sobre tratamentos e procedimentos a serem efectuados.
Nível de evidência	Nível II

Quadro 4 - Artigo nº 2

Título	<u>Assessment of family needs in neonatal intensive care units</u>
Autor	MUNDY, Cynthia
Fonte e ano de publicação	American Journal of Critical Care, 2010
Objectivos do estudo	Identificar as necessidades dos pais de RN prematuros internados na UCIN; Compreender a diferença entre as necessidades dos pais no momento da admissão e da alta; Compreender se existe diferença nas necessidades do pai e da mãe.
Metodologia Tipo de estudo	Estudo correlacional descritivo. Entrevista com aplicação da escala Neonatal Family Needs Inventory (NFNI)

Participantes	60 Pais (com idades entre 16 e 44 anos) de RN prematuros com menos de 32 semanas, com estimativa de internamento superior a 30 dias.
Intervenções	Entrevista estruturada com aplicação da escala NFNI. Foram entrevistados 40 pais na primeira semana de internamento e 20 na semana que antecedeu a alta.
Resultados	As principais necessidades identificadas são informação e suporte emocional. No momento de admissão foi evidenciada pelos pais a necessidade de sentir esperança/confiança. Não foram verificadas diferenças significativas entre as necessidades de pais e mães. Os enfermeiros deverão olhar para cada família como um grupo individual com necessidades específicas e promover cuidados centrados na criança/ família.
Nível de Evidência	Nível III

Quadro 5 - Artigo nº 3

Título	A comparison of mothers and fathers experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit
Autor	FREGAN, Liv; HELSETH, Solvi e FAGERMOEN, May Solveig
Fonte e ano de publicação	Journal of Clinical Nursing, 2008
Objectivos do estudo	Comparar as experiências afectivas/emocionais individuais, entre pai e mãe de prematuros internados na Unidade de

	Cuidados Intensivos Neonatais, na primeira semana de vida.
Metodologia Tipo de estudo	Estudo descritivo. Entrevista semiestruturada.
Participantes	12 Pais (6 pais e 6 mães) numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Intervenções	Entrevista efectuada com ambos os pais, no momento da alta.
Resultados	Mães querem aproximar-se e tocar mesmo que isso provoque emoções negativas, enquanto os pais têm mais dificuldade em aproximar-se da criança. A condição emocional e física da mãe pode inibir a vinculação. O envolvimento do pai é considerado essencial, apoiando e influenciando positivamente a mãe.
Nível de evidência	Nível IV

Quadro 6 - Artigo nº 4

Título	Nurses as providers of support for mothers of premature infants
Autor	MOK, Esther e LEUNG, Sui Foon
Fonte e ano de publicação	Journal of Clinical Nursing, 2006
	Identificar as intervenções consideradas mais importantes pelas mães de crianças internadas na Unidade Cuidados

Objectivos do estudo	Intensivos Neonatais.
Metodologia Tipo de estudo	Estudo descritivo. Entrevista semiestruturada. Aplicação da escala Nurses Parent Support Tool (NPST).
Participantes	6 mães de crianças prematuras internadas na Unidade de cuidados intensivos neonatais com peso inferior a 2500g, com internamento superior a uma semana.
Intervenções	Entrega de questionário na última semana antes da alta. Contacto telefónico 2 semanas após a alta e realização de entrevista semiestruturada. Aplicação da escala NPST.
Resultados	As mães consideram que necessitavam de mais suporte/cuidados do que aquele que receberam. As intervenções consideradas mais importantes são a comunicação e informação, em detrimento do suporte emocional que foi considerado o menos relevante.
Nível de evidência	Nível IV

Quadro 7 - Artigo nº 5

Título	The perceived parenting self-efficacy of first-time fathers caring for very-low-birth-weight infants.
Autor	THOMAS, Julia; FEELEY, Nancy; GRIER, Patricia.

