

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**"A relação de cuidados na Unidade de Urgência
Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da
informação"**

Célia Maria da Trindade Pereira

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

"A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação"

Célia Maria da Trindade Pereira

Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

2012



“Encontrar a enorme fonte de energia que dorme no nosso interior; controlando-a mediante as técnicas de inteligência emocional, poderá dar-nos uma vida mais saudável, relações mais gratificantes e possibilidades com que talvez nunca nos atrevemos a sonhar.”

Lucrécia Périco

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar queria agradecer ao meu marido, aos meus filhos e à minha família que sempre me apoiaram neste percurso. Estou certa que em certos momentos lhes foi preciso uma boa dose de compreensão e de paciência.

À Paula Figueiredo, amiga e colega deste percurso, pela paciência e tolerância nos momentos difíceis; pela colaboração, apoio e disponibilidade que demonstrou.

À professora Paula Diogo, pela sua disponibilidade, pela sabedoria que manifestou na orientação deste Relatório.

Aos colegas de trabalho, pela colaboração e paciência. A todos aqueles que tanto me ensinaram pela sua experiência, a sua reflexão e se dispuseram a compartilhar emoções e informação neste processo formativo.

Às crianças/jovens e famílias, pois este percurso foi feito com eles e para eles.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Enfermagem, enquanto disciplina prática, possui na actualidade um corpo de conhecimentos relevante e em contínua expansão que se orienta cada vez mais para o desenvolvimento de conhecimentos e competência adquiridos por via da articulação entre a análise das práticas dos profissionais de enfermagem e a formação/investigação, com relações recíprocas.

Numa sociedade em que o papel das tecnologias é preponderante, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços, descurando o lado humano e a relação de cuidados. A competência profissional dos enfermeiros só ficará completa com o desenvolvimento do aspecto relacional dos cuidados, e sem esta aliança nem a eficácia nem a qualidade do trabalho podem ser asseguradas. Se a estes factores juntarmos a dimensão emocional, os aspectos emotivo-afectivos, enquanto qualidade que o profissional de saúde deve possuir, teremos nele toda a capacidade para observar e identificar necessidades e a singularidade de cada utente.

Em enfermagem pediátrica a gestão das emoções e a gestão da informação estão intrinsecamente interligadas e complementam-se. Nas relações de cuidar são indispensáveis acções carinhosas, sentimentos harmoniosos e uma complexidade de afectos, acompanhados do fornecimento de informação. Deverá usar-se uma linguagem adequada considerando os elementos de natureza cognitiva, cultural e relativos ao estágio de aceitação da situação, com a intenção de contribuir para o bem-estar e diminuir o sofrimento, sendo esta a intencionalidade major da Enfermagem.

Em cada interacção e na prossecução da relação de cuidados estes aspectos surgem como estratégicos para incentivar os cuidados humanizados e centrados nas reais necessidades da criança/jovem e família. Um atendimento personalizado possibilita um relacionamento mais próximo entre a equipa multidisciplinar, os utentes e os respectivos familiares.

O percurso espelhado neste Relatório centrou-se na aquisição e desenvolvimento de competências para prestar cuidados especializados, contribuiu para a produção do saber como uma atitude de permanente reflexão e aperfeiçoamento das práticas.

Palavras-chaves: Cuidar de Enfermagem, Relação de Cuidados, Gestão de Emoções, Gestão de Informação.

ABSTRACT

Nursing, as a practical subject, has in our days, a high relevancy core of knowledge and in permanent expansion, which guides itself increasingly towards the development of knowledge and competence, acquired by means of the articulation between the nursing professional practice and the learning/research, with reciprocal relationships.

In a world where the role played by technology rules, many health professionals focus their activity in the technical quality of their services, often disregarding the human side of health care.

The professional competence will only be complete, with this connecting aspect of health care, and neither the efficiency nor the quality of work can be assured without this alliance. If we add right caring and compassion to these factors, as an essential attribute any health professional should possess, he or she will have the complete skill to observe and identify any of the patient's particular needs.

In pediatric nursing, the emotions' management and information management are intrinsically integrated and they complement each other. In caring situations, tender gestures, harmonious feelings and a complexity of affections are necessary, and they go along with the supplied information. Adequate language should be used, bearing in mind the cognitive and cultural elements, as well as those related to the stage of acceptance of the situation, whose aim is to provide well being and reduce suffering, this being in fact, the major aim of Nursing.

Within each interaction and pursuing the care connection, these aspects appear as strategic to encourage humanized care centered on the real needs of the child/youth and their families. A personal attention allows for a closer relationship between the health care staff, the patients and their family members.

The professional path reflected in this report focused in acquiring and developing the skills to provide expert care, contributed to produce knowledge as an attitude of permanent reflection and improvement of nursing practices.

Key words: Nursing Care, Care List, Emotion Management, Information Management

SIGLAS

ACES-SS - Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal e Sesimbra

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

HGO – Hospital Garcia de Orta

IQS – Instituto de Qualidade Saúde

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NP- Norma de Procedimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSJ – Plano Nacional de Saúde dos Jovens

RN – Recém-nascido

SP – Serviço de Pediatria

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

USF FFmais – Unidade de Saúde Familiar de Fernão Ferro medicina, acesso, inovação, saúde

INDICE

Pág.

1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	19
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	23
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	31
4.1. Objectivos e Actividades Desenvolvidas	31
4.1.1. Apropriação dos diferentes campos de estágio	32
4.1.2. Prática de enfermagem em contexto pediátrico	35
4.1.3. Necessidades emocionais e informativas	42
4.1.4. Sensibilização para a análises de práticas e formação	49
4.2. Competências Adquiridas	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
BIBLIOGRAFIA	63
APÊNDICES	67
Apêndice I - Cronograma de estágio	
Apêndice II - Tabelas dos objectivos e das actividades	
Apêndice III - Estrutura física e organizacional da USF FFmais	
Apêndice IV - Estrutura física organizacional do SP do HGO	
Apêndice V - Documento orientador	
Apêndice VI - Reflexão do 1.º dia com a Enfermeira Elsie	
Apêndice VII - 1.ª Sessão de análise de práticas na USF FFmais	
Apêndice VIII - Grelha de observação	
Apêndice IX - 2.ª Sessão de análise de práticas na USF FFmais	
Apêndice X - Reflexão na Enfermaria da Pediatria Médica	
Apêndice XI - Formação: “Anestesia e Analgesia em Pediatria”	
Apêndice XII - “Preparação operatória”- Serviço de Pediatria Cirúrgica	
Apêndice XIII - Documento Temático (UCINP)	

Apêndice XIV - Documento de divulgação da temática do Relatório de estágio para a Unidade de Urgência Pediátrica

Apêndice XV - Documentos de agradecimento

1. INTRODUÇÃO

O 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria contempla na sua estrutura, como um dos elementos importantes do processo formativo, a figura do RELATÓRIO enquanto instrumento privilegiado de avaliação. Assim sendo e no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” (3.ºSemestre), foi proposto elaborar um Relatório que teve como objectivo principal implementar o projecto individual (2.ºSemestre).

Este é um documento que pretende demonstrar que se “desenvolveu conhecimento académico e independência de forma a aplicar teoria e métodos científicos tanto no contexto académico como profissional” (Tuning, 2005).

A apresentação de um Relatório exige uma descrição e reflexão pormenorizada sobre as actividades desenvolvidas no âmbito do estágio, baseadas numa pedagogia de aprendizagem. A sua construção determina um agente dinâmico, criador, capaz de alicerçar o seu processo de conhecimentos, apreende ao executar, apoiando-se numa dinâmica inovadora e participativa.

Com este relatório pretendo apresentar o meu percurso de formação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no sentido do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. O contexto de intervenção envolve uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. O enfermeiro especialista trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, nas diferentes dimensões do exercício de enfermagem, para promover o mais elevado estado de saúde possível. Presta, ainda, cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem).

As competências clínicas especializadas confirmam que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, permitindo ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção. (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Artigo 2.º alínea 4).

Neste âmbito, o presente documento versa o percurso de estágio durante este processo formativo e intitula-se “A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação”.

Em enfermagem pediátrica a gestão das emoções e da informação estão intrinsecamente interligadas e complementam-se. Nas relações de cuidar são indispensáveis acções carinhosas, sentimentos harmoniosos e uma complexidade de afectos, acompanhados de fornecimento de informação usando uma linguagem adequada, considerando os elementos de natureza cognitiva, cultural e relativos ao estágio de aceitação da situação, com a intenção de contribuir para o bem-estar e diminuir o sofrimento.

O sentimento constitui um estado afectivo complexo construído no tempo, ao passo que a emoção configura uma agitação passageira e pontual podendo ser causada por um sentimento de medo, angústia ou raiva. As emoções são públicas e difíceis de esconder, manifestam-se a nível corporal. Dão sentido ao agir e ao próprio cuidar, são essenciais na relação interpessoal, mostram sensibilidade e compreensão pelo outro (Diogo, 2012). Porém, o termo emoções engloba os sentimentos, pelo que, optei por utilizar a designação única de emoções ao longo deste percurso.

A realização deste trabalho tem como finalidade “Desenvolver competências numa perspectiva de cuidar da criança/jovem e família numa Unidade de Urgência”. Contudo, as competências do enfermeiro vão para além do cuidar, envolvendo a gestão desses mesmos cuidados, o que pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional (OE, 2003).

A Metodologia utilizada é descritiva, criativa e reflexiva, baseada no trabalho desenvolvido e na partilha de saberes e experiências com os vários profissionais nos campos de estágio realizados. Numa fase inicial, este relatório contempla a justificação da temática e a fundamentação da problemática escolhida, baseada na prática vivenciada. Posteriormente, enquadra os temas apresentados com base na literatura consultada, que apoia e norteia o pensamento. De seguida, apresento uma descrição e análise do percurso formativo, tendo em conta os objectivos definidos, as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas, assim como os critérios de avaliação considerados de uma forma genérica em âmbito de estágio. Apresento como considerações finais o que assimilei para melhorar a prática, abordo as dificuldades sentidas no decorrer deste percurso e delinheiro projectos futuros.

Tenho a expectativa de que este relatório seja um instrumento dinâmico e um exemplo para eventuais mudanças de alguns procedimentos, no sentido de melhorar a minha prestação de boas práticas.

2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Com a construção do Projecto de Estágio identifiquei a área temática: “Comunicação enfermeiro/cliente na construção da relação de cuidados numa unidade de urgência pediátrica”. O problema de estudo que analisei esteve relacionado com a realidade experienciada “Gestão recíproca das emoções e da informação” nos clientes que considero, e observo na minha prática diária, enquanto necessária em cada interacção e na prossecução da relação de cuidados.

Esta temática surgiu da necessidade individual que fui consciencializando ao longo da minha prática, ao constatar que pais e responsáveis de uma criança doente quando recorrem à urgência apresentam necessidades especiais e nem sempre recebem o apoio necessário para lidar com a doença e com os seus próprios sentimentos. Com base nesta reflexão, e no decorrer deste percurso, reconheci práticas no sentido de uma intervenção relacional incompleta para as necessidades expressas pelo utente. Verifiquei algumas situações que mereceram reflexão: o número reduzido de enfermeiros especialistas; a necessidade de enfatizar a sua intervenção; o desejo da união das competências técnica, humana e científica; a importância de ter identificado necessidades de apoio e técnicas de comunicação da criança/jovem e família, além de também ter pretendido envolver pais e família na relação de cuidados, nomeadamente em situações de especial complexidade na Unidade onde exerço funções.

Foi fundamental constatar que os hospitais podem adoptar novas estratégias de gestão de cuidados para promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados. Neste particular, há que atender à Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, que em 2005 preconizava como dotação mínima de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria a nível hospitalar um elemento por equipa.

Esta temática proporcionou várias reflexões sobre as práticas relativamente aquilo que somos, aquilo que fazemos e sobretudo o que ainda podemos mobilizar, aprender e fazer. Numa sociedade em que cada vez mais o papel das altas tecnologias ganha preponderância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços. Mas o utente cada vez mais sente necessidade de uma relação de ajuda, da humanização dos cuidados de saúde, de se sentir cuidado (Watson, 2002).

Actualmente, a família tem sido considerada como um factor essencial nos cuidados, contribuindo para a saúde e o bem-estar do individuo. Os enfermeiros devem adaptar-se à família e ao próprio ambiente. Em enfermagem pediátrica, o envolvimento familiar é fundamental pois a doença de um membro da família afecta a saúde e a vida quotidiana de todos. Integrar os pais como participantes informados e activos da equipa de saúde e incentivar a presença de um familiar e a sua participação nos cuidados à criança, será sempre uma boa prática e é a base dos cuidados centrados na família (Barros, 1999). Mas nesta exigente tarefa os pais precisam de apoio, não só para conseguirem lidar com a situação e com as suas emoções, mas também para orientação e envolvimento nas diferentes fases do processo de cuidados.

A doença na criança é uma experiência singular para os seus pais/família, afectados pela natureza e prognóstico. O apoio emocional e informativo deve ser oferecido individualmente à família, envolvendo-a, ouvindo as suas opiniões, entendendo os seus sentimentos, oferecendo disponibilidade, ajudando a promover a confiança enfermeiro/utente.

Em contexto de urgência o “ambiente mecânico e desumano” faz perder aos cuidados o seu lado humano e a sua eficácia primária em ajudar a pessoa a viver a sua doença e em apoiá-la na recuperação da saúde (VILA, 2002, p.141). Este tipo de atendimento conduz a que os membros da equipa de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente, desumanizando com este tipo de procedimentos os cuidados e despersonalizando o papel do próprio enfermeiro. “Um Bom Atendimento” significa a colaboração entre os profissionais e as famílias como parceiros iguais.

Quando um utente recorre a um serviço de urgência encontra-se frequentemente ansioso. Quando é atendido por um profissional que o escuta e ajuda a expressar as suas queixas, isso reveste-se de uma excelente ajuda para lidar com a dimensão emocional, ajudando-o a acalmar os medos e a enfrentar o desconforto de estar doente (Diogo, 2012).

Tal como no estudo realizado por Gouveia (2002), o facto de as interacções se iniciarem com actos instrumentais não impede que os enfermeiros ajudem o utente a atravessar um momento de crise e a estabelecer uma relação de proximidade. O mesmo autor verificou que os serviços de urgência são espaços frequentados por muita gente, áreas partilhadas com outros utentes que, por vezes, se encontram à espera de observações, de resultados e com os profissionais de saúde a movimentarem-se rapidamente, atendendo outras

situações e comprometendo a individualidade do utente. Além disso, as várias solicitações exigem a necessidade de se estar atento a tudo o que o rodeia, o que por vezes pode traduzir-se em alguma tensão e stress. Estes factores levam a que o enfermeiro tenha de fazer um esforço no sentido de interagir com os utentes, ajudando-os a atenuar a tensão e a emotividade. Neste contexto, os profissionais de saúde também deverão ter em conta que a informação aos utentes é um direito, esta, deve ser orientadora, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão. O enfermeiro deve saber escolher as palavras e os momentos oportunos, enfatizando os aspectos positivos de maneira a diminuir a ansiedade infundada e desnecessária (Jorge, 2004). É esta gestão recíproca das emoções e informação que considerarei imprescindível aprofundar ao longo deste percurso formativo.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A realização do enquadramento conceptual permite explicitar as bases teóricas deste estudo, conhecer e aprofundar aspectos teóricos relativos ao Cuidar de Enfermagem, à Gestão de Emoções e à Gestão de Informação, tendo por base a construção da Relação de Cuidados.

CUIDAR de Enfermagem

A actividade de enfermagem tem sofrido nos últimos anos sucessivas mudanças, tanto a nível sociocultural, como filosófico, económico, político e tecnológico. Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados. Por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, mas por outro o aumento da esperança de vida e o prolongamento de situações incuráveis tem apelado à necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional. Watson (2002) é uma das principais defensoras deste cuidado humano.

A evolução verificada na prática de cuidados e a necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam, têm motivado os profissionais de enfermagem para a elaboração de modelos conceptuais para a profissão (Kérouac et al., 1996), influenciando a forma de encarar a pessoa, a saúde, a doença e o ambiente. Os estudiosos consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que atribuíram a seguinte nomenclatura: Categorização, Integração e Transformação. O Paradigma da Categorização caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto. A pessoa e o ambiente apareciam como duas entidades distintas, os cuidados eram dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas e o sistema de prestação de cuidados era orientado por tarefas. O Paradigma da Integração perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. O enfermeiro era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa. A pessoa, tendo em conta a sua globalidade, passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção. Foi neste contexto que surgiu a expressão "a pessoa como ser bio-psicossocial-culturo-espiritual". O Paradigma da Transformação emergiu no início dos anos setenta e representa a base de uma abertura da ciência de enfermagem. Incorpora autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992) e, perspectiva os fenómenos como únicos mas em

interacção com tudo o que os rodeia. A pessoa é considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade "ser humano-ambiente". O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1996).

Dentro deste contexto, Watson (2002, p.96) refere que a “enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde / doença do Homem, que se realiza em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas”. Actualmente a enfermagem é designada como uma disciplina prática, que se organiza em função da necessidade de desenvolvimento de competências técnicas e de competências relacionais, mas considerada como uma ciência humana com pressupostos na abordagem humanística e holística, centrada no cuidar da pessoa.

O cuidado enquanto objectivo da prática de enfermagem desenvolve-se no encontro com o outro, sendo facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano. No entanto, este precisa, de ter sentido, assumido e exercitado no dia-a-dia para evitar que a sua prática se torne mecânica, impessoal e até desumana. Tal como refere Kérouac (1994, p.61) “a disciplina de enfermagem interessa-se pelo cuidado da pessoa, que, em interacção com o seu meio, vive experiências de saúde”.

São muitos os estudiosos que conceptualizam a enfermagem como um processo de interacção. Efectivamente, esse é o contexto em que todos os cuidados acontecem. O conceito de interacção foi introduzido por Peplau (1990, p.50) e foi durante anos objecto de preocupação dos investigadores em enfermagem. Na sua perspectiva, os cuidados de enfermagem são,

“como um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada. Desenvolvido num clima de respeito, confiança e aprendizagem, este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes”.

Desde então a interacção enfermeiro-utente passou a ser considerada essencial no âmbito dos cuidados e, mais recentemente na concepção de Cuidar. Watson, autora da grande teoria de enfermagem “Cuidar Humano”, publicada em 1979, atribui à enfermagem a necessidade de construção de um sistema humanístico de valores para sustentar a

construção da ciência do cuidado, dando ênfase à dimensão relacional e emocional, na sua concepção de cuidado transpessoal.

Noutra perspectiva, Collière (1999, p. 235) também refere que,

“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, (...) é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

De acordo com Basto (2009, p.12) cuidar de enfermagem “é uma prática que se constrói sobre a interacção enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento.”

Assim sendo, Ferreira (2006, p.330) fala em dinâmica do cuidar e exprime o cuidar em enfermagem também como,

“uma prática complexa e por isso não pode ser pensado como um acto que envolve, somente, e simplesmente, eu diria, o domínio de técnicas e tecnologias, mas como um acto que envolve a complexidade do lidar com outro ser humano, o que implica conhecer a sua história de vida, as suas crenças, emoções e desejos que permeiam a relação entre as pessoas, passíveis de serem envolvidas através do estabelecimento de uma comunicação efectiva”.

De regresso a Watson (2002), o processo de cuidar é arte em sentido amplo, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com os outros, sendo o objectivo o movimento da pessoa em direcção a um elevado senso do Eu e um maior sentido de harmonia na mente, no corpo e na alma. Deste modo, cuidar é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos através da co-participação total de nós próprios na enfermagem. O Cuidado humanizado consiste na arte de amar nos cuidados – “Dá-se e recebe-se amor”, estabelece-se uma relação de confiança. O trabalho relacional com a pessoa cuidada deve ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção. A importância do tempo de contacto com as pessoas cuidadas e a qualidade do contacto permitem conhecer melhor a pessoa e apreender melhor a suas dificuldades a fim de intervir eficazmente. Ser portador de respeito, de empatia, de uma intencionalidade precisa, permitem também aplicar melhores estratégias para interagir Phaneuf (2005).

Na concepção de Diogo (2012, p.129) o cuidar “é alimentado pelo afecto que conduz à confiança, e por sua vez esta acentua o afecto”, usando a expressão de “nutrir os cuidados com afecto”. E o termo “amor” no dicionário da língua portuguesa é um

sentimento de afecto ou extrema dedicação. O afecto e o amor “definem-se por uma emoção que os enfermeiros mobilizam na sua prática, num acto de dádiva para prover cuidados.” (PAULO et al, 2010, p.71).

Na prática de cuidados as emoções têm vindo a criar uma nova dimensão, podem surgir como estratégia no estabelecimento da relação, promovendo cuidados humanizados e centrados nas reais necessidades da criança/jovem e família. Segundo Vila e Rossi (2002, p.138)

“humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efectiva a assistência ao individuo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual (...) estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipa multiprofissional e o ambiente.”

É neste contexto que Watson (2002) entende o cuidar humano, privilegiando as relações e o ambiente em que se insere, na medida em que estes contribuem positivamente para a saúde das pessoas.

O processo de cuidar depende da dinâmica familiar e deve compreender,

“a consciência da dinâmica única de cada família, da complexidade do sistema familiar. O reconhecimento de que ela tem em si mesmo forças que pode ou não conhecer, mas que poderá mobilizar se apoiada, conduziu os profissionais à necessidade de um nível de trabalho mais profundo com a família. Num trabalho conjunto, o profissional e a família analisam a situação e planeiam as intervenções adequadas” (MARÇAL, 2003, p.29).

Considerando que a doença na criança tem repercussões a todos os níveis e em todos os elementos da família, o enfermeiro avalia as necessidades de que o núcleo familiar necessita, tendo em conta a sua singularidade. A sua intervenção pode ser realizada através do suporte emocional de que os pais necessitam no seu papel de primeiros prestadores de cuidados à criança.

Relação de Cuidados

Os enfermeiros ao adoptarem os valores do holismo, parceria e proximidade, procuram também conhecer melhor e compreender, assistindo muitas das vezes a respostas emocionais provindas do seu sofrimento. A compreensão da dimensão emocional do cuidado permite oferecer ajuda e suporte ao cliente (McQueen, 2004).

Evocando de novo Watson (2002), a relação de cuidar dá ênfase à dimensão relacional, indica uma abordagem humanística, servindo de guia para a compreensão das respostas

humanas e, portanto, inclui as emocionais. Assim sendo, o cuidado holístico fundamental à prática de enfermagem, deve buscar mais conexões do que separações entre as partes que compõem o Ser. Necessita associar o conhecimento científico a factores de cuidados que derivam da perspectiva humanística, ressaltando a transcendência ao mundo emocional e subjectivo da pessoa como rota para o seu interior e seu sentido mais lato.

Watson, citada por Phaneuf (2005), traça a confirmação da pessoa cuidada baseando-se no respeito pelo outro e na compreensão do que ele é e do que ele vive. Mas isto implica reconhecer a pessoa como um ser humano, como alguém válido, a quem se atribui importância. Manifesta-se em primeiro lugar pela escuta. Escutar uma pessoa é confirmá-la na sua existência, mostrar-lhe que ela é importante para nós, devolver-lhe poder. Uma outra maneira de o fazer é consultá-la, perguntar-lhe a sua opinião, mas é também atribuir-lhe importância suficiente para a informar dos tratamentos ou das diligências que lhe devem ser impostas.

A relação de ajuda exige do enfermeiro uma tomada de consciência dos seus modos de comunicação, uma vontade de melhorar a sua maneira de entrar em relação, de desenvolver certos comportamentos privilegiados e de se actualizar enquanto ser humano (Phaneuf, 2005). A relação do enfermeiro com o doente, segundo Collière (1999), “torna-se o eixo de cuidados”, ou seja, é uma forma de conhecer o doente e de o compreender.

Deste modo, o exercício profissional de enfermagem tem um dos seus enfoques predominantes na relação interpessoal. O “Processo de intervenção terapêutica de enfermagem” engloba toda a intervenção com intencionalidade terapêutica do enfermeiro, dirigida ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo de doentes e a organização (Lopes, 2006). Assim, o principal foco de atenção do enfermeiro é, além da criança/jovem e família, o interface destes com a organização e os profissionais. Pode-se então afirmar que os cuidados prestados neste contexto têm uma natureza multifocal.

A competência profissional só será completa com o aspecto relacional dos cuidados e sem esta aliança nem a eficácia nem a qualidade do trabalho podem ser asseguradas. Pode-se então dizer que o aspecto relacional está associado com a própria pessoa do enfermeiro, com a sua capacidade de presença, de respeito e de escuta do outro, pela profundidade da sua compreensão e da sua empatia.

A relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é um processo dinâmico visando a promoção, a manutenção ou a melhoria da saúde de uma pessoa, a prevenção da doença e a readaptação. Este processo engloba as actividades ligadas ao tratamento

médico, assim como ao ensino e ao apoio ao utente. Estas actividades são efectuadas numa relação de parceria com o cliente e no respeito das suas capacidades (Phaneuf, 2005). Esta relação faz apelo a factores de natureza afectiva, tais como a simpatia e o carinho. A primeira pode ser entendida como similitude no sentir e no pensar que aproxima duas pessoas e, facilitadora de uma relação, cria um bom ambiente e estimula a auto-estima do utente por se sentir respeitado. O carinho pode desempenhar um papel importante numa relação de ajuda, suavizando a intimidade e a fragilidade do ser humano quando está doente. Nesta relação de cuidados, a situação problemática que os utentes vivem expressa-se através de emoções, com as quais os enfermeiros têm de lidar no decurso dos cuidados e em cada interacção (Diogo, 2012). Por isso, e segundo Watson, a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e não pode ser indiferente às emoções humanas.

Gestão recíproca de emoções e de informação

A gestão “simultânea de sentimentos e de informação” são instrumentos que Lopes (2006, p.200) destaca como principais intervenientes do processo de intervenção terapêutica de enfermagem, que se apresentam com estreita ligação. A “gestão de emoções” caracteriza-se, por um lado, pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos e, por outro, pela tentativa de promoção da confiança/segurança. No que reporta à criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, essa gestão é de enorme importância, dado que possui, por si só, potencialidades terapêuticas e é a base essencial para o desenvolvimento da relação. Por sua vez, a promoção da confiança/segurança surge como resposta à enorme insegurança manifestada pelos doentes e familiares e concretiza-se através do uso de um vasto conjunto de estratégias, das quais o autor destacou as seguintes: a racionalização; a desmitificação; a não generalização; a explicação dos sintomas; a transmissão de segurança; a antecipação e proposta de soluções; e a oferta de disponibilidade.

Também a disponibilidade e a promoção de esperança e da perseverança assumem um papel importante neste processo. A disponibilidade traduz-se na facultação de um contacto personalizado, constante e imediato, na prontificação para responder a questões ou dúvidas dos doentes e familiares. A promoção da esperança pode entender-se por ajudar a criar uma expectativa realista e não necessariamente a expectativa de cura.

Para Phaneuf (2005, p.209) “a escuta, o respeito e a empatia são ainda as nossas melhores armas”. Segundo Lopes (2006, p.259), a denominação da expressão “sentir

apoio”, utilizada frequentemente pelos utentes, “dizem ser um apoio que os faz sentir amparados, amados, queridos e que dá forças para continuarem a lutar. Caracterizam-no ainda como um apoio permanente.” Tal como Corney (2000, p.19) deve fornecer-se ao doente “atenção e apoio, não apenas por razões humanitárias mas porque se concluiu que o sofrimento psicológico tem um efeito negativo na recuperação da doença”.

No estudo de Ferreira e Vaz (1997), com o objectivo de identificar necessidades de suporte social das famílias, considera-se a expressão de carinho, amor, empatia e confiança como necessidades de suporte emocional. O nível de importância que damos ao outro determina o nosso comportamento em relação a ele. Quanto mais importante for o utente para nós, mais tendência teremos para lhe falar ou mesmo para escutar o que ele nos tem para dizer. No caso contrário, as relações revelam-se complicadas.

“as pessoas que achamos amáveis são sobretudo aquelas com as quais nos sentimos bem, nos sentimos competentes e inteligentes, em suma, aquelas em presença das quais apreciamos a nossa maneira de ser, o que nos leva de volta à auto-imagem e à auto-estima.” (PHANEUF, 2005, p.101)

A gestão das emoções completa-se fazendo uso da gestão da informação e o cuidado presta-se a partir dos conhecimentos do utente e com uma linguagem descodificada e cuidadosa. Segundo Lopes (2006), à informação é reconhecido um papel importante, a preocupação de desenvolver a explicação do processo de doença e do respectivo tratamento, com base no que o doente sabe. Ou seja, considerando a vivência dos utentes como uma crise ou como uma transição. Assim, e para que a informação cumpra o papel de “organizadora e de gestora de emoções”, precisa de ser contextualizada, repetida e garantida, as vezes consideradas necessárias pelo utente. A sua finalidade é aprender a viver com a situação para poder alcançar algum bem-estar emocional. Incidir sobre o aqui e agora e apresentar soluções para as dificuldades que vão surgindo permite um maior controlo sobre a situação, maior tranquilidade para organizar estratégias e perspectivar o futuro, facilitando por sua vez a gestão das emoções inerentes à problemática vivida.

Quando se dão informações aos doentes satisfazem-se várias necessidades. A nível psicológico, a prestação de informação ajuda a lidar com a doença, reduz a ansiedade, diminui o stress, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão ao tratamento (Levine et al, 1992). Um dos aspectos que os utentes apreciam na prestação dos cuidados de enfermagem relaciona-se com as informações e explicações que os

enfermeiros lhes vão fornecendo, ajudando-os a passar por acontecimentos que desconheciam (Messner, 1993). Nos casos em que os utentes se consideram insatisfeitos com a informação que lhes é fornecida, detectam-se muitos problemas e queixas, devido a informações reduzidas ou incompreensíveis sobre tratamentos e cuidados a prestar (Liberati et al, 1985; Dupont, 1987; Szmajke et al, 1987; Durà, 1990; Mártires, 1998; Rodrigues, 1999). Isto significa que ficam emocionalmente frágeis e instáveis.

No estudo de Ferreira e Vaz (1997), com o objectivo de identificar necessidades de suporte social das famílias, também se considerou o suporte de informação como o esclarecimento fornecido a alguém durante um período de crise. Estas informações recolhidas pelos enfermeiros junto da pessoa cuidada dizem-lhe directamente respeito e a emotividade percebida na situação provém da expressão dos sentimentos e dos sofrimentos sentidos pela pessoa, servindo para melhor a compreender e a reconfortar.

Neste âmbito,

“a comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não-verbal, à linguagem do corpo e ao contexto aonde ela é produzida (...) todo o comportamento é não só discurso, é comunicação e toda a comunicação afecta o comportamento” (ROSAS, 1989, p.27).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros,

“Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Como futura enfermeira especialista e com esta linha condutora, pretendi partilhar o conjunto de experiências e conhecimentos adquiridos, que revelarão o contributo para “Desenvolver competências numa perspectiva de cuidar a criança/jovem e família numa unidade de urgência pediátrica”.

Percurso vem do latim *percursum*, acto ou efeito de percorrer, espaço percorrido, trajecto, movimento, deslocação. Neste sentido, o período de estágio correspondeu a um percurso formativo mantido ao longo deste semestre. Consistiu num processo de aprendizagem, de aprofundar e consolidar conhecimentos e competências que passo a descrever e analisar de forma reflexiva. Foi realizado no contexto da prática de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria. No Cronograma de estágio (Apêndice I) indico os campos que foram criteriosamente seleccionados, tendo em conta a temática em questão e as normas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

4.1. Objectivos e Actividades Desenvolvidas

O propósito deste percurso formativo é desenvolver as competências de enfermeiro especialista na prestação, na gestão e na supervisão de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, numa perspectiva holística. Neste âmbito, pretendo apresentar os objectivos traçados, nos diversos períodos de estágio, as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados.

Os objectivos configuram uma intenção do que se pretende fazer em determinado período de tempo. Desta forma, foram claramente identificados e delineados. As actividades foram desenvolvidas de acordo com os objectivos e em articulação com as necessidades de cada campo de estágio.

O percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, os objectivos e as actividades desenvolvidas foram descritos através de subtemas que considerei agregadores das experiências. A reflexão e fundamentação deram consistência à prática de enfermagem observada e/ou participada, ao longo do período de estágio. Recorri ainda a tabelas (Apêndice II) para sintetizar os objectivos e as actividades nos diferentes contextos de estágio.

4.1.1. Apropriação dos diferentes campos de estágio

O estágio decorreu inicialmente em contexto de cuidados de saúde primários, passando posteriormente para o âmbito hospitalar.

A unidade dos cuidados de saúde primários que seleccionei era para mim desconhecida, pelo que considerei oportuno estagiar nesse local, na medida em que se trata de uma Unidade de Referência na área (Apêndice III). No âmbito hospitalar, estagiei nos Serviços de Pediatria do HGO, onde exerço funções, para conhecer melhor a realidade da Pediatria na minha instituição e aprofundar o saber das unidades com que contacto diariamente e onde pretendo manter as minhas funções (Apêndice IV). Finalizei o meu percurso com o período de estágio na unidade onde exerço funções, Unidade de Urgência Pediátrica do HGO. Aí implementei o Relatório de Estágio.

USF FFmais, de 3 a 28 de Outubro de 2011 (100 horas de estagio – 4 semanas)

Enfermeira orientadora: Enfermeira Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Com uma apresentação à enfermeira orientadora de estágio, dei a conhecer a temática em estudo e o projecto de estágio. Apresentei os objectivos e as actividades a concretizar, além de ter feito a entrega de um Documento Orientador (Apêndice V) por mim elaborado. Foi feita uma apresentação à Equipa Multidisciplinar (Enfermagem, Médicos, Assistentes administrativos e outros técnicos) no decorrer da visita guiada à Unidade. No mesmo dia, desfrutando da minha presença e de uma reunião de serviço entre a Enfermeira Chefe da USF e a Enfermeira do Conselho Técnico da USF (enfermeira orientadora) foi-me proposta a apresentação da temática do meu projecto, à qual eu acedi com agrado. Aproveitando, facultei também o Documento Orientador à Enfermeira Chefe, que o recebeu com satisfação, informando-me que a temática era pertinente e de interesse para a enfermagem, pois também a tinha trabalhado e desenvolvido no decorrer da sua especialidade. No decurso da reunião foram-me relatadas algumas situações específicas

vividas nesta Unidade, com necessidade de reflexão no seio da equipa e que se enquadravam nos objectivos propostos. Isso permitiu-me a negociação e a optimização de actividades a realizar, bem como o conhecimento de programas e projectos existentes.