Fonte e ano de publicação	INFORMA HealthCare – Issues in comprehensive Pediatric Nursing, 2009.
Objectivos do estudo	Compreender a percepção dos pais sobre a autoconfiança nas suas capacidades/competências (self-efficacy) para o desempenho da parentalidade
Metodologia Tipo de estudo	Estudo Qualitativo descritivo Entrevista semiestruturada
Participantes	5 Pais (idades entre 32 e 47 anos) de crianças prematuras (peso à nascença inferior a 1500 g) nascidas nos últimos 2 anos.
Intervenções	Realizada entrevista abordando 5 temas que os pais identificaram como tendo influenciado a sua percepção de “self-efficacy
Resultados	A percepção de self-efficacy foi referida pelos pais como sendo influenciada pela figura (role model) de enfermeira de UCIN, referindo também a importância das experiências vividas, do reforço positivo e da condição de saúde do seu filho.
Nível de Evidência	Nível IV

Quadro 8- artigo nº6

Título	Developing Nurse/Parent relationships in the NICU through negotiated partnership
--------	--

Autor	REIS, Misty; REMPEL, Gwen; SCOTT, Shannon; BRANDY-FRYER, Barbara; VAN AERDE, John
Fonte e Ano de publicação	Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 2010
Objectivos do Estudo	Compreender as experiências dos pais e o nível de satisfação dos cuidados recebidos na UCIN.
Metodologia	Estudo descritivo
Tipo de estudo	Entrevista semiestruturada
Participantes	9 Pais de crianças internadas na UCIN com internamento mínimo de 7 dias
Intervenções	Entrevistas realizadas pessoalmente e por telefone
Resultados	<p>Os pais expressaram que a relação desenvolvida com os enfermeiros cuidadores (bedside nurses) foi o factor mais importante a influenciar a sua experiência na UCIN</p> <p>O modelo de parceria negociada concilia as acções e os papéis que os pais desejam, desenvolvidos partilhadamente num processo evolutivo de aquisição/transferência de competências e papéis desempenhados.</p> <p>Todos os pais descreveram as intervenções de enfermagem e o seu papel como tutor, guardião e facilitador.</p>
Nível de Evidencia	Nível IV

Quadro 9 - Artigo nº 7

Título	Measuring Neonatal intensive Care Unit-Related Parental Stress
Autor	FRANCK, Linda; COX, Susanne; ALLEN, Alison; WINTER, Ira
Fonte e Ano de publicação	Journal of Advanced Nursing, 2005
Objectivos do Estudo	Validar/creditar a Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) para a população do Reino Unido. Identificar as principais fontes indutoras de stress dos pais de RN internados na UCIN
Metodologia Tipo de estudo	Estudo quantitativo Questionário
Participantes	257 Pais de crianças internadas em 9 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais do Reino Unido
Intervenções	Monitorização dos níveis de stress e ansiedade dos pais, através da aplicação da PSS:NICU e também da Spielberg State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Comparação dos resultados obtidos com PSS:NICU, entre a população Norte Americana e do Reino Unido e dos resultados obtidos comparativamente com as escalas STAI e PSS:NICU.
Resultados	A escala PSS:NICU foi validada/creditada para o Reino Unido. Escala de 50 itens que monitoriza a ansiedade e stress parental para 4 dimensões do ambiente da UCIN: - Sights and sounds in the NICU (5 itens)

	<ul style="list-style-type: none"> - Infant´s appearance (21 itens) - Staff behaviours and communication (13 itens) -Parent interaction with baby (11 itens) <p>É reconhecida a importância de monitorizar/ avaliar as necessidades psicoemocionais e sociais dos pais, com o intuito de desenvolver estratégias de cuidados adequadas às suas necessidades individuais.</p> <p>Os enfermeiros devem desenvolver capacidades de comunicação e fazer evoluir a sua prestação para uma relação de parceria de cuidados, envolvendo gradualmente os pais no processo de tomada de decisão, facilitando a transição para os novos papéis da parentalidade.</p>
Nível de Evidência	Nível III

Discussão de resultados

Os resultados da pesquisa efectuada não permitiram seleccionar artigos que se referissem à temática da parentalidade de prematuros internados na UCIN, abordada teoricamente pela utilização de um discurso assente em teorias e modelos associados ao conceito de transição. No entanto, foi considerado pelo grupo a pertinência e honestidade intelectual, da apropriação legítima de resultados sintetizados dos textos seleccionados, como susceptíveis de produzirem evidência pertinente à questão da transição da parentalidade na UCIN.

Segundo Cox et al (2004), a escala Parent Stressor Scale Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) é uma escala desenvolvida por Miles há mais de 20 anos nos Estados Unidos da América e utilizada para avaliar o efeito dos stressors percebidos pelos pais de RN internados nas UCIN. Esta escala foi desenvolvida com base em quatro dimensões, consideradas essenciais como alvo de cuidados para alívio dos stressors: ambiente físico da UCIN;

aparência e comportamento da criança; relação com a equipa multidisciplinar e alteração do papel parental. “Esta ferramenta tem demonstrado excelente validade e fiabilidade nas UCIN da América do Norte” (Cox et al, 2004, p.608). Este estudo descreve o processo de validação e acreditação da escala PSS:NICU para a população do Reino Unido.