Unidade de Internamento de Pediatria Médica do HGO em Almada, de 2 a 18 de Novembro de 2011 (75 horas de estágio – 3 semanas)

Enfermeira orientadora: Enfermeira Elsie Ramos, Enfermeira Chefe do Serviço e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Foi-me proposto pela enfermeira orientadora (enfermeira chefe), a possibilidade de também desfrutar da realidade da Unidade do Hospital de Dia e do Serviço de Cirurgia, através da opção de alguns períodos nestes serviços.

O Serviço de Pediatria Cirúrgica (estágio de dois dias) viabilizou uma experiência ímpar na área da cirurgia pediátrica. No primeiro dia participei com a equipa de enfermagem num Programa de Preparação Operatória, enquanto no segundo acompanhei algumas dessas crianças/jovens e famílias no próprio dia da cirurgia.

A Unidade Hospital Dia Médico-Cirúrgico (estágio de um dia) comportou numa experiência de actualização de conhecimentos sobre programas e protocolos de tratamentos a crianças com patologia aguda ou crónica.

Na Enfermaria da Pediatria Médica verifiquei um bom ambiente de trabalho interdisciplinar, uma comunicação intra e inter equipa, uma relação de entreajuda na equipa de enfermagem nomeadamente em situações de crise e risco com recurso a informação e desempenho, lidando com as características pessoais de cada criança/jovem e família. E ainda a identificação de mecanismos de resolução de problemas.

Com uma apresentação à enfermeira orientadora de estágio com quem tive frequentes contactos e oportunidade de ter participado num conjunto de formações, dei a conhecer a temática em estudo e forneci um Documento Orientador (Apêndice V). Considero ter sido um momento de partilha de conhecimentos e de reflexão sobre a temática em questão. A apresentação do tema permitiu-me reflectir sobre a prática de cuidados em uso. (Apêndice VI).

UCINP do HGO, de 21 de Novembro a 16 de Dezembro (100 horas de estágio – 4 semanas)

Enfermeira orientadora: Enfermeira Sandra Madeira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Responsável por uma das equipas de enfermagem.

Com uma apresentação à enfermeira orientadora dei a conhecer a temática para este estágio (Apêndice V). Constatei que a realidade de uma unidade de cuidados intensivos é bem diferente das restantes unidades hospitalares. São serviços com estruturas complexas, cuja especificidade dificulta o estabelecimento de relações diferenciadas e a sua humanização, sobretudo porque assiste situações em que as crianças/jovens e seus familiares se sentem fragilizados, necessitando por isso de um efectivo apoio emocional e informativo que atenua a ansiedade e o stress vivido por quem se encontra nesta unidade.

CDC Torrado da Silva do HGO, de 2 de Janeiro a 13 de Janeiro de 2012 (50 horas de estágio – 2 semanas)

Enfermeira orientadora: Enfermeira Teresa Lança, Enfermeira Graduada e Responsável pela Consulta de Paralisia Cerebral.

Com uma apresentação à enfermeira orientadora, dei a conhecer a temática por mim trazida com este estágio, os objectivos delineados e as actividades que pretendia realizar, além de ter facultado o Documento Orientador (Apêndice V) por mim elaborado.

Ainda que esta experiência tenha ocorrido num período de tempo muito curto, encontrando-se presente apenas um elemento da equipa de enfermagem, foi possível, dada a sua disponibilidade, desfrutar de experiências em vários âmbitos no CDC.

Unidade de Urgência Pediátrica do HGO, de 16 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012 (125 horas de estágio – 5 semanas)

Enfermeira orientadora: Enfermeira Helena Martins, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 2.º elemento da Unidade (colabora na área da gestão com a enfermeira chefe).

Os objectivos delineados e as actividades realizadas foram de forma a implementar o Relatório, neste campo de estágio. Basearam-se na realidade por mim já vivenciada.

Apesar do conhecimento já existente sobre a temática por mim trabalhada, pretendi fazer uma apresentação formal à Enfermeira orientadora e à Enfermeira chefe da Unidade, momento em que também facultei o Documento Orientador (Apêndice V). Neste contexto houve necessidade de partilhar com a restante equipa multidisciplinar o trabalho por mim trazido. A minha presença nesta Unidade em contexto de estágio deu origem a várias

questões e dúvidas, que foi necessário dar resposta. Nesse seguimento apresentei as minhas preocupações no que diz respeito às necessidades expressas pelos utentes em situações que recorrem à Urgência Pediátrica e não recebem o apoio necessário e adequado a nível emocional e informativo.

Tendo em conta a dinâmica de funcionamento da Unidade (Balcão e as UICD_s) a abordagem foi sempre no sentido de desenvolver competências numa perspectiva de cuidar da criança/jovem e família.

4.1.2. Prática de enfermagem em contexto pediátrico

Na USF FFmais a área da Saúde Infantil e Juvenil engloba um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, com particular realce na vigilância planeada do crescimento e do desenvolvimento durante as duas primeiras décadas da vida contemplada no Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil, de âmbito nacional, em vigor desde 1992 e revisto em 2002, (PNSJ, 2005, p.6).

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros de família. Os enfermeiros agendam consultas diárias, nas várias valências, ou seja, num turno da tarde eram realizadas consultas de Saúde Infantil, Planeamento Familiar e outras. Isso possibilitou-me a sua frequência, privilegiando sempre as da minha área de intervenção.

Os enfermeiros adaptam-se às famílias e ao ambiente da Unidade, envolvendo-se activamente nas situações familiares. Promovem a confiança, criando uma relação de cuidados confidencial, conhecem os recursos das famílias, as situações de vida e necessidades de apoio para lhes responder. Numa palavra, partilham a carga emocional e as dificuldades vividas. Nas relações de cuidados estabelecidas, nomeadamente nas consultas de Saúde Infantil, foi possível desenvolver uma observação participada, com a utilização de técnicas de comunicação e de técnicas de gestão e de suporte emocional.

A Ficha de Saúde Infantil, em prática na USF FFmais, responde às necessidades específicas dos profissionais que prestam cuidados de saúde às crianças (Apêndice III).

A observação nas consultas abrangeu uma faixa etária variável, desde a primeira consulta com a realização do teste de “Diagnóstico Precoce”, até às consultas de adolescentes. Acompanhei as interacções entre os enfermeiros e as crianças/jovens e as suas famílias, em contexto da relação de cuidados. Os enfermeiros adquirem informações através da observação participada, observação directa, ou por meio de fontes escritas. “A

observação serve para apreensão das informações transmitidas e para a sua descodificação (...) é primordial na compreensão do que exprime o doente, verbal e não verbalmente, de maneira explícita ou implícita” (PHANEUF, 2005, p.147). Assim, a relação de cuidados observada teve em conta o espaço e a interacção estabelecida entre os enfermeiros e os utentes. Identifiquei a sua representação, as práticas concretas, as relações e a acção das pessoas sobre o espaço, isto é, a forma como se movimentavam e agiam. Nos primeiros momentos de contacto gera-se um clima terapêutico favorável, estabelece-se uma relação de confiança.

À semelhança do descrito, as práticas mais vivenciadas ocorreram pela via da apreciação e observação de brincadeiras, de questões, de comentários, de tentativas de fazer amizade, de comunicação, de interacção. Isto relativamente às crianças mais novas, porque os mais velhos incluíam-se naturalmente como participantes activos do processo, com os pais ou familiares, direccionando o discurso para o foco da relação de cuidados. Manter conversas abertas à participação de todos, sobre temas de interesse comum, estejam ou não relacionados, são também formas de observação que podem ser feitas no decorrer de procedimentos técnicos.

Uma avaliação dos perigos de cada período de desenvolvimento possibilita ao enfermeiro orientar os pais em relação às práticas educativas que visam evitar problemas potenciais (Hockenberry, 2006). A sensibilidade é uma das características mais importantes que o profissional de saúde deve possuir, para observar e identificar situações, eliminando preconceitos e juízos de valor. O uso da escuta activa e estar disponível para comunicar com o utente, e não apenas para o ouvir, também é fundamental numa relação de cuidados. Na concepção de Phaneuf (2005, p.152) a escuta “é constituída por atitudes de receptividade e exige bastante mais do que a simples audição do que é dito”, torna-se também palavra, qualidade de presença, de disponibilidade e de atenção que permite descobrir melhor o que o outro exprime.

Na **Enfermaria da Pediatria Médica** a prestação de cuidados foi feita com recurso à informação fornecida pelos profissionais, à análise do seu desempenho e tendo em conta as características de cada criança/jovem e família. Verifiquei a preocupação e sensibilidade para a identificação de mecanismos de resolução de problemas. O objectivo da enfermagem é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, o que vai gerar processos de auto conhecimento, auto

respeito, auto cura e auto cuidado, através do processo de cuidar e transacções do cuidar (Watson, 2002).

Nesta experiência de estágio verifiquei que a prática de saúde utilizada é no sentido de diminuir o número e a duração de internamentos nesta unidade. Além do reconhecimento das grandes vantagens económicas e administrativas para a gestão hospitalar, de que hoje tanto se fala, há o benefício psicológico e de saúde geral para os utentes. Os internamentos são reduzidos ao período mínimo necessário, optando por realizar muitos dos tratamentos em ambulatório. A hospitalização durante a infância e a adolescência deve ser evitada ou reduzida sempre que tal for possível. No entanto, é uma experiência mais perturbadora durante a primeira infância e no período pré-escolar (Barros, 1999) o que verifiquei, porque constatei que as crianças mais novas têm menos competências para lidar com uma experiência perturbadora e incontrolável. Estas crianças não compreendem os procedimentos, não fazem questões e não entendem as explicações que lhes são dadas. As crianças mais velhas foram normalmente menos afectadas porque são mais facilmente ajudadas e vivem a experiência adequadamente. Os pais tiveram um papel fundamental e foram ajudados a compreender a importância da sua função como suporte emocional, incentivados a apresentarem atitudes de distração, para o bem-estar global da criança. O simples gesto de pegar a criança ao colo e carinhosamente chamar a atenção de algo (brinquedo ou boneco), a utilização do humor, foram estratégias utilizadas para minimizar a experiência perturbadora do internamento.

Actualmente o panorama do internamento hospitalar mudou radicalmente. A criação de serviços especializados de pediatria, as novas formas de tratamento, a maior preocupação com a anestesia e analgesia pediátrica, a preocupação de reduzir os períodos de isolamento e da restrição da mobilidade e o esforço em criar um ambiente adequado às actividades habituais da criança, a presença de educadores e até mesmo a possibilidade de acompanhamento dos familiares contribuíram para uma mudança da experiência da hospitalização. Nesta lógica, a equipa de enfermagem acolhia a criança/jovem e família de forma individual, estabelecendo um clima de empatia e confiança. O enfermeiro que ficava responsável pela criança/jovem apresentava-se e facultava algumas informações essenciais sobre a Unidade, fornecendo um “Guia de acolhimento do Serviço de Pediatria”. Mostrava simpatia e disponibilizava-se para esclarecer dúvidas.

O acompanhamento dos pais é um dado adquirido, porém as condições de internamento são por vezes limitadas. Ainda assim, garantiu-se comodidade e privacidade. Os pais pernoitam durante a noite em condições de mínimo conforto e há a possibilidade de fazerem os seus cuidados de higiene. No entanto, os pais vivem uma interrupção das rotinas e do ambiente familiar, para além de permanecerem num local que lhes é estranho.

A hospitalização tem efeitos positivos e negativos, tanto durante como após a alta, sendo que uma das maiores preocupações foi a perturbação comportamental e o aumento da ansiedade da criança e dos pais. Os efeitos podem ser manifestados por ansiedade, agressividade e regressão, através de birras, choro, comportamentos de dependência, retrocesso nos hábitos adequados à idade, alteração nos comportamentos alimentares, nos hábitos de sono e no controlo de esfíncteres (Barros,1999).

Na **UCINP** o papel do enfermeiro é complexo, presta cuidados especializados, distingue-se pela formação e experiência, supõe numerosas intervenções técnicas e organizacionais, mas acima de tudo, necessita de conseguir estabelecer com a pessoa cuidada uma relação de confiança que lhe permita, particularmente em situações críticas, criar com esta pessoa uma parceria, de convivência susceptível de se transformar em relação terapêutica. Um atendimento personalizado possibilita um relacionamento mais próximo e humanizado entre a equipa multidisciplinar, os utentes e os respectivos familiares.

A equipa revelou sensibilidade especial para lidar com os familiares, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação e favorecendo formas de conforto físico e emocional. Foi importante garantir o acompanhamento, bem como proporcionar, sempre que possível, uma área reservada à família e a disponibilidade de contacto telefónico. Estes factores contribuem para transmitir calma e tranquilidade. Foi importante transmitir a sensação de que se pretende responder a quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas, mas fornecer informações excessivas pode gerar exaustão e confusão.

Durante o período de estágio no **CDC** investi na relação de cuidados nas observações participadas, com particular realce nas Consultas de Enfermagem onde procedi à avaliação do desenvolvimento da criança/jovem, com atraso ou alteração do desenvolvimento. Estas consultas são realizadas a todas as crianças com Paralisia Cerebral, com Spinha Bífida, aos RN de alto risco (Consulta de Follow-up de

Neonatologia) e em situações de referência que justifique a sua vigilância. O método de trabalho é o de “Gestão de caso”, que preconiza a figura de “gestor de cuidados”. Cada elemento da equipa de enfermagem tem distribuído uma especialidade. Este método é orientado para a pessoa, considerada individualmente, mas com a família sensível ao ambiente que a rodeia, procurando promover um resultado de qualidade. Estas práticas vão ao encontro do que Watson (2002, p.55) defende como objectivo da enfermagem sendo “proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”, e neste sentido os cuidados estão relacionados com actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para o desenvolvimento da enfermagem como ciência humana.

Na **Unidade de Urgência Pediátrica** a minha prestação consistiu numa observação igualmente participada e atenta sobre a relação de cuidados. Apesar do conhecimento prévio já existente, devido a este ser o local onde exerço funções, identifiquei situações que merecem reflexão. As habilidades e capacidades referentes aos cuidados ali prestados dependeram da sensibilidade individual dos profissionais de saúde.

O acolhimento e a comunicação assertiva foram as práticas mais observadas nas interações, nomeadamente em situações de Triagem.

A Urgência possui um sistema de Triagem, executado pela enfermagem, que tem como objectivo principal priorizar o atendimento. São pressupostos da Triagem:

- Minimizar os tempos de espera das doenças potencialmente graves, hierarquizando as admissões, tendo em conta: a gravidade da situação; a referência (Cuidados de Saúde Primários, Privados, Saúde 24, do próprio Hospital); a idade dos utentes; a existência de traumatismo; a doença aguda; outros problemas de saúde.

- Iniciar atitudes que possibilitem uma assistência mais adequada. Por exemplo: somatometria, medição de parâmetros vitais, analgesia, colheita de urina, e outros.

- Humanizar, permitindo um contacto célere com prestadores de cuidados de saúde. Sendo a Triagem o momento do início da relação, exige-se “ um bom atendimento”. E segundo as “Boas práticas de atendimento recomendadas” editadas pelo IQS (2003) o bom atendimento gera satisfação por parte dos utentes, é útil para resolver assuntos e confere uma boa imagem da instituição. É ainda factor de realização para os profissionais envolvidos.

Durante a Triagem foram respeitados os direitos da criança nomeadamente no que se refere ao seu acompanhamento pelos pais ou substitutos. O enfermeiro chama a criança/jovem pelo seu nome; promove o conforto da criança/pais/acompanhantes

durante a triagem; promove a privacidade, fazendo cada triagem individualmente, excepto em casos que não é possível, evitando que outro utente espere demasiado; evita conversas paralelas; adequa a linguagem ao nível cultural de cada família e ao nível de desenvolvimento da criança; dá prioridade ao diálogo com a criança sempre que a sua idade e estágio de desenvolvimento o permita; identifica as necessidades de aconselhamento da família; mantém-se ao nível da criança/família, de forma a assegurar o contacto visual permanente; mantém uma postura de escuta activa; mantém um tom de voz adequado à situação; utiliza perguntas “alvo” de forma a obter respostas concretas; evita termos que possam ser considerados agressivos pela família, como “não tem razão”, “tenha calma”; explica os procedimentos a efectuar antes de os iniciar; informa a previsão do tempo de espera para atendimento médico; explica o encaminhamento após o fim da triagem.

O processo de comunicação visa viabilizar uma relação humanizada e personalizada de acordo com as necessidades. Assertividade implica a comunicação de opiniões, sentimentos e vontades do próprio sem ameaçar, humilhar ou punir o interlocutor. É importante saber transmitir a sensação de que se pretende responder a qualquer pergunta sempre que esta seja colocada. O acolhimento envolve a observação e escuta atenta no sentido de perceber as necessidades. Santos (1999) refere que os diálogos repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, ocorridos junto ao utente, são por ele interpretados de acordo com o nível dos seus conhecimentos. Por outro lado, o impacte emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos também pode agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Estas atitudes devem ser evitadas, na tentativa de minimizar o seu impacte na qualidade da assistência prestada ao utente, num momento em que este se encontra mais fragilizado.

As crianças em situação de emergência são admitidas na Unidade sendo directamente encaminhadas para a Sala de Reanimação, onde são observadas de forma imediata no sentido de dar resposta a situações instáveis. Exige-se do enfermeiro conhecimento, capacitação e rapidez para a tomada de decisões pertinentes ao diagnóstico. É exemplo o caso de crianças que dão entrada por convulsões febris, mantêm-se na sala até o episódio de convulsão ceder e se encontrar Hemodinamicamente estável.

Outra situação presenciada foi a admissão de crianças em risco, o que poderá configurar maus-tratos, ou seja, qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-

estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos e o seu atendimento implicou nos seguintes procedimentos: triagem com identificação sumária do problema, sinalização da situação ao médico, sinalização ao NHACJR através do preenchimento e envio da Ficha de Sinalização.

À semelhança do já descrito, também nas UICD_s e em cada interação ou no contínuo da relação de cuidados pretendi promover a gestão recíproca das emoções e da informação. Nestas Unidades são internadas crianças por curtos períodos ou que, pela sua situação clínica, necessitam de vigilância e cuidados mais frequentes, até estabilização que permita a transferência para a Enfermaria ou alta para o domicílio.

A hospitalização em urgência é uma das experiências mais traumáticas para a criança/jovem e família. São situações que surgem inesperadamente e não deixam tempo para preparações e explicações. Os enfermeiros concentram-se apenas nas componentes essenciais, apresenta-se aos acompanhantes e à criança, instala-a na cama, colhe informação necessária para a prestação de cuidados especializados e informa sobre os direitos e deveres dos utentes e modo de funcionamento da Unidade. Os pais ou substitutos acompanham o seu filho durante o dia. Um deles pode permanecer durante a noite. Não há horário de visitas, mas sempre que seja importante para a criança, a visita de um amigo/familiar significativo, pode ser considerada, mas articuladas com o enfermeiro. Para a entrada dos irmãos/amigos com idade igual ou inferior a 12 anos são autorizadas, mas devem ser o mais breve possível e sempre combinadas com o enfermeiro.

A equipa de saúde da Unidade orienta o seu desenvolvimento profissional na base de prestação de cuidados atraumáticos visando o cumprimento da Carta da Criança Hospitalizada, e mais especificamente o 5.º direito que refere que a dor deve ser reduzida ao mínimo. Assim, segue o protocolo de administração de analgésicos (Paracetamol via Peros/Rectal) em caso de dor ou sua prevenção. Em casos de traumatismos, com suspeitas de fracturas, é também respeitado o protocolo, administrando Keterolac/Morfina (via Endovenosa). O mesmo ocorre na aplicação de anestesia local em situações de punções venosas, punções lombares e outros procedimentos traumáticos e dolorosos.

A Preparação da alta é da responsabilidade do enfermeiro responsável através da elaboração da FACE (Folha de articulação de cuidados de enfermagem), onde é registada a situação clínica pertinente.

4.1.3. Necessidades emocionais e informativas

O trabalho do enfermeiro na percepção das emoções junto do utente é um processo longo, iniciando-se com a observação e compreensão das emoções e dos elementos que as desencadeiam e as fazem perdurar, prossegue com a efectiva tentativa de ajudar a pessoa que as experimenta. É pois fundamental que o enfermeiro valide essas percepções naquilo que o utente diz, do que ele faz, do que ele pensa, das suas necessidades ou da forma como as pode satisfazer. E como nos refere Lopes (2006), a gestão de informação desenvolve-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações do utente e família muitas vezes num turbilhão de emoções.

Na **USF FFmais** a relação de cuidados proporcionou uma reciprocidade, na medida em que havia uma partilha equivalente entre a pessoa cuidada e o cuidador. Nas minhas observações esta relação sustentava-se numa confiança já estabelecida anteriormente. A apresentação dos intervenientes era dispensável, pois já havia um caminho percorrido. A identificação das necessidades emocionais e informativas no desenvolvimento da criança, sem alterações de saúde em diferentes estádios de desenvolvimento, foi realizada através de actividades de observação e cooperação. Participei como observadora e como colaboradora nas consultas de saúde infantil e nos momentos de vacinação.

A atenção às necessidades emocionais exige o apoio e, algumas vezes, o aconselhamento. O apoio foi prestado através da presença física, do toque e do ouvir. A presença física e o toque foram de grande importância nas crianças, porque são intervenções que facilitam a comunicação não-verbal. O aconselhamento na prática de enfermagem incluiu apoio, educação, estímulo para exprimir sentimentos e pensamentos, além de ajudar a família a lutar contra o stress, isto é, a resolver uma situação de crise. O aconselhamento também ajuda a família a conseguir um nível mais alto de funcionalidade, maior estima e relacionamentos mais íntimos (Hockenberry, 2006). “O enfermeiro pediátrico não deveria jamais perder de vista as necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança, porque essas necessidades influenciam o progresso da doença ou enfermidade” (HOCKENBERRY, 2006, p.13).

De acordo com Phaneuf (2005) a presença, a escuta e a palavra do enfermeiro fazem parte dos cuidados de enfermagem. Saber ouvir, usar o silêncio, permite ordenar pensamentos e sentimentos e estabelecer empatia é compreender os sentimentos da outra pessoa. “A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de

troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (PHANEUF, 2005, p.23).

A utilização da tecnologia informática da Unidade, que contempla os registos de enfermagem, permite ordenar ideias, pensamentos e estabelecer objectivos sempre direccionados para as intervenções a realizar.

As estratégias de comunicação mobilizadas basearam-se em técnicas verbais, nomeadamente: transmissão da mensagem na primeira pessoa, contar histórias, o jogo dos desejos, dar respostas facilitadoras, recorrer a livros ou outro tipo de material didáctico. Quanto às técnicas não-verbais mais usadas foram: pedir para desenhar algo que gostasse, escrever pequenas palavras, símbolos ou figuras geométricas.

Durante o procedimento da Vacinação, houve sempre a preocupação de esclarecer a criança/jovem e família da importância das vacinas como meio de prevenção primordial das doenças infecto-contagiosas infantis. As reacções das crianças são muito variadas. Algumas choravam e esperneavam porque sabiam que iam fazer uma vacina, enquanto outras se mantinham caladas e quase imóveis a fazer imensa tensão nos braços. Também havia crianças que enfrentavam com boa disposição e valentia o grande desafio. Tinha-se sempre em atenção a etapa de desenvolvimento da criança, pois consoante a idade assim era a sua reacção. Os bebés, quando sentiam a picada choravam brevemente, mas intensamente, para logo se acalmarem nos braços das mães. As crianças de 2-3 anos de idade eram expansivas e só davam conta da picada quando já tinha passado, sem praticamente se aperceberem. As crianças de idade escolar conseguiam controlar-se, o comportamento e a postura pareciam firmes, no entanto podiam aparecer lágrimas. Os adolescentes aparentavam calma e indiferença, embora por vezes manifestassem recusa e argumentação. Durante os procedimentos foi importante perceber que se devem dar algumas indicações aos pais, mantendo o contacto pais-filho, pois existem muitas vantagens na sua contribuição para a distração da criança, fornecendo carinho e conforto. Citando Hockenberry (2006, p.667), “os pais geralmente sabem o que conforta os filhos, como embalar, afagar ou conversar. São as pessoas que cuidam mais frequentemente da criança. Encorajar a participação deles proporciona-lhes o controlo e uma sensação de poder ajudar”. O mesmo autor defende que as “várias técnicas não farmacológicas, como distração, relaxamento, imagem orientada (...) oferecem estratégias para lidar com a dor, torna-la mais tolerável, diminuir a ansiedade” (p.669). Também verifiquei a capacidade de prestar cuidado atraumático à

criança através do recurso à aplicação de um creme anestésico local “EMLA” e até mesmo a administração de um analgésico antecipadamente. Desta forma, a melhor abordagem à prevenção é a orientação educacional e preventiva.

Na **Enfermaria da Pediatria Médica** o fornecimento de informação objectiva sobre a hospitalização inicia-se no momento de admissão, com a entrega do “Guia de Acolhimento da Pediatria”, com a apresentação do enfermeiro responsável daquele turno e com a sua disponibilidade. Isso incrementa a abordagem à família, diminuindo o nível de ansiedade e insegurança sentido pela criança e pais. Toda a equipa se assegura de que os pais e a criança recebem instruções claras e específicas sobre o que podem e devem fazer, comunicam com uma linguagem adaptada ao nível de desenvolvimento da criança e tendo em conta o nível social da família. Os profissionais de saúde utilizam estratégias de comunicação empática e assertiva que lhes permite compreender e responder adequadamente a pais que estão em situações de grande tensão, ansiedade, dúvida e medo.

Ao longo dos internamentos a equipa mantém a preocupação de identificar necessidades emocionais e informativas destas crianças, jovens e famílias. Os momentos de passagem de turno da equipa de enfermagem, e mesmo as reuniões diárias com a equipa multidisciplinar, são oportunidades de conhecer e analisar melhor estas situações. Nas intervenções e durante os procedimentos usam-se como princípios básicos estratégias de distração, propondo e sugerindo situações atraentes e envolventes para conseguir a participação da criança e sua família. “Envolver os pais e a criança na identificação de uma forma eficaz de distração”, sugere Hockenberry (2006, p.670). Os pais são o melhor apoio ao oferecerem segurança às crianças. E por isso são encorajados a permanecer junto dos filhos e aconselhados a estar atentos às suas necessidades. A sua presença tem normalmente um efeito benéfico, mas na maior parte das vezes a ansiedade dos pais está relacionada com a dos filhos:

“pais ansiosos têm filhos mais queixosos e difíceis de tratar (...) permanecer com a criança durante um procedimento doloroso (...) permitir que os pais fiquem com a criança (...) incentivar os pais a falarem suavemente com ela e a ficarem próximos à cabeça da criança” (HOCKENBERRY, 2006, p.670).

A Unidade tem uma sala de brincar comum a todo o Serviço de Pediatria, em que as crianças/jovens e famílias se podem deslocar sempre que a sua situação o permita. A brincadeira é a linguagem universal das crianças e, segundo Hockenberry (2006, p.670),

é fundamental “envolver a criança em brincadeiras”. O mesmo autor refere que “a brincadeira é o trabalho da criança (...) ao brincar, ela continuamente pratica o processo complicado e stressante de viver, de se comunicar e de alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas”, como também, “ao longo da brincadeira, a criança precisa da aceitação dos adultos e da sua presença para ajudar a controlar (...) e para canalizar suas tendências”, daí a importância da dinamização do espaço ser garantida por duas educadoras (p.91).

“a brincadeira é terapêutica em qualquer idade, pois fornece meios para libertar a tensão e o estress encontrado no ambiente (...) a criança pode expressar emoções e libertar impulsos inaceitáveis de uma forma socialmente aceitável (...) revela muito de si enquanto brinca (...) ela consegue comunicar ao observador atento as necessidades, medos e desejos incapazes de expressar com suas habilidades linguísticas limitadas” (HOCKENBERRY, 2006, p.94).

À semelhança do que foi descrito, também a preparação das altas são momentos importantes na intervenção de todos os técnicos envolvidos nos cuidados às crianças. Por isso, “é essencial compartilhar as questões importantes que envolvem as necessidades da criança e da família” (HOCKENBERRY, 2006, p.698). E são os enfermeiros que deverão avaliar os factores que afectam a capacidade da família de prover os cuidados em casa.

Na **UCINP** a natureza, a gravidade da doença, as circunstâncias envolvidas e o prognóstico constituem factores que contribuem para uma experiência intensa para os pais/família. Na admissão, a intervenção do enfermeiro é, assim que possível, dirigir-se ao familiar/acompanhante, apresentar-se, fazer uma descrição sumária do estado do recém-nascido/criança e informar sobre o “aparato tecnológico”, preparando-o para o ambiente característico destas unidades. O enfermeiro informa sobre a permanência dos pais e entrega o cartão de acompanhante. Presta a informação necessária sobre o funcionamento da Unidade e do Hospital, nomeadamente sobre a sala dos pais, refeitório, bar, gabinete do utente e outros. Entrega o “Guia de Acolhimento da Pediatria” com informação escrita e valida a informação.

O apoio emocional e informativo foi oferecido individualmente à família, envolvendo-a, ouvindo as suas opiniões, concentrando-se nos seus sentimentos, oferecendo disponibilidade e ajuda na promoção da confiança, porque “o cuidado crucial deve ser voltado para a família” (HOCKENBERRY, 2006, p.701). A intervenção do enfermeiro foi

direccionada para a família, procurando envolvê-la e tranquilizá-la durante o internamento na Unidade. No entanto, a permanência da família encontra-se limitada ao período diurno, pois a unidade não apresenta condições físicas para nela permanecer durante a noite, à excepção de casos muito específicos, tais como famílias que não pertencem à área de residência ou até mesmo em situações com “mau prognóstico”. A explicação dos procedimentos e dos percursos intra-hospitalares contribui para reduzir a ansiedade de quem tem de aguardar por notícias. Scott (1998), citado por Hockenberry (2006, p.701), refere que “crianças criticamente enfermas tornam-se o centro das vidas de seus pais, e a necessidade mais premente dos pais é por informações.” Além de “eles querem saber se o filho vai viver (...) eles precisam saber porque estão sendo feitas tantas intervenções”. No que concerne à UCIP/UCIN, o meu principal objectivo foi sensibilizar a equipa multidisciplinar da importância da reciprocidade da emoção e da informação na relação de cuidados. Uma equipa de enfermagem, ainda que rica nos aspectos clínicos e técnicos, só terá competência profissional completa com o aspecto relacional dos cuidados (Phaneuf, 2005). Um atendimento personalizado possibilita um relacionamento mais próximo e humanizado entre a equipa multidisciplinar, os utentes e os respectivos familiares. Existem pequenos espaços que foram adaptados para prestar ajuda emocional em situações específicas, em casos de prognósticos negativos ou de falecimento. O simples facto de disponibilizarmos um espaço onde a notícia é dada e o familiar pode, de uma forma mais resguardada, integrar a situação, possibilita uma ajuda ao reduzir a exposição nos corredores e ao dar tempo à pessoa para se adaptar à realidade. Outra vantagem é a facilidade de se exprimir e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós. Uma das emoções que surgiu na equipa, em determinadas situações em que tiveram que lidar com a presença dos pais, foi pensar que os mesmos estavam a fiscalizar ou a ouvir, nomeadamente durante a execução de algumas técnicas ou até mesmo nos momentos de passagem de turno, motivo pelo qual pediam aos acompanhantes para se retirarem um pouco. Porém, é importante saber lidar com a sua presença e permitir que os pais permaneçam perto da criança é uma forma de humanizar o cuidado, pois deixa a criança mais calma e permite que receba o amor e o carinho da família. Um dos efeitos dessa convivência íntima da equipa com a família é que progressivamente a equipa vai ficando sensibilizada percebendo o sofrimento dos

pais diante do problema do filho. A equipa comove-se, emociona-se com a situação que está a ser vivida pela família da criança hospitalizada.

Há necessidade de mudar normas procurando flexibilizar a rotina, abrindo, em alguns casos, excepções com o objectivo de colocar os pais/família o mais próximo possível da criança, acreditando que, dessa forma, se está a prestar um cuidado mais humanizado.

Quando a admissão representa um acontecimento traumático, suscita sem dúvida emoções fortes que interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Segundo Goleman (1997), as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Daí a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário. É difícil dar a informação adequada sem perguntar às pessoas o que pretendem saber e tentar compreender o seu ponto de vista. Se o enfermeiro que as acolhe se mostra interessado em saber quais as reacções ao internamento e as principais preocupações, sentir-se-ão mais apoiadas e haverá partilha de informação adequada (Corney, 2000). Como algumas das informações serão certamente esquecidas devido à ansiedade e inquietação, será uma boa estratégia fornecer a informação essencial, repetir a informação noutros momentos e possibilitar a informação escrita. Rodrigues (1999, p.31) refere que as primeiras impressões são as que mais perduram e é “no momento da admissão que o doente se sente mais inseguro e desprotegido”. É importante transmitir a sensação de que se pretende responder a quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas. As famílias necessitam de comunicação e informação para aliviarem as suas emoções.

No **CDC** as consultas de enfermagem consistiram numa relação de ajuda e de empatia. Foram momentos de partilha de emoções e de informação. O apoio foi prestado através da presença física e do ouvir, sempre na base de ensino e orientações. A mensagem transmitida baseou-se no que diz respeito à alimentação, ao crescimento, ao desenvolvimento neuropsicomotor e à imunização. Esclareceram-se dúvidas e, muitas vezes, coordenaram-se recursos tendo em conta os problemas identificados, nomeadamente no fornecimento de equipamentos adequados, tais como andarilhos para melhorar a marcha, cadeiras ou carrinhos correspondendo aos tamanhos e obedecendo a determinadas características. O CDC contempla um vasto número de equipamentos, materiais, roupas, com o objectivo de os facultar a quem deles necessita.

O encaminhamento e articulação com outras entidades, tais como centros de saúde e escolas, foram considerados pertinentes para a continuidade dos cuidados. Sempre que necessário, a equipa de enfermagem realiza contactos diários, preferencialmente por via telefónica, para a solução ou melhor percepção destas problemáticas fazendo posteriormente o registo em folha própria.

Na **Unidade de Urgência Pediátrica**, durante as observações dos cuidados prestados, carecemos de ser tão competentes em termos de inter-relação humana quanto o somos tecnicamente. Ao focarmos a atenção nas rotinas e nos procedimentos técnicos, deixamos de perceber importantes necessidades dos utentes (sentimentos, anseios, dúvidas, desejos) e, conseqüentemente, deixamos de prestar um cuidado mais abrangente e personalizado.