Mundy (2010) realizou um estudo em que aplicou a escala Neonatal Family Needs Inventory (NFNI), que consiste em avaliar a percepção dos pais quanto à hierarquia das suas necessidades, definidas nesta ferramenta considerando cinco subescalas de necessidades: suporte; conforto; informação; proximidade e segurança. Como conclusão do estudo, o autor refere a informação e suporte emocional como principais necessidades referidas pelos pais. No mesmo estudo Mundy (2010) refere ainda que no momento da admissão foi evidenciada pelos pais a necessidade de sentir esperança e confiança, não tendo ainda identificado diferenças significativas entre as necessidades dos pais e mães.

Leung e Mok (2008) realizaram um estudo descritivo, tendo como objectivo identificar as intervenções de enfermagem consideradas mais importantes pelas mães na UCIN, através da aplicação da escala Nurses Parent Support Tool (NPST), duas semanas após a alta da criança. “Esta escala considera quatro aspectos: suporte de informação/comunicação; suporte emocional; suporte de auto-estima; suporte para contactar fisicamente e envolvimento nos cuidados” (Leung e Mok, 2010, p.726). Neste estudo, as intervenções consideradas mais importantes foram o suporte de comunicação/informação, em detrimento do suporte emocional que foi considerado o menos relevante. As mães consideraram que necessitavam de mais suporte do que aquele que receberam dos enfermeiros durante o internamento.

Fregan et al (2008) efectuou um estudo descritivo sobre as experiências afectivas/emocionais individuais, comparando resultados entre pais e mães de prematuros internados na UCIN. Como conclusões, refere que as mães querem aproximar-se e tocar o RN mesmo que isso provoque emoções negativas, enquanto os pais são mais renitentes em aproximar-se da criança. O

envolvimento dos pais é considerado pelo autor, como essencial na promoção da vinculação materna, apoiando e influenciando positivamente as mães.

Com o objectivo de compreender as experiências e o nível de satisfação dos pais com a interacção de cuidados recebidos na UCIN, Reis et al (2010) desenvolveram um estudo realizado por entrevista telefónica após alta. Os pais expressaram que a relação desenvolvida com os enfermeiros cuidadores (Bedside Nurses), foi o factor mais importante a influenciar as suas experiências. Thomas et al (2009) refere também que o enfermeiro foi referido como “Role Model”, sendo a sua figura considerada a mais significativa na percepção dos pais, para o desenvolvimento da autoconfiança nas suas capacidades/competências (Self-efficacy) para o desempenho da parentalidade.

Segundo Reis et al (2010), o modelo de parceria negociada concilia as acções e os papéis que os pais desejam, desenvolvidos partilhadamente num processo evolutivo de aquisição/transferência de competências e papéis desempenhados. No seu estudo, realizado com o objectivo de compreender as experiências e o nível de satisfação dos pais com os cuidados recebidos na UCIN, todos os pais descreveram as intervenções do enfermeiro e o seu papel como tutor, guardião e facilitador.

Conclusão

A Parentalidade dos pais de crianças prematuras internadas na UCIN, tem sido alvo de diversos estudos nas últimas décadas, confirmando a relevância deste ambiente experiencial como gerador de enormes dificuldades no processo transicional para a parentalidade e conseqüentemente constituir alvo de especial atenção dos enfermeiros, na tentativa de melhor compreender este fenómeno e interagir como facilitador do mesmo.

Existem diversos instrumentos/escalas que foram criados, desenvolvidos e utilizados para compreender/avaliar este fenómeno e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade na UCIN. Identificar os stressors a aliviar, as necessidades a suprir ou quais os tipos de suporte a realizar,

constituem na nossa opinião diferentes modos de descrever uma mesma realidade e podem traduzir-se como intervenções facilitadoras da transição para a parentalidade, reduzindo a vulnerabilidade experiencial dos pais e proporcionando condições de equilíbrio, essenciais para facilitar uma transição saudável.

O grupo considera importante para a compreensão do fenómeno, a validação/creditação de um destes instrumentos para a população portuguesa, constituindo deste modo uma ferramenta para ajudar a compreender a qualidade das condições fornecidas ao processo transicional dos pais de crianças prematuras internadas nas UCIN Portuguesas.