Durante a relação de cuidados, caso se identifique alguma necessidade de apoio, aconselhamento, ensino, tanto a nível informativo ou emocional, e não seja possível a sua realização naquele determinado momento, devido ao tempo previsto para este procedimento, é então possível ser programado para mais tarde, ainda durante a observação em urgência. São os casos de RN/famílias com necessidade de apoio para o aleitamento materno. Foi criado um espaço, o “Cantinho de Amamentação”, com o fim de promover o aleitamento materno na Unidade. De acordo com as necessidades identificadas assim é programado um período de acompanhamento, sem descurar outras situações.

Na Sala de Reanimação é de evidenciar a carga emocional, o sofrimento e a dor dos pais, factos que geram tensão e angústia no ambiente de atendimento. As famílias necessitam de comunicação e informações para aliviar as suas emoções, e a equipa deve possuir sensibilidade especial para lidar com os familiares, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação e favorecendo formas de conforto físico e espiritual, como acompanhamento, tendo uma área reservada à família (Hockenberry, 2006).

Nos casos de reanimação proporcionou-se, sempre que possível, a presença da família. O enfermeiro que não ficou directamente distribuído na sala de reanimação assegurou a triagem e todo o apoio necessário à família, verificou se esta foi informada acerca da ocorrência, forneceu as informações necessárias e recolheu alguns dados, em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Nas situações em que houve necessidade de avaliação por outras especialidades as crianças/jovens e famílias foram informadas da sua importância e esclarecidas sobre se eram encaminhadas para outros serviços ou se aguardavam pela observação. No caso de Cirurgia, as crianças aguardam na Unidade, já por Ortopedia são chamadas aquando da observação, para se deslocarem ao respectivo serviço. Estas situações são por vezes geradoras de conflitos, nomeadamente quando os utentes se apercebem do tempo de espera e da necessidade de deslocação.

Considerando que esta Unidade é uma Urgência Referenciada, sujeita a algum tempo de espera para o atendimento médico, há necessidade de fornecer informação do tempo de espera previsível e facultar a possibilidade de reavaliação, na Sala de Triagem, em caso de dúvidas ou de agravamento. Este factor é também potenciador de conflitos. Perante a preocupação e a ansiedade dos pais o enfermeiro deve manter uma comunicação assertiva de modo a gerir as emoções e evitar situações de conflito.

Em balcão, após avaliação médica e consoante a situação clínica, a criança/jovem tem alta após ser feito ensino da situação e dos sinais de alarme a vigiar. Para algumas destas situações mais comuns existem impressos com ensinamentos-tipo que são dados aos acompanhantes, tais como: febre, urticária, infecção respiratória, diarreia, traumatismo craniano, cirurgia.

A Má notícia é toda a informação que envolve uma mudança drástica e negativa na vida de uma pessoa e na perspectiva de futuro (Buckman,1992). Transmitir más notícias implica estabelecer uma relação empática que tenha em conta o contexto e a pessoa. Este tipo de comunicação exige uma preparação prévia que aponte para a organização do tempo e antecipe as reacções. Encorajar e validar as emoções é também uma boa forma de abordagem. Antes, porém, devemos trabalhar as nossas próprias emoções.

4.1.4. Sensibilização para a análises de práticas e formação

A produção do saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente reflexão das suas práticas. Referindo D`Espiney (1997), reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. Refere ainda D`Espiney (1997, p.183) que a “formação dos profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência, requer que se enfatize a ligação profissional com o local de trabalho”. Os enfermeiros especialistas estão na linha da frente actuando como agentes de mudança, de forma consistente e em parceria com a equipa

multidisciplinar. É imperativa a sensibilização e motivação dos profissionais de saúde envolvendo-os nestes processos. Dentro deste contexto, a formação em serviço surge como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A formação do enfermeiro implica inovação, mudança e abandono de hábitos adquiridos, por vezes fortemente enraizados. Os deveres dos enfermeiros face à formação em serviço estão descritos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), que advoga a sua contribuição, no exercício da sua actividade na área de formação, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.

Na **USF FFmais** a formação é sustentada por reuniões (discussões de casos) e sessões de formação, que decorrem na Biblioteca da USF com a periodicidade semanal e com a duração de uma hora. Desta forma, a frequência assídua e semanal da equipa multidisciplinar, o interesse manifestado sobre a actualização de conhecimentos e também por considerarem a possibilidade de um Ensino Clínico na Unidade como uma mais-valia, e um momento de aprendizagem, possibilitou-me a realização de sessões de análise de práticas.

A primeira sessão baseou-se numa análise de uma situação específica, que tinha decorrido uns dias antes do meu início de estágio. Realizada com os enfermeiros intervenientes, num dia por nós acordado, a temática tratada foi a vinda de um recém-nascido por engasgamento à USF. Após a descrição da situação, cada elemento apresentou as suas dificuldades, os seus receios, como também os contributos da experiência vivenciada. Tratou-se de um momento de partilha de informação e de emoções (Apêndice VII). Desta forma, senti necessidade de compilar os dados recolhidos, motivo pelo qual elaborei uma grelha onde pretendi apresentar, de forma simples e sintética, as necessidades emocionais e informativas de cada elemento envolvente (criança/jovem, família, profissional de saúde) e por fim o comportamento do enfermeiro perante determinada experiência. Enumerei as principais barreiras e identifiquei algumas estratégias (Apêndice VIII).

A segunda sessão, direccionada a toda a equipa de enfermagem, fez parte das reuniões semanais. Consistiu na apresentação dos resultados da 1.^a sessão de análise de prática. Descrevi algumas situações específicas, por mim vivenciadas no decorrer do período de estágio, apontando as necessidades emocionais e informativas mais frequentes e destacando as práticas dos enfermeiros. Os contributos foram a promoção da discussão entre os elementos da equipa sobre a temática e sobre os resultados da sessão anterior,

a divulgação sobre a importância da realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) aquando dessas necessidades, além do interesse sentido por estes momentos de partilha e reflexão (Apêndice IX). Além disso, participei numa Reunião de Serviço com toda a equipa multidisciplinar. Foram relatadas informações gerais sobre a USF, tais como a necessidade de um novo guia do utente, a necessidade de actualização do estado de imunidade dos profissionais, a resposta de reclamações e outras. Os assuntos foram apresentados e discutidos pelos intervenientes, esclarecendo e encaminhando as situações, o que contribui para um conhecimento global da dinâmica da USF.

Na **Enfermaria da Pediatria Médica** participei e promovi, nas passagens de turno da equipa de enfermagem, momentos enriquecedores de conhecimentos e partilha de informação de experiências vivenciadas. Presente nas passagens médicas da manhã, assisti a momentos de partilha de informação entre a equipa médica e o enfermeiro responsável de turno, onde se transmite a informação das crianças internadas, nomeadamente nas últimas 24 horas. Participei em reuniões diárias da equipa multidisciplinar (enfermeiro responsável do turno, médicos, assistente social, educadora) onde se discute cada caso de internamento e pude verificar uma partilha de informações e prognósticos das situações.

Verificou-se a possibilidade de vários momentos de reflexão e partilha entre os elementos da equipa, nomeadamente com os enfermeiros intervenientes e os especialistas, sempre com a solicitação da enfermeira orientadora e chefe do serviço (Apêndice X). Tal como refere Santos e Fernandes (2004, p.60)

“a reflexão procura a evidencia para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática”.

Tive também oportunidade de participar numa Formação de Serviço “Anestesia e Analgesia em Pediatria” (Apêndice XI).

No **Serviço de Pediatria Cirúrgica** participei num programa de Preparação Operatória, que incluiu uma sessão de preparação da cirurgia, direccionada aos pais e crianças, seguida de uma visita guiada à Unidade para que o utente conhecesse não só o espaço físico onde ia permanecer, mas também a equipa que lhe ia prestar cuidados. Posteriormente seguiram para a Consulta Externa de Pediatria, onde foi feita uma

consulta de enfermagem, individualmente, e onde foi transmitida informação sobre os procedimentos pré, intra e pós-operatórios, momento que antecedeu a consulta de anestesia (Apêndice XII). Elegi o segundo dia no Serviço para acompanhamento de algumas dessas crianças/jovens e famílias, no próprio dia da cirurgia. A admissão, as idas ao BO, o seu regresso, como também todo o restante dia passado no internamento constituíram situações em que estive envolvida. Constatei a possibilidade de efectivar a gestão recíproca das emoções e da informação, o fornecimento de folhetos específicos de cuidados a ter, além da possibilidade do contacto telefónico em caso de dúvidas. Verifiquei que as crianças e pais com a preparação operatória participam de uma forma mais activa e eficaz no dia da cirurgia.

Na **UCINP** promovi momentos de partilha de experiências com os vários elementos das equipas sobre a temática da gestão recíproca das emoções e da informação. Tive oportunidade de ter alguns momentos de partilha de conhecimentos com a enfermeira orientadora sobre situações vivenciadas, tais como a relação de empatia que era estabelecida com algumas famílias devido aos longos internamentos, mas com reduzida participação dos pais nos cuidados.

Particpei nas passagens de turno da equipa de enfermagem onde se partilhou e transmitiu conhecimentos sobre as crianças internadas, como por exemplo um adolescente politraumatizado internado na Sala de Cuidados Intensivos e que raramente era visitado por familiares. O adolescente pertencia a uma família com baixo poder económico que vivia no Alentejo, o que dificultava a deslocação.

Elaborei um “Documento Temático” que facultei à enfermeira orientadora para a sua divulgação. Consistiu numa reflexão fundamentada sobre a passagem pela Unidade e uma sensibilização sobre a importância da reciprocidade da gestão das emoções e da informação na relação de cuidados (Apêndice XIII).

No **CDC** partilhei momentos de reflexão com vários elementos da equipa multidisciplinar sobre situações vivenciadas nas respectivas consultas. Na avaliação global da criança/jovem e família, por parte de toda a equipa, emergiu uma partilha de emoções e pensamentos que nos invadiu e obrigou a vivenciar estas problemáticas.

Após as consultas, surgiam momentos de troca de informações entre os profissionais envolvidos que nos motivavam para tentar encontrar soluções para aquelas crianças e famílias. Tive a possibilidade de participar em reuniões diárias multidisciplinares, como a de “Intervenção Precoce”, com o objectivo de discutir situações complexas e encontrar

soluções no difícil contexto social e económico que actualmente se vive. Além da participação numa Reunião Multidisciplinar “Intervenção Precoce” específica, em que participaram os cuidados de saúde primários, a comunidade educativa, técnicos de saúde, educação e reabilitação da comunidade e do hospital. Inicialmente um convidado descreveu a realidade nacional da intervenção precoce baseando-se no novo enquadramento legislativo (DL 281/09). De seguida, retractou-se a perspectiva local: “A realidade de Almada, Seixal e Sesimbra” com a apresentação de casos clínicos e diversos aspectos ligados à realidade prática do trabalho com as crianças e famílias. Pretendeu ser um espaço de maior sensibilização e discussão conjunta com as equipas locais de intervenção precoce.

Na **Unidade de Urgência Pediátrica** apresentei em vários momentos a temática de eleição em contexto de estágio, partilhando conhecimentos e experiências entre os vários enfermeiros da Unidade. Aproveitando uma “Reunião de Chefes de Equipa” da Unidade, na qual participei, apresentei um Documento de Divulgação da Temática do Relatório de Estágio, com o intuito de sensibilizar os chefes de equipa (Apêndice XIV), para posteriormente ser possível divulgar aos restantes elementos.

Após situações de reanimação foram promovidos espaços de reflexão e análise das práticas relativas à situação vivida pela equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar.

Nos momentos de passagem de turno da equipa de enfermagem houve análise e reflexão das situações vivenciadas ao longo do turno, tais como o desenrolar de um conflito, a reacção à hospitalização e à não hospitalização, o agravamento da situação clínica, a decisão de transferências e outras questões.

Tive oportunidade de elaborar um Dossier Temático intitulado “A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação”. O mesmo é composto pela definição do conceito da relação de cuidados numa unidade de urgência pediátrica e as necessidades mais sentidas para orientação de um conjunto de boas práticas que devem ser seguidas na gestão recíproca das emoções e da informação. Pretendo apresentar esse Dossier Temático à equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica, além de o tentar partilhar com os vários elementos das outras unidades onde realizei os estágios.

Ao finalizar o estágio, criei e facultei em cada local “Documentos de Agradecimento” contextualizados e direccionados a toda a equipa (Apêndice XV).

4.2. Competências Adquiridas

O Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, em qualquer contexto em que se encontre. Esta área de actuação suporta uma prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias.

As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento do conjunto dos domínios de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (as designadas por “competências comuns”), as que competem à sua área de especialidade (as designadas por “competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”) e as que respondem adequadamente às necessidades de cuidados de saúde da população que se vão configurando (designadas por “competências acrescidas”).

Este percurso centrou-se na aquisição e desenvolvimento de competências para prestar cuidados especializados à criança/jovem e família, em concordância com o meu projecto e, no âmbito da promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, reabilitação e habilitação, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros. No campo específico de actuação da relação de cuidados, nomeadamente na gestão recíproca das emoções e da informação, a realização das actividades já descritas permitiu-me desenvolver competências das quais destaco as mais pertinentes, considerando também indispensável especificar algumas unidades e critérios de avaliação que fundamentam as tomadas de decisão.

Tendo em conta a necessidade de uma preparação antecipada e actualizada, neste percurso a actividade da “**Revisão Bibliográfica**” foi de grande relevância, o que contribuiu para as seguintes competências: (A) “Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal.” (B) “Domínio da Melhoria da Qualidade.” (C) “Domínio da Gestão dos Cuidados.” (C2.1.1) “Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados” “Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados” (D) “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.”

No início de cada experiência de estágio apresentei a minha temática com o enfoque na “**Negociação e Optimização de actividades a realizar tendo em conta os objectivos**

delineados” e no **“Conhecimento de Programas/Projectos existentes”**. Dei ainda relevância à **“Consulta de Programas, Projectos, Normas, Protocolos, Manuais existentes na Unidade, Folhetos informativos relacionados com a minha área de intervenção”**. Estas opções permitiram-me desenvolver as seguintes competências: (C) **“Gere os cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem...”** (C2.1.4) **“Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.”** (D2.1.2) **“Diagnostica necessidades formativas.”**

No decurso da experiência nos vários campos de estágio concretizei o objectivo de **“Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança /jovem e família em situações de urgência com competência científica, técnica e humana”**. Através de uma **“Observação dirigida e participada na relação de cuidados”** e da **“Utilização de técnicas de comunicação e de técnicas de suporte emocional”**, consegui desenvolver as competências: (B3) **“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”** **“...ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a afectividade terapêutica...promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.”** (E1) **“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”**, **“Negoceia a participação da criança/jovem e família...Comunica...Utiliza estratégias motivadoras...Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades....Procura sistematicamente oportunidadesUtiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.”** (E3) **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”**

Relativamente à USF FFmais uma das competências mais consolidadas foi a (E3.1.) **“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.”** **“Demonstra conhecimentos...Avalia o crescimento e desenvolvimento...Transmite orientações antecipatórias às famílias...”** (E3.2.5.) **“Promove a amamentação.”** Além de que também são desenvolvidas outras tais como (E1.2.) **“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”** (E1.2.1.) **“Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.”**

No que concerne à UCIN, na Sala dos Intermédios, alguma das competências mais relevantes foram também as seguintes: (E3.2.) **“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.”** **“Avalia o desenvolvimento...Demonstra conhecimentos...Utiliza estratégias**

promotoras de esperança de vida. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais /RN. Promove a amamentação. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados...Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.”

Em relação à UCIP algumas das actividades foram realizadas para o desenvolvimento das respectivas competências: (E2) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.” (E2.1.2.) “Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte de vida pediátrico” (E2.1.3.) “Aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto.” (E2.2.) “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (E2.3.) “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.”

No que respeita à Unidade de Enfermaria da Pediatria Médica as competências desenvolvidas foram: (E1.2.1.) “Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.” (E1.2.6.) “Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.” (E2) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.” (E2.1.2.) “Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte de vida pediátrico” (E2.1.3.) “Aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto.” (E2.2.) “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (E2.3.) “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.” (E2.4.) “Providencia cuidados à criança/jovens promotores da majoração dos ganhos em saúde...” (E2.5.) “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (E3) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

As várias experiências de estágio contemplaram a **“Realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático)”** e a **“Divulgação sobre a importância da realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) aquando dessas necessidades”**, pelo que as competências são: (A1) “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.” (A1.4) “...promover o desenvolvimento da prática especializada.” (C) “...otimizando a resposta da equipa de enfermagem...” “Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar...”, (D2.1.4) “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e

competências dos enfermeiros.” (D2.2) “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade “Actua como dinamizador...Identifica lacunas do conhecimento....”

A “**Distribuição de material informativo existente, com respectivo esclarecimento**” verificou-se em praticamente todas as experiências formativas. Na USF FFmais além do “Guia de acolhimento” existem vários “Folhetos informativos” da área de saúde infantil e pediatria, que são facultados nas consultas de saúde infantil, na vacinação e em outros momentos considerados necessários. Nos restantes locais é principalmente no momento da admissão com os “Guias de acolhimento”. Já no Serviço de Pediatria Cirúrgica o momento da entrega do material informativo ocorre também aquando da preparação para a alta. Na Unidade de Urgência Pediátrica também na preparação da alta é feito ensino da situação e dos sinais de alarme a vigiar, com a entrega de impressos “ensinos-tipo” que são dados aos acompanhantes (Febre, Urticaria, Infecções Respiratórias e outros) as competências adquiridas são: (C) “Gere os cuidados...” (C2.1.6) “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (E1) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”: “Negoceia a participação da criança/jovem e família...Comunica...Utiliza estratégias motivadoras...Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades....Procura sistematicamente oportunidadesUtiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.”

No desenvolvimento da “**Auto-reflexão, Autoconhecimento e Autoformação**” as competências adquiridas foram: (D) “ Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (D1) “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (D2) “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

Nas “**Na interacção com a criança/jovem e família no sentido de identificar necessidades emocionais e informativas**”, as principais competências adquiridas foram: (A) “...Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica... na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (B3) “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “...ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a afectividade terapêutica...promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.”, “Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, ...em relação às necessidades espirituais...Envolver a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas...demonstrar conhecimento e

compreensão...” (E1) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (E1.1): “Negoceia a participação da criança/jovem e família...Comunica...Utiliza estratégias motivadoras...Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades....Procura sistematicamente oportunidadesUtiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.” (E1.2.3) “Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.” (E1.2.4.) “Identifica situações de risco para a criança e jovem” (E1.2.5.) “Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais...” (E1.2.7.) “Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem...” (E2.1.1.) “Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade...”

Durante a “**Utilização de técnicas de dar más notícias**”, o que foi muito ocasional (um caso na USF FFmais numa Consulta de uma grávida com possíveis alterações ecográficas, na UCINP com algumas situações de maus prognósticos) as competências desenvolvidas foram: (A1) “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.”, (A2) “... respeitam os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (C) “...optimizando a resposta da equipa de enfermagem...” “ Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas...” (E1) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”: “Negoceia a participação da criança/jovem e família...Comunica...Utiliza estratégias motivadoras...Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades....Procura sistematicamente oportunidadesUtiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.”

Nas actividades “**Utilização de informação/explicação enquanto estratégias de gestão emocional**”, “**Utilização de técnicas de comunicação específicas com a criança e jovem**”, “**Utilização de técnicas de gestão emocional na relação de cuidados**” as competências foram: (A1) “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.” (C) “...optimizando a resposta da equipa de enfermagem...” “ Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas...”, (A2) “...respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (E1) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” “Negoceia a participação da criança/jovem e família...Comunica...Utiliza estratégias motivadoras...Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades....Procura sistematicamente oportunidadesUtiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.” (E3.3.)

“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. Relaciona-se com...Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento...” (E3.4.) “Promove a auto estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” “Facilita a comunicação expressiva de emoções. Reforça a imagem corporal positiva...Identifica os estádios de processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. Reforça a tomada de decisão responsável. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.”

Neste percurso a **“Sensibilização à equipa de enfermagem sobre a importância da componente humana na relação de cuidados”** esteve sempre presente com o desenvolvimento destas competências: (A1.4) “...promover o desenvolvimento da prática especializada.” (B1) “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais...” “Participa na realização de metas... desenvolve aptidões a nível de análise e planeamento...” (C) “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações...” (C2.2) “Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções... promove um ambiente positivo e favorável à prática...Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.” (D2.1.2) “Diagnostica necessidades formativas.” (D2.2) “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” “Actua como dinamizador...Identifica lacunas do conhecimento....Investiga e colabora em estudos...Interpreta, organiza e divulga dados...Discute as implicações...Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.” (D2.3.3) “Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.”

Houve oportunidade de realizar **“Sessões de análises de práticas entre os enfermeiros especialistas, intervenientes”** e **“Momentos reflexivos”** cujas competências usadas foram: (D2.2) “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”, “Actua como dinamizador...Identifica lacunas do conhecimento....Investiga e colabora em estudos...Interpreta, organiza...Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.”, (D2.3.3) “Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.”

Nas **“Reuniões e compilações dos contributos de análises de práticas com os enfermeiros especialistas intervenientes e promoção dos resultados”** as competências desenvolvidas foram: (A1.4) “Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada”, “Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.” (B1) “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais...” “Participa na realização de metas...desenvolve aptidões a nível de análise e planeamento...colabora na realização de actividades...” (D2.1.2) “Diagnostica necessidades formativas.” (D2.1.3) “Concebe e gere dispositivos formativos” (D2.1.4) “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.” (D2.2) “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade “Actua como dinamizador...Identifica lacunas do conhecimento...Investiga e colabora em estudos...Interpreta, organiza e divulga dados...Discute as implicações...Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.” (D2.3.3) “Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.”

Por fim, encontro-me a elaborar o **Dossier Temático** intitulado “A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação” que visa a **“Apresentação do Dossier à equipa”** onde pretendo desenvolver as seguintes competências: (A1.4) “...promover o desenvolvimento da prática especializada.” (B1) “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais...” “Participa na realização de metas...desenvolve aptidões a nível de análise e planeamento...colabora na realização de actividades... comunica resultados das actividades...aos enfermeiros e gestores.” (C1.2.2) “Cria guias orientadores das práticas...” (D2.1.1) “Actua como formador...” (D2.1.2) “Diagnostica necessidades formativas.” (D2.1.3) “Concebe e geredispositivos formativos” (D2.1.4) “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.” (D2.2) “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade “Actua como dinamizador...Identifica lacunas do conhecimento...Investiga e colabora em estudos...Interpreta, organiza e divulga dados...Discute as implicações...Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste relatório, e a conseqüente reflexão acerca do percurso formativo, tive consciência das dificuldades a enfrentar no futuro, na medida em que terminou o trabalho escrito mas não terminou a implementação prática dos conhecimentos e competências adquiridas.

Esperemos que com este trabalho e com a implementação destes saberes se clarifiquem alguns princípios que devem ser tomados em conta na interacção com os utentes numa unidade de urgência pediátrica, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o atendimento dos utentes e o bem-estar da criança.

A análise e o estudo efectuado permitiram-me olhar de uma forma diferente, e com maior consistência, para alguns aspectos importantes do exercício da enfermagem, nomeadamente para a componente humana na relação de cuidados. Sinto que o esforço despendido me leva também a continuar a aplicar eficazmente estas actividades.

Ao longo das várias experiências de estágio vivenciei um conjunto de dificuldades e constrangimentos que pretendo combater. Momentos de silêncio que surgem no decorrer da relação de cuidados. A comunicação e a interacção, especificamente em espaços que não permitem privacidade ou cuidados individualizados. Os profissionais desmotivados, pouco empenhados para desenvolver práticas reflexivas e a dificuldade em dialogar com outros elementos da equipa multidisciplinar. A necessidade da ajuda emocional em situações específicas tanto à criança/jovem e família como ao próprio profissional de saúde. A multiculturalidade actualmente sentida a nível da barreira linguística e crenças vindas de outros países. A instabilidade da situação profissional nas Instituições, a situação económica e financeira que actualmente se vive. Outra dificuldade que advém de pretender implementar o projecto numa Unidade de Urgência Pediátrica, como unidade procurada nomeadamente em determinadas épocas do ano, que facilmente fica sobrecarregada, o que provoca impedimentos na relação de cuidados e na sua boa prática. Tendo em conta a multiplicidade de experiências ali vividas há uma tendência para banalizar alguns procedimentos, nomeadamente os que se afiguram como mais simples. Exemplo disso são as situações de recorrência de crianças com febre à urgência, perante as quais os profissionais não ocupam muito tempo.

Neste âmbito pretendo futuramente divulgar e apresentar o Dossier Temático, em fase de elaboração, à equipa da Unidade de Urgência Pediátrica e partilhá-lo com as restantes equipas das outras unidades por onde fiz passagem em contexto de estágio.

Pretendo incorporar num projecto de intervenção as seguintes medidas:

- Criação de momentos de reflexão e partilha de conhecimentos nas equipas, no sentido de expressarem sentimentos positivos ou negativos vividos, com o objectivo de promover o crescimento e fortalecimento do ego;
- Planeamento de práticas reflexivas estruturadas;
- Sensibilização aos profissionais de saúde sobre a importância da componente humana na relação de cuidados.

Reflectindo sobre o percurso palmilhado, considero que atingi os objectivos a que me propus inicialmente, com a implementação do projecto espelhado neste Relatório. Saliento ainda que os aspectos éticos foram assegurados ao longo deste percurso.

Termino realçando a gestão recíproca das emoções e da informação como dois pilares interligados que são fundamentais na construção da relação de cuidados, pelo que neste momento reconheço este relatório como um documento indispensável no processo de ensino e aprendizagem, a partir do qual ainda terei muito a desenvolver na minha prática de cuidados.

“Calor, carinho e amizade são as qualidades mais ausentes no mundo.

Quem as possuir nunca estará só”

Ann Landers

BIBLIOGRAFIA

Abreu, Wilson Correia (2002) - Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. **Sinais Vitais**. Coimbra. Nº 45.p. 53-57.

BARROS, Luísa (1999) - **Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-8449-45-3.

BASTO, Marta Lima (2009) - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 13, nº2 (2º Semestre de 2009) p. 11-18.

BENNER, Patrícia (2005) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN:989-558-0525.

BUCKMAN, R. et al. (1992) - How to break bad - news guide for health-care professionals. *Gestão de caso - Análise do Conceito*. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. (Março de 2003). p.1-9.

CASTANHA, Maria de Lurdes (2005) - A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Nº 58 (5) (Setembro-Outubro 2005) p.556-562.

COLLIÈRE, Marie F. (1999) - **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.

CORNEY, Roslyn (2000) - **O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em medicina**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-959-0826.

DAMASIO, António (2011) - **O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano**. Nº 7578 (Circulo de Leitores). ISBN: 978-989-644-163-0.

D'ESPINEY, Luísa (1997) - Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. - **Formação e situações de trabalho**. 2.ª ed. Porto: Porto Editora, p. 169-188.

DECRETO-LEI n.º 281/2009. **D.R. 1.ª Série**. 193 (6 de Outubro de 2009) 7298-7301.

DIOGO, Paula (2012) - **Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-75-2.

DUPONT, C. (1987) - Coping mechanism and anxiety in advanced level cancerous patients related to hospitalization a wareness of diagnosis. **ECCO**. London. Nº 4.

FERREIRA, A. & VAZ, F. (1997) - **Necessidades de Suporte Social dos Pais de Crianças com Diagnóstico de Asma Brônquica**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Trabalho de Investigação.

FERREIRA, Márcia Assunção (2006) - A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Nº59 (3) (Maio-Junho 2006) p.327-330.

GOLEMAN, Daniel (1997) - **Inteligência Emocional**. Braga: Temas e Debates. ISBN: 972-759-063-2.

GOUVEIA, Maria (2002) - **Interacção enfermeiro - cliente num serviço de urgência**. Lisboa. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON; Winkelstein (2006) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 85-352-1918-8.

HONORÉ, Bernard (2004) - **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-58-4.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA (1992) - **Manual de Normas da Unidade**. Urgência Pediátrica. Almada, Portugal.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2003) - **Boas Práticas do Atendimento**. IQS.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1998) - **Carta da Criança Hospitalizada**. Lisboa. IAC. ISBN 972-8003-14-5.

JORGE, Ana M. (2004) - **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

KEROUAC, Suzanne (1994) - **La Pensée Infirmière: Conceptions et Stratégies**. Québec: Éditions Études Vivantes.

KÉROUAC, Suzanne et al. (1996) - **El pensamiento enfermeiro**. Barcelona: Masson, S.A.

Levine, D. et al (1992) - A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 117(1). p.53-58.

LOPES, Manuel J. (2006) - **A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-X.

MARÇAL, M. (2003) - **Cuidados Centrados na Família: Filosofia e Práticas dos Enfermeiros num Serviço de Pediatria**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Dissertação apresentada na área científica de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

MÁRTIRES, A. (1998) - **A pessoa em situação de internamento hospitalar e as suas percepções sobre os cuidados de enfermagem**. Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédica. Abel Salazar; p. 76-95.

MCQUEEN, A. (2004) - Emotional intelligence in nursing work. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 47, nº 1. p. 101-108.

MESSNER, R. (1993) - What Patients Really Want From Their Nurses, **American Journal of Nursing**, nº 8, Aug., p. 38-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - **Conselho de Enfermagem. Do Caminho Percorrido e das Propostas: (análise do primeiro mandato - 1999/2003)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - **Divulgar - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - **Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PAULI, M.; BOUSSO, R. (2003) - Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-am Enfermagem**. Vol. 1, Nº3. (Maio - Junho) p.280-6.

PAULO, Marisa et al (2010) - O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol.14, Nº 2. (2º Semestre de 2010) p. 70-81.

PEPLAU, H.E. (1990) - **Relaciones interpersonales en enfermeira**. Barcelona: Salvat.

PÉRSICO, Lucrecia (2011) - **Guia da Inteligência Emocional**. Lisboa: Bertrand. ISBN: 978-972-25-2325-7.

PHANEUF, Margot. (2005) - **Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005) - **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**. Lisboa: DGS.

RODRIGUES, V. (1999) - A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões. **Sodivir**, Vila Real, Edições do Norte Lda, p. 31-79.

ROSAS, Manuel (1989) - Comunicação e enfermagem: atitudes e competências. **Nursing**. Vol. 14, nº2, p. 27-30.

SANTOS, C.R., TOLEDO, N.N., SILVA,S.C. (1999) - Humanização em unidade de terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. **Nursing**. Nº 17, nº 2 (Out.1999) p. 26-29.

SANTOS, E.; FERNANDES, A. (2004) - Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. **Revista Referencia**. Nº 11 (Março de 2004).

SZMAJKE, K. et al (1987) - Psychosocial problem in leukemia: influence of the knowlegde about the disease on anxiety level and familial interaction. **ECCO**. London. Nº 4.

TUNING EDUCATIONAL STRUCTURES IN EUROPE (2005).

UNIDADE CURRICULAR INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM (Apontamentos). Professora Maria Antónia Rebelo Botelho. ESEL, 2011.

VILA, V.; ROSSI, L. (2002) - O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-am Enfermagem**. Vol. 10, nº 2. (Março-Abril) p.137-144.

WALDOW, V.R. (1999) - **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2.^a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

WATSON, Jean. (1985) - Human Science and Human Care. **Nursing**. Stamford. CT: Appleton-Century-Crofts.

WATSON, Jean. (1988) - Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: **National League for Nursing**.

WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-37-1.

WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de estágio

ANOS	2011												2012											
MESES	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			Mar					
DIAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5	
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9	
USF FERNÃO FERRO MAIS																								
Pediatria Médica - HGO																								
UCIP/NEO - HGO																								
Centro Desenvolvi. - HGO																								
Urgência Pediátrica - HGO																								

Apêndice II- Tabelas dos objectivos e das actividades

1º Objectivo Geral

“Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da

Estrutura física e organizacional da USF FFmais

A USF FFmais (Unidade de Saúde Familiar de Fernão Ferro medicina, acesso, inovação, saúde) é uma Unidade integrada no ACES SS, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O ACES SS é constituído por várias unidades funcionais integradas em quatro Centros de Saúde (Amora, Corroios, Seixal e Sesimbra), tendo como objectivo primordial a melhoria continuada do nível de saúde da população da área geodemográfica por ele abrangida. (Artigo 2º DR - 2ªSerie, nº250, 28 de Dezembro de 2010)

Cada USF tem por missão a prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, garantindo uma boa acessibilidade, continuidade e a globalidade dos mesmos, mantendo e melhorando o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, que inclui os contextos sociofamiliares dos utentes e ainda os cuidadores informais.

A *USF FFmais* situa-se na freguesia de Fernão Ferro, presta cuidados de saúde a cerca de 12.500 utentes, da freguesia e de algumas zonas circundantes. Trata-se de uma pequena freguesia na extremidade do conselho do Seixal, que no início da década de 1980 sofreu um crescimento brusco e desregrado, evoluindo de uma população predominantemente rural com um habitat disperso, para uma população heterogénea com características suburbanas. Possui alguns recursos sociais: Junta de Freguesia, duas instituições de apoio social, duas escolas do 1º ciclo, uma Unidade de Saúde, duas clínicas de análises, uma Igreja, dois clubes recreativos e algum comércio local.

Actualmente o papel do enfermeiro expande-se para além do núcleo familiar a fim de incluir o sistema voltado para a saúde da comunidade. A equipa tem de se tornar consciente das necessidades, de modo a trabalhar com as pessoas no sentido da promoção da saúde.

A actual mudança da estrutura orgânica dos cuidados de saúde primários veio reforçar as convicções da equipa de Fernão Ferro, que desde 1996, com o Projecto Alfa, iniciou uma estrutura organizativa de trabalho em equipa multidisciplinar, equipas de saúde constituídas por: enfermeiro, médico e administrativo. Esta mudança teve como objectivo melhorar o acesso e estabelecer uma relação de continuidade entre os utentes e os cuidados de saúde.

O trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem dentro da equipa multidisciplinar é marcado por uma ruptura profunda com a tradição assistencial, episódica de intervenções

pontuais dirigidas a um elemento da família, para uma organização dos cuidados baseados na filosofia do Enfermeiro de Família, em que a família se torna o objecto dos cuidados.

A articulação com os parceiros sociais locais e com o hospital de referência, Hospital Garcia de Orta, é uma prática desde 1996.

Actualmente a equipa de saúde é constituída por seis assistentes administrativos, sete enfermeiros de família (dos quais um enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria e outro enfermeiro especialista de saúde comunitária) e oito médicos de família especialistas em medicina geral e familiar. A equipa divide-se em equipas de família, cada uma responsável por cerca de 1800 utentes.

A Missão da *USF FFmais* é garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade de prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita e a formação contínua dos profissionais.