Facilitar a transição para a parentalidade na UCIN, implica um conhecimento aprofundado sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo transicional e dos padrões de resposta esperados nesta transição específica. Essas intervenções estão identificadas: o esclarecimento de dúvidas, informação e apoio emocional correspondem ao padrão expectável no início do processo. A desmistificação dos significados negativos atribuídos à UCIN e provenientes de sentimentos de culpabilização em relação à prematuridade, poderão revelar-se como essenciais para uma transição saudável. O estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, a redução do efeito do ambiente tecnológico da UCIN, a criação de oportunidades para interagir fisicamente com o RN e a demonstração e incentivo para o envolvimento progressivo nos cuidados revela extrema importância como promotor da vinculação e permitirá a evolução para uma lógica de interacção em parceria entre pais e enfermeiro.

O enfermeiro é considerado pelos pais como um tutor, guardião e facilitador do processo transicional, sendo-lhe atribuído o significado de “Role Model”, constituindo deste modo um dos principais factores a influenciar as suas experiências na UCIN.

“As transições são processos complexos e multidimensionais” (Meleis, 2010, p.57). As intervenções facilitadoras da transição para a parentalidade de RN prematuros internados na UCIN, deverão primordialmente promover o nível de

satisfação experienciado globalmente pelos pais, respeitando a sua complexidade holística.

Citando Zagonel (1999, p.30), “ O cuidado transicional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a um simples definição, surgindo da consciencialização do enfermeiro ao desvelar a compreensão do cliente enquanto vivencia o processo transicional”.

BIBLIOGRAFIA

Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto editora, p 323 - 407

Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L.Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (237-257). Rockville, MD: Aspen.

Cruz, D., & Pimenta, C.(2005). Pratica Baseada em Evidencias, Aplicada ao Raciocínio Diagnóstico. *Revista latino- americana enfermagem – maio –junho 2005* 13 (3) :p 415-422

Fegran, L.,& Helseth, S., & Fagermoen, M. (2008). A Comparison of Mothers' and Fathers' Experiences of the Attachment Process in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.

Franck, L.,& Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring Neonatal Intensive Care unit-related Parental stress. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(6), 608-615.

Karst, L. (2004). Musicoterapia com mães de recém nascidos internados em UTI neonatal. Universidade Federal de Goiás, Escola e Musica e Artes Cénicas. Goiânia

Meleis, A.I.,& Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., and Messias D. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*,23 (1), 12-28.

Meleis, A.I.(2004). *Theoretical nursing: Development and progress (3rd Revised Ed.)*. Philadelphia: Lippincott C.

Meleis, A.I.,& Siantz, M.L. (2007). Integrating cultural competence into nursing education & practice: 21st century action steps. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 86-90.

Meleis, A.I.(2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice. *New York, NY: Springer Publishing Company*.

- Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(6), 726-734.
- Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 19(2), 156-163. doi:10.4037/ajcc2010130
- Pedrosa,A. & Canavarro, M. (2005). Transição para a Parentalidade :Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (1ª edição, pp 225 - 255), Lisboa : Fim de Século
- Reis, M., Rempel, G., Scott, S., Brady-Fryer, B., & Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN /NAACOG*, 39(6), 675-683. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x
- Sawyer, L.M. (1999). Engaged mothering: the transition to motherhood for a group of African American Women. *Journal of Transcultural Nursing*, 1,14-21
- Schubert, C. A et al.(2002). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde 2002
- Schumacher, K., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127
- Silva, A.(2007). Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da disciplina. *Servir vol 55 nº 1 -2 (janeiro/ Abril 2007), p.11-20*
- Thomas, J., Feeley, N., & Grier, P. (2009). The perceived parenting self-efficacy of first-time fathers caring for very-low-birth-weight infants. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(4), 180-199.
- Turan, T.,& Basbakkal, Z., & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(21), 2856-2866.
- Zagonel, I. (1999) O cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Rev. Latino-Americana* , vol.7, n.3, pp. 25-32.