Tem como visão contribuir para uma vida mais saudável dos utentes e a realização profissional dos elementos da equipa com o progresso dos cuidados de saúde primários portugueses.

O sistema informático usado é o Medicine One/Interface com SINUS, onde estão reunidas as funcionalidades de suporte à prática clínica. O módulo de enfermagem abrange as intervenções de enfermagem, incluindo a vacinação e acções de educação e ensino, a recolha de dados biométricos e o apoio à consulta de saúde infantil.

A Ficha de Saúde Infantil, em prática na *USF FFmais*, pretende responder às necessidades específicas dos profissionais que ali prestam cuidados de saúde às crianças. Integra várias informações, descritas por secções: Exames periódicos (histórico de consultas e os dados recolhidos da observação efectuada – data e idade, dados biométricos, dentição e observação corporal); Gráficos de Crescimento (a construção dos gráficos de crescimento com as linhas de crescimento de cada percentil); Período Pré e Neo natal (registo de toda a informação relativa a este período – duração da gravidez, peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico, índice de apgar e registo de problemas durante a gravidez ou período neo natal); Alimentação durante o 1º ano de vida (preenchimento de uma grelha sobre a introdução de cada alimento da dieta da criança – os alimentos aparecem nas linhas e os meses nas colunas); Rendimento Escolar (registo de qualquer facto que se considere importante sobre o nível de rendimento da criança); Desenvolvimento psicomotor (através do Teste de Sheridan que contempla as idades e está dividido em quatro eixos: postura e motricidade global, visão e motricidade fina,

audição e linguagem, comportamento e adaptação social, em cada estes eixos existe um conjunto de itens que devem ser ou não assinalados de acordo com o facto de a criança cumprir ou não esse item); Plano Vacinal (define protocolos de vacinação necessários, defini regras de associação automática a cada criança e regista as vacinações efectuadas).

A *USF FFmais* disponibiliza uma carteira de serviços composta por:

- Cuidados curativos de enfermagem
- Visitação domiciliária/cuidados continuados
- Atendimento de enfermagem em saúde infanto-juvenil
- Atendimento de enfermagem em saúde da mulher
- Atendimento de enfermagem a adolescentes
- Atendimento de enfermagem ao diabético
- Visitação domiciliária à puérpera
- Preparação psico-profilática do parto
- Vacinação
- Atendimento de enfermagem na doença aguda

Cada equipa de saúde disponibiliza um "Guia do Utente", que apresenta a informação necessária nos diversos tipos de atendimento: Administrativo, Enfermagem e Médico, com os respectivos horários e disponibilidades.

A Unidade apresenta um espaço acolhedor e bem estruturado. É constituído por módulos, com uma sala de espera para cada duas equipas de família. Cada módulo é composto por gabinete médico, gabinete de enfermagem e gabinete administrativo (para duas assistentes). Os Gabinetes estão estruturados de acordo com a concepção que os elementos da equipa consideraram apropriada, funcionais e personalizados.

O espaço está voltado para o utente, garantindo-lhe condições de bem-estar, possibilitando-lhe a informação apropriada e proporcionando-lhe algumas actividades de distração.

Apêndice IV- Estrutura física e organizacional do SP do HGO

Estrutura física e organizacional do Serviço de Pediatria do HGO

O Serviço de Pediatria iniciou a sua actividade em 1992. Em Abril de 2003 foi a data da aprovação do Regulamento Interno do HGO SA, do departamento da mulher e da criança que é constituído, na área pediátrica, por dois Serviços: o **Serviço de Pediatria** com as unidades funcionais de: Consulta Externa de Pediatria, UCIN / UCIP, Neonatologia / Puerpério, Hospital de Dia Médico-cirúrgico, Urgência Pediátrica, Unidade de Neuropediatria, Desenvolvimento e Unidade Funcional de Pedopsiquiatria e o **Serviço de Pediatria Cirúrgica** que engloba a cirurgia convencional e a de ambulatório.

A **Missão do Serviço de Pediatria** é prestar cuidados pediátricos hospitalares à população dos 0 aos 15 anos de idade, residente nos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra e ainda ser referência para as áreas clínicas de maior diferenciação (Neonatologia, Cuidados intensivos pediátricos, Neuropediatria/Desenvolvimento, Neurocirurgia), além da articulação com os cuidados de saúde primários.

Esta missão é levada a cabo tendo por base alguns **princípios**:

■ **Criação de um ambiente humanizado** - foi nomeada em Setembro de 2003 um Grupo de Humanização que tem desenvolvido vários projectos no âmbito da humanização da pediatria. Destaca-se a criação / adopção da mascote do serviço (baleia), voluntariado, música no hospital, operação nariz vermelho.

■ Desenvolvimento da **interligação / articulação** com: os cuidados de saúde primários, as estruturas de educação, as estruturas de acção social da comunidade, garantindo a continuidade de cuidados.

■ Desenvolvimento de um **trabalho de equipa** – médicos, enfermeiros, AAM, educadores de infância, fisioterapeutas, psicólogo, pedopsiquiatra, dietista, secretário de unidade.

Assim a **filosofia** dos cuidados à criança / família baseia-se:

- No respeito pelos direitos da criança e da família
- No cumprimento dos direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada
- Na prestação de cuidados atraumáticos, continuados, coordenados e centrados na família.

O serviço de pediatria tem como **objectivos gerais**:

- Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à criança e jovem
- Privilegiar o atendimento em ambulatório

- Promover e desenvolver o trabalho em equipa multidisciplinar
- Proporcionar cuidados de saúde integrados e atraumáticos
- Criar um ambiente adequado às necessidades físicas, afectivas e educativas
- Desenvolver e manter a interligação com os cuidados de saúde primários
- Procurar dar cumprimento à Carta da Criança Hospitalizada

Filosofia: (NP N.ºSP-01/03)

“Evitando o internamento sempre que possível

Desenvolvendo áreas do ambulatório: consulta externa, unidades de internamento de curta duração e hospital de dia

Encorajando a presença dos pais

Informando as crianças e os pais sobre a doença e os tratamentos necessários

Motivando os pais na participação da prestação de cuidados

Garantindo o respeito pela privacidade

Evitando exames ou tratamentos que sejam dispensáveis

Desenvolvendo uma política de tratamento da dor

Promovendo a formação dos profissionais de saúde

Sensibilizando os profissionais e adequar os espaços onde se encontrem crianças internadas

Articulando com estruturas da saúde, da educação e da acção social da comunidade para garantir a continuidade de cuidados.”

Unidade de Internamento de Pediatria Médica do HGO em Almada situa-se no 5º piso do Hospital. É uma Unidade de internamento com a lotação de dezasseis vagas, sendo que quatro são quartos individuais e as restantes são distribuídos por quatro enfermarias de três camas cada. Destina-se ao internamento de todas as crianças do foro médico e algumas especialidades cirúrgicas. Admite crianças e jovens desde os primeiros dias até aos 15 anos de idade, com a excepção dos jovens com doença crónica que têm a possibilidade de ser atendidos nesta Unidade até aos 18 anos. A equipa de enfermagem é constituída por 14 elementos, sendo a Chefe da Unidade e outro elemento que faz apenas horário fixo de Manhãs, Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria. Elementos de referência da unidade.

Objectivos da equipa de enfermagem: “Os cuidados à criança são organizados de forma a respeitar os direitos da criança e da família, procurando dar cumprimento à Carta da

Criança Hospitalizada, com base na prestação de cuidados sem dor, continuados, coordenados e centrados na família.” (NP N.ºSP-01/03).

A equipa de enfermagem está organizada da seguinte forma: Internamento e Hospital de Dia com um Enfermeiro Chefe que é comum com o serviço de Cirurgia Pediátrica e equipa de enfermeiros. O método de distribuição de trabalho utilizado é o Individual, responsabilizando cada elemento da equipa de enfermagem pela prestação global de cuidados a um determinado grupo de clientes, durante o turno. Uma das características do internamento deste serviço é a grande prevalência de doentes crónicos e de patologia neurocirúrgica.

O Serviço de Cirurgia de Pediatria situa-se também no 5º piso na ala norte, tem a lotação de 12 vagas e admite crianças desde os primeiros dias de vida até aos 15 anos de idade. Destina-se ao internamento de crianças do foro cirúrgico, prestando cuidados urgentes e programados à mesma população que a Unidade de Internamento Médico. Desde Janeiro de 2007, presta também cuidados a crianças submetidas a cirurgia do foro Oftalmológico, Ortopédico e Otorrinolaringologia. As patologias/cirurgias mais frequentes em contexto de urgência são as apendicites e atresia esofágica. Cirurgias programadas são mais frequentes a sindactilia/polidactilia, fimoses e hipospádias. O método de distribuição de trabalho é o individual. A equipa de enfermagem é constituída por 8 elementos, sendo a Chefe da Unidade e outro elemento com horário fixo de Manhãs, Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria. Elementos de referência da unidade.

Hospital de Dia destina-se a tratamentos em regime ambulatorio e consiste na prestação de cuidados programados e de curta duração a crianças com patologia aguda ou crónica. Funciona todos os dias úteis das 8:30 às 17h com equipa médica (um médico) e de enfermagem própria (um Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria) e uma assistente operacional. Em casos particulares, depois de acordado com a equipa do Hospital Dia, fora deste horário de funcionamento, o atendimento é assegurado pela equipa da enfermaria de pediatria desde que estas avaliações ou administrações de terapêutica não tenham intervalos de tempo inferiores a 12h. A admissão no Hospital de Dia do SP do HGO efectua-se de forma programada através de marcação em agenda disponível no Hospital de Dia Médico Cirúrgica.

Na Enfermaria da Pediatria Médica os espaços são acolhedores e bem estruturados, convidando ao envolvimento em actividades, que permitem à criança e família não se

concentrarem nas situações dolorosas e ao contrário envolverem-se em actividades que podem proporcionar distração e prazer.

A UCINP do HGO situa-se no 5º piso do Hospital, engloba duas unidades pediátricas, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A primeira encontra-se em funcionamento desde Dezembro de 1991 e a segunda, desde Maio de 1994. Tem oficialmente uma lotação de 17 camas, distribuídas por três salas:

- Uma sala de Cuidados Intensivos Neonatais (com cinco postos de cuidados intensivos);

- Uma sala de Cuidados Intermédios Neonatais com oito vagas, podendo em caso de necessidade admitir 10 recém-nascidos.

- Uma sala de Cuidados Intensivos Pediátricos (três postos de cuidados intensivos, podendo admitir quatro crianças).

A unidade recebe todos os recém-nascidos e crianças gravemente doentes com menos de 15 anos de idade. Crianças em situação crítica ou falência multiorgânica, com patologias do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico e neuro traumatológico dividindo-se pela Neonatologia e pelos Cuidados Intensivos Pediátricos.

A admissão faz-se através do Bloco de Partos, Urgência Pediátrica, Pediatria Médica, Serviço de Pediatria Cirúrgica, Hospital de Dia, Internamento de Puérperas e Grávidas e através do sistema de referenciação.

A UCIN inserida num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, é referência a toda a região Sul do País e Hospitais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Tem capacidade técnica e tecnológica para dar resposta adequada a todas as situações de alto risco neonatal através de Ventilação assistida, alimentação parentérica total ou parcial, monitorização cardiorrespiratória, tratamento de RN com convulsões, tratamento do RN com menos de 32 semanas, tratamento do RN que necessita de intervenção cirúrgica, tratamento dos RN com todas as patologias que exijam meios avançados de diagnóstico e tratamento, quer nascidos no próprio hospital onde se encontra implantada a UCIN, quer transportados de outros hospitais; Laboratório de bioquímica e hematologia durante 24 horas do dia; radiologia clássica e outros meios de diagnóstico de imagem (particularmente ecografia).

A distribuição da equipa de enfermagem tem como objectivo “optimizar o funcionamento”. São quarenta e um enfermeiros que prestam cuidados, tanto na UCIP como na UCIN. A

equipa é chefiada por um Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Seis elementos são Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria, um é Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e cinco encontram-se em formação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Os restantes membros da equipa são Enfermeiros Graduados. A distribuição da equipa é feita a partir de um plano de distribuição mensal que é elaborado pelo enfermeiro chefe de equipa, com a supervisão da enfermeira chefe. Os seis elementos de cada equipa são distribuídos antecipadamente pelas três salas, ficando em regra dois enfermeiros por sala em todos os turnos (dependendo da lotação da sala e a necessidade de cuidados de enfermagem de cada criança nesse momento). O método de trabalho é o individual, mas pode dizer-se que não se considera um método “puro”. Em cada turno, um enfermeiro é responsável por um grupo de crianças/famílias a quem presta cuidados globais. Este método permite uma personalização dos cuidados, favorecendo uma relação enfermeiro, criança e família. Assim, o enfermeiro de referência, da UCINP, face às crianças que lhes estão atribuídas: Avalia necessidades e actualiza o plano de intervenções estabelecido; Coordena e executa cuidados; Orienta diariamente as colegas que tiverem a criança atribuída. Esta responsabilidade permite aos enfermeiros de referência um crescimento face às questões que tem que resolver de cada criança que lhe é atribuída.

Os Objectivos da UCINP são:

- “Assegurar cuidados de saúde a RN, crianças e jovens criticamente doentes e a crianças prematuras, para que sobrevivam sem sequelas, ou com o mínimo de sequelas orgânicas ou psicossociais;
- Providenciar cuidados de saúde à população neonatal e pediátrica e suas famílias, centrados nas suas necessidades e desejos, respeitando os princípios éticos e deontológicos e os mais altos padrões de eficiência;
- Desenvolver a investigação na área dos cuidados intensivos neonatais e pediátricos, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados e do tratamento de crianças e famílias, respeitando os princípios éticos;
- Providenciar formação aos técnicos de saúde de forma a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional e para o bem-estar das crianças e família;
- Ser referência regional para toda a zona a sul do Tejo (Hospital de apoio perinatal diferenciado);
- A prestação de cuidados curativos e de reabilitação competentes, sem esquecer a promoção da saúde e prevenção da doença;

- Cuidados centrados na família reconhecendo as suas competências, respeitando a sua cultura e modos de lidar com o sofrimento;
- A redução do stress e da dor do recém-nascido/criança/jovem, através de intervenções técnicas e relacionais adequadas ao desenvolvimento destas;
- A ajuda ao recém-nascido/criança/jovem e família que vive numa situação de mau prognóstico e / ou morte;
- A prestação de cuidados de enfermagem de uma forma individualizada e coordenada;
- Presta cuidados numa abordagem de equipa.” (Manual da UCINP).

O SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) é o sistema informático desenvolvido pelo IGIF como suporte aos registos de enfermagem utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) já implementado no serviço que foi pioneiro no HGO, constituindo um serviço piloto e de referência para a implementação dos registos de enfermagem desta forma.

O CDC é um centro multiprofissional para atendimento de crianças com problemas neurológicos e de desenvolvimento, integrado no HGO. Serve crianças e jovens residentes na área de influência do Hospital (concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra) com patologias neurológicas e do desenvolvimento dos 0 aos 15 anos de idade.

Tem como Missão: Prestação de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de Doenças Neurológicas agudas e crónicas e Perturbações do Desenvolvimento psicomotor. Tentando proporcionar uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência.

A equipa é multidisciplinar, sendo por isso constituída por médicos, enfermeiros, diversos terapeutas, técnicos, professores entre outros profissionais que visam o apoio global e especializado às crianças. A equipa de Enfermagem do CDC é constituída por 3 enfermeiras com experiência em Enfermagem pediátrica, duas Enfermeira Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria e uma Enfermeira Graduada. A sua área de actuação insere-se na promoção na criança, jovem e família, de um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico, da terapêutica instituída e a alcançar a autonomia possível no seu auto cuidado. Todo o registo de enfermagem é feito em nota corrida e em folha própria, segundo a descrição de componentes do processo de enfermagem. A consulta de

enfermagem é realizada a todas as crianças com Paralisia Cerebral, com Spinha Bifida, aos RN de alto risco (Consulta de Follow-up de Neonatologia) e em situações de referência que justifique a sua vigilância. O método de trabalho é o de “Gestão de caso”. Plano que preconiza para esse fim a criação da figura de “gestor de cuidados”. Cada elemento da equipa tem distribuído sua especialidade. Este método é orientado para a pessoa, considerada individualmente, sensível ao ambiente que o rodeia, procura promover um resultado de qualidade para a pessoa. A Consulta de Desenvolvimento do CDC é uma consulta de referência que tem como objectivo estabelecer um diagnóstico em desenvolvimento, a fim de elaborar um plano de intervenção, numa perspectiva multidisciplinar que actue nas diferentes vertentes envolvidas – Criança, Família e Escola. No que concerne na necessidade de Consultas Pluridisciplinares, onde é feita uma avaliação pelos diferentes técnicos implicados. A equipa estabelece um plano de actuação de intervenção e reabilitação, que contempla as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança, a nível motor, sensitivo, sensorial, socio afectivo e familiar e, desencadeia as estratégias adequadas para promover a execução do mesmo. A concertação entre todos os técnicos intervenientes permite uniformizar as actuações e assim rentabilizar o tempo e aumentar a eficácia. Contribui indubitavelmente para a melhoria da qualidade de vida destas crianças e famílias, evitando a sua deslocação por múltiplas vezes ao centro.

Como actividades distribuem-se nas áreas: assistencial, formativa e científica. Na área assistencial consiste em consultas individualizadas das diferentes especialidades e consultas multidisciplinares para as patologias mais frequentes. Intervenções terapêuticas nas diferentes áreas. Na área formativa compreende a colaboração na actividade pedagógica dos serviços, do hospital proporcionando: Cursos, Acções de formação (reuniões gerais do Serviço de Pediatria, reuniões multidisciplinares, encontros de pais), além de Reuniões de dinamização e participação activam (reuniões semanais de grupo, de Neurorradiologia, de Neurofisiologia, de equipas de projectos de intervenção precoce, de apoios educativos, de professores e visitas a escolas) programadas anualmente. Na área científica direccionada para artigos publicados e alguns projectos, tais como o do “Projecto Jardim terapêutico”.

Unidade de Urgência Pediátrica a funcionar desde Novembro de 1992, recebe crianças e jovens até aos 15 anos de idade (14 anos e 364dias), qualquer que seja a patologia (médica, cirúrgica, ortopédica, ou de qualquer outra especialidade), com necessidade de

cuidados hospitalares. A área de influência é constituída pelos Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Recebe ainda crianças de outros hospitais por necessidade de cuidados de saúde mais diferenciados.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e sete elementos, distribuídos por um Chefe de Serviço, Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria mais dois Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, um deles mais directamente de apoio à chefia. Os restantes são distribuídos por cinco equipas de quatro elementos, em que cada uma tem um responsável de equipa (Chefe de Equipa), destes responsáveis só um é Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, os restantes são enfermeiros graduados, além de mais quatro elementos que se encontram “fora de escala” que também são enfermeiros graduados. A distribuição e rotatividade da equipa de enfermagem têm como objectivo: “Rentabilizar o funcionamento da equipa de enfermagem”. Existem quatro enfermeiros por turno. A distribuição é feita pelo chefe de equipa, no início de cada turno, e registada no plano de distribuição de trabalho. E a rotatividade dos elementos rege-se pelos seguintes princípios: Um enfermeiro é distribuído por cada sector e a rotatividade é feita de acordo com o seguinte esquema: (Triagem/UICD₁/UICD₂); esta rotatividade pode ser alterada de acordo com as necessidades pessoais, profissionais e da Unidade. Em toda a Unidade é utilizado o programa informático “Alert”.

A dinâmica de funcionamento comporta um Balcão e duas Unidades de Internamento de Curta Duração (UICD₁/UICD₂).

O Balcão é composto por:

- Sala de Triagem (1)
- Sala de Reanimação (1)
- Sala de Aerossóis (1)
- Gabinetes Médicos (2)
- Sala de Tratamentos (1)
- Sala de Pequena Cirurgia (1)

A Urgência dispõe de 9 camas para internamento de curta duração (UICD). A UICD₁ é uma unidade que contempla seis berços, onde normalmente ficam as crianças até aos 3 anos de idade, enquanto a UICD₂, corresponde àquelas crianças dos 3 aos 14 anos de idade com 3 camas. O internamento é feito de acordo com a idade, a patologia e podendo ser considerados outros critérios, como em casos de várias crianças da mesma família

serão todos colocados na mesma unidade, como é o caso de situações de Intoxicações por Monóxido de Carbono. Os internamentos nas UICD_s dependem da gravidade clínica, estabilização a curto prazo, autonomia dos pais e humanização (sem crianças em corredor ou macas). As patologias mais frequentes são:

1º Foro respiratório

2º Acidentes

3º Foro gastroenterológico

4º Foro neurológico / neurocirúrgico

5º Foro infeccioso.

Apêndice V- Documento Orientador

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

DOCUMENTO ORIENTADOR

- Estágio-

Elaborado por:

Célia Maria da Trindade Pereira, nº 3619

Lisboa

Outubro, 2011

Nome - Célia Maria da Trindade Pereira

Cartão de Cidadão nº 09632942

Data de nascimento - 25 de Fevereiro de 1971

Naturalidade – Pinhel

Nacionalidade - Portuguesa

Morada - Praceta Flaviano Rodrigues nº5 - 3º Dto Santa Marta do Pinhal – Corroios.

TLM – 966550057

Email – ce71.pereira@gmail.com

Curso - 2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Ramo - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria **Instituição**
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Docente Orientadora do Estágio e respectivo Relatório – Paula Manuela Jorge Diogo, Doutorada em Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Habilitações

- Curso de Bacharelato em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Guarda 1990 - 1993.
- Curso de Complemento de Formação em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Egas Moniz em 2005 – 2006.

Serviço onde presta funções - Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta.

AGRADECIMENTOS

Aos Enfermeiros Chefes por permitirem a realização desde Estágio

Aos Enfermeiros Orientadores pela disponibilidade no percurso proposto

“O meu bem-haja”

Nota Introdutória

O Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é um elemento essencial do projecto educativo, científico e cultural da Escola Superior de Saúde de Lisboa.

A estruturação do curso é definida por três semestres. Os dois primeiros têm como objectivo o reforço da formação teórica e teórico-prática relativa à área de especialização, elaborando no segundo semestre um Projecto de Estágio para ser concretizado no decorrer do terceiro, através do reforço e desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema.

Com este projecto pretendi perspectivar o meu percurso de formação na área clínica no sentido de desenvolver as competências de enfermeiro especialista, nas diferentes dimensões do exercício de enfermagem com a Realização de um Estágio e a Elaboração de um Relatório.

Neste âmbito, o caminho que me apraz percorrer no momento presente do meu percurso profissional. Intitula-se **“A relação de cuidados na unidade de urgência pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação”**.

A realização deste trabalho tem como finalidade “Desenvolver competências de relação numa perspectiva de cuidar da criança/jovem e família numa Unidade de Urgência”.

Apresento de seguida alguns dos diapositivos que fizeram parte da minha apresentação do Projecto de Estágio.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM NA UNIDADE DE URGENCIA

Área Temática

- Comunicação enfermeiro/cliente na construção da relação de cuidados numa unidade de urgência pediátrica

Problema

- Gestão recíproca das emoções e da informação nos clientes que considero, e observo na minha prática diária, enquanto necessária em cada interação e no contínuo da relação de cuidados

Finalidade

- Desenvolver competências de relação numa perspectiva de cuidar a criança/jovem e família numa unidade de urgência pediátrica

Lisboa, 20 de Julho de 2011

4

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa


O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM NA UNIDADE DE URGENCIA


OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR

OBJECTIVOS GERAIS

- 1º “Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”
- 2º “Desenvolver competências como enfermeira especialista na formação dos pares em contexto de relação de cuidados”

21

	1º Objectivo Geral “Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”		
	1.1. Objectivo Específico “Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional”		
	Competências a adquirir (A,B,C,D)		
	Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrevista com o Enfermeiro Chefe /Orientador - A minha apresentação - A apresentação do meu projecto - Negociação e Optimização de actividades a realizar tendo em conta os objectivos delineados - Conhecimento de Programas/Projectos existentes ❖ Visita guiada para conhecer a organização física ❖ Apresentação à Equipa de Multidisciplinar (Enfermagem, Médicos, Assistentes Operacionais e outras técnicas) ❖ Consulta de Programas, Projectos, Normas, Protocolos, Manuais existentes na Unidade, Folhetos informativos relacionados com a minha área de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O próprio ❖ Professor Orientador ❖ Enfermeiro Orientador ❖ Equipa Multidisciplinar ❖ Criança/Jovem e família ❖ Suporte Bibliográfico e Informático ❖ Computador 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ USFFFM 3/10 a 7/10/11 ❖ Pediatria Médica 31/10 a 4/11/11 ❖ UCIP/NEO 21/11 a 25/11/11 ❖ CDC 2/01 a 4 /01/12

	1º Objectivo Geral “Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”		
	1.2. Objectivo Específico “Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança /jovem e família em situações de urgência com competência científica, técnica e humana”		
	Competências a adquirir (A,B,C,D) E2) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2. E3) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.		
	Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisão Bibliográfica ❖ Observação participada na relação de cuidados ❖ Utilização de técnicas de comunicação ❖ Utilização de técnicas de gestão e suporte emocional ❖ Realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) ❖ Distribuição de material informativo existente, com respectivos esclarecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O próprio ❖ Professor Orientador ❖ Enfermeiro Orientador ❖ Equipa Multidisciplinar ❖ Criança/Jovem e família ❖ Suporte Bibliográfico e Informático ❖ Computador 	<ul style="list-style-type: none"> USFFFM 7/10 a 23/10/11 Pediatria Médica 4/11 a 12/11/11 UCIP/NEO 22/11 a 14/12/11 CDC 4/12 a 12/01/12 UCIP. PED. 14/01 a 17/02/12

Lisboa, 20 de Julho de 2011



1º Objectivo Geral

“Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”

1.3. Objectivo Específico

“Desenvolver capacidades de apreciação, observação”

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisão bibliográfica ❖ Observação participada na relação de cuidados ❖ Auto-reflexão ❖ Auto- Conhecimento ❖ Auto- Formação ❖ Realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O próprio ❖ Professor ❖ Orientador ❖ Enfermeiro ❖ Orientador ❖ Equipa Multidisciplinar ❖ Criança/Jovem e família ❖ Suporte Bibliográfico e Informático ❖ Computador 	<p>USFFFM 7/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 4/11 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 16/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 12/01/12</p> <p>URG. PED. 16/01 a 17/02/12</p>

24



1º Objectivo Geral

“Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”

1.4. Objectivo Específico

“Identificar as necessidades emocionais e informativas da criança/jovem e família em situações de urgência”

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisão bibliográfica ❖ Observação participada na Consulta de enfermagem ❖ Conversas informais com a criança/jovem e família no sentido de identificar necessidades emocionais e informativas ❖ Utilização de técnicas de “dar más notícias” ❖ Utilização de informação /explicação enquanto estratégias de gestão emocional ❖ Utilização de técnicas de comunicação específicas com a criança e jovem ❖ Utilização de técnicas de gestão emocional na relação de cuidados ❖ Realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) ❖ Distribuição de material informativo existente, com respectivos esclarecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O próprio ❖ Professor ❖ Orientador ❖ Enfermeiro ❖ Orientador ❖ Equipa Multidisciplinar ❖ Criança/Jovem e família ❖ Suporte Bibliográfico e Informático ❖ Computador 	<p>USFFFM 3/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 31/10 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 16/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 12/01/12</p> <p>URG PED 16/01 a 17/02/12</p>



1º Objectivo Geral

“Desenvolver competências como futura enfermeira especialista de enfermagem da criança/jovem e família na relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica”

1.5. Objectivo Específico

“Identificar as principais barreiras na relação de cuidados à criança/jovem e família em situações de urgência”

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none">❖ Revisão bibliográfica❖ Observação participada na Consulta de enfermagem❖ Entrevistas semiestruturadas com a criança/jovem e família❖ Utilização de técnicas de comunicação específicas na construção da relação de cuidados❖ Utilização de técnicas de gestão emocional e dos relacionamentos❖ Realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático)❖ Distribuição de material informativo existente, com respectivos esclarecimentos	<ul style="list-style-type: none">❖ O próprio❖ Professor❖ Orientador❖ Enfermeiro❖ Orientador❖ Equipa Multidisciplinar❖ Criança/Jovem e família❖ Suporte Bibliográfico e Informático❖ Computador	<p>USFFFM 3/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 31/10 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 16/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 13/01/12</p> <p>URG PED 16/01 a 17/02/12</p>



2º Objectivo Geral

“Desenvolver competências como enfermeiro especialista na formação dos pares em contexto de relação de cuidados”

2.1. Objectivo Específico

“Aprofundar conhecimentos e habilidades na construção da relação de cuidados à criança/jovem e família”

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none">❖ Revisão bibliográfica❖ Auto-reflexão❖ Autoconhecimento❖ Autoformação❖ Elaboração de um Dossier de necessidades emocionais e informativas mais tidas com uma grelha de avaliação global do comportamento do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">❖ O próprio❖ Professor❖ Orientador❖ Enfermeiro❖ Orientador❖ Equipa Multidisciplinar❖ Criança/Jovem e família❖ Suporte Bibliográfico e Informático❖ Computador	<p>USFFFM 3/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 31/10 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 16/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 13/01/12</p> <p>URG PED 16/01 a 17/02/12</p>



2º Objectivo Geral

"Desenvolver competências como enfermeiro especialista na formação dos pares em contexto de relação de cuidados"

2.2. Objectivo Específico

"Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância da componente humana na relação de cuidados"

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none">❖ Revisão bibliográfica❖ Elaboração de um Dossier das necessidades emocionais e informativas mais tidas com uma grelha de avaliação global do comportamento do enfermeiro❖ Apresentação do Dossier à equipa❖ Promoção da discussão entre os elementos da equipa sobre a temática❖ Divulgação sobre a importância da realização de registos de enfermagem (suporte de papel/informático) aquando dessas necessidades	<ul style="list-style-type: none">❖ O próprio❖ Professor❖ Orientador❖ Enfermeiro❖ Orientador❖ Equipa❖ Multidisciplinar❖ Criança/Jovem e família❖ Suporte Bibliográfico e Informático❖ Computador	<p>USFFFM 3/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 31/10 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 14/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 13/01/12</p> <p>URG PED 16/01 a 17/02/12</p>



2º Objectivo Geral

"Desenvolver competências como enfermeiro especialista na formação dos pares em contexto de relação de cuidados"

2.3. Objectivo Específico

"Realizar sessões de análises de práticas entre os enfermeiros especialistas"

Competências a adquirir

(A,B,C,D)

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

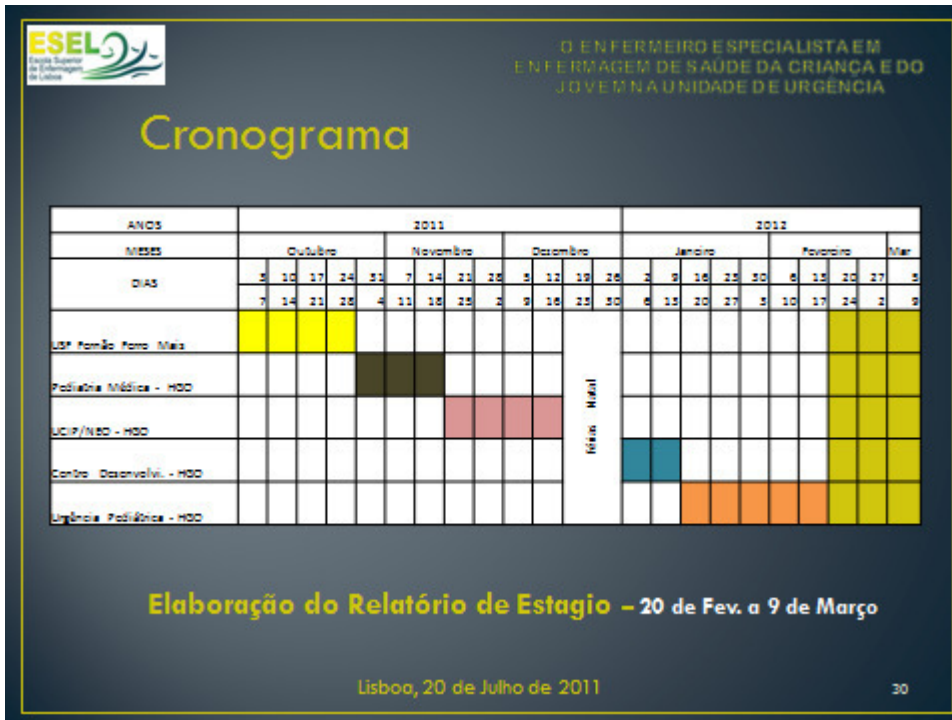
E2.1.1. E2.2.1. E2.3.1. E2.3.2.

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

E3.3. E3.3.1. E3.3.2. E3.3.3. E3.4.

Actividades	Recursos (Humanos, Materiais)	Data/Local
<ul style="list-style-type: none">❖ Revisão bibliográfica❖ Reuniões e compilações dos contributos de análises de práticas com os enfermeiros especialistas intervenientes❖ Promoção dos resultados das sessões com os restantes elementos da equipa de enfermagem sobre a temática envolvida	<ul style="list-style-type: none">❖ O próprio❖ Professor❖ Orientador❖ Enfermeiro❖ Orientador❖ Equipa❖ Multidisciplinar❖ Criança/Jovem e família❖ Suporte Bibliográfico e Informático❖ Computador	<p>USFFFM 3/10 a 28/10/11</p> <p>Pediatria Medica 31/10 a 18/11/11</p> <p>UCIP/NEO 21/11 a 14/12/11</p> <p>CDC 2/01 a 13/01/12</p> <p>URG PED 16/01 a 17/02/12</p>

Com a apresentação do Cronograma indico os campos de estágio que foram criteriosamente seleccionados, tendo em conta a temática em questão e as normas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.



A implementação do projecto no meu contexto de trabalho levar-me-á a aplicar conhecimentos de enfermagem em diferentes áreas, a reflectir sobre a temática desenvolvida e a questionar a prática existente, tendo em vista melhorar a prestação de cuidados e o bem-estar da criança.

A análise e o estudo efectuado permitiram-me olhar de uma forma diferente, e com maior consistência, para alguns aspectos importantes do exercício da enfermagem, nomeadamente para a componente humana na relação de cuidados. Sinto que o esforço despendido me levará também a procurar aplicar eficazmente as actividades por mim propostas.

A gestão recíproca das emoções e da informação serão dois pilares fundamentais na construção da relação de cuidados, pelo que neste momento reconheço este projecto como um documento indispensável no processo de ensino e aprendizagem