ANEXOS

ANEXO I

Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento

CURSO DE NEUROPEDIATRIA E DESENVOLVIMENTO

Programa

24 de Outubro de 2012 (4ª feira)

Horário	Módulos	Prelector
9h15m	Introdução ao curso	Maria José Fonseca
9h30m	Introdução Geral à Avaliação do Desenvolvimento	Lurdes Ventosa
10h00m	Exame Neurológico	Cristina Martins
11h30m	Pausa	
12h00m	Exame Neurológico- casos práticos	José Paulo Monteiro
12h30m	Avaliação Psicológica	Ana Martins
13h00	Almoço	
14h30m	Perturbações da Linguagem Abordagem e Intervenção	Luísa Rocha/Cristina Duarte Conceição Andrade/Carla Santos
15h30m	Paralisia Cerebral Reabilitação- casos clínicos	Maria José Fonseca Cristina Duarte
17h00m	Final do 1º dia	

25 de Outubro de 2012 (5ª feira)

Horário	Módulos	Prelector
9h30m	Síndrome de Défice de Atenção e Hiperactividade Abordagem e Intervenção	Ana Duarte Lurdes Ventosa
11h00	Pausa	
11h30m	<i>Perturbações do Espectro do Autismo</i>	<i>Lurdes Ventosa</i>

	<i>Estratégias de Intervenção</i>	<i>Graça Santos</i>
12h30	Almoço	
14h30	Abordagem Geral aos Atrasos de Desenvolvimento Técnicas de Intervenção- casos clínicos	Ana Duarte Graça Santos
15h30m	Abordagem Diagnóstica do Bebê Hipotónico Dificuldades de Aprendizagem	José Paulo Monteiro Cristina Martins
16h30	Final do 2º dia	

26 de Outubro de 2012 (6ª feira)

Horário	Módulos	Prelector
9h30m	Convulsões/Epilepsia Diagnóstico Diferencial- casos clínicos	Maria José Fonseca José Paulo Monteiro/Cristina Martins
11h00	Pausa	
11h30m	Repercussões Neuropsicológicas da Epilepsia Comunicação com os pais	Ana Filipa Lopes Maria José Fonseca
12h30m	Almoço	
14h30m	Doença Neurológica Aguda na Urgência Casos Clínicos	José Paulo Monteiro Cristina Martins
16h00m	Avaliação Final do Curso- teste escrito	
16h30m	Final do Curso	

ANEXO II

Princípios Básicos da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais dos SIE

[ANEXOS\SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](#)

ANEXO III

Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) Portugueses

[ANEXOS\RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf](#)

ANEXO IV

Curso Auditorias da Qualidade

Curso Auditorias da Qualidade

Segundo Norma NP EN ISO 19011: 2012

OBJECTIVOS

- a) Reconhecer as auditorias internas da Qualidade como metodologia pedagógica para o diagnóstico organizacional, para a prevenção de não conformidades e para a melhoria contínua do desempenho organizacional;
- b) Conhecer e compreender conceitos, práticas e comportamentos necessários à realização de auditorias, segundo a norma NP EN ISO 19011: 2012.

1. CONCEITOS E FUNDAMENTOS

- Auditoria como processo sistemático, independente e documentado;
- Evidências de auditoria;
- Critérios de auditoria (conformidade/não conformidade);
- Constatações/resultados;
- Conclusões da auditoria.

2. AUDITORIAS A SISTEMAS DE GESTÃO

- Acções correctivas;
- Acções preventivas;
- Melhorias no sistema.

3. TIPOS DE AUDITORIAS

- Características básicas de uma auditoria;
- Objectivos, âmbito e critérios documentados;
- Auditorias de 1ª, 2ª e 3ª parte.

4. PRINCÍPIOS DE AUDITORIA

- Estabelecimento de programa de auditorias;
- Equipa de auditoria;
- Preparação das actividades de auditoria.

5. PROCESSO DE AUDITORIA

- Plano de auditoria;
- Condução das actividades de auditoria;
- Aspectos comportamentais na execução de auditoria;
- Constatações e conclusões das actividades de auditoria;
- Reunião de encerramento de actividades de auditoria;
- Realização do relatório de auditoria.

6. AVALIAÇÃO

- Avaliação do curso pelos formandos

ANEXO V

SAPE Hospitalar versão 4.0 – Novas Funcionalidades

[ANEXOS\Versão-4 SAPE Julho 2012.pdf](#)

ANEXO VI

Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças

[ANEXOS\Avaliação dor DGS 2010.pdf](#)

ANEXO VII

Orientações Técnicas Sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos

[ANEXOSIDGS Orientações Técnicas Dor -0 28 dias.pdf](#)

ANEXO VIII

Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nas Crianças

[ANEXOSIDGS Orientações Técnicas Dor - 1 mês_18 anos.pdf](#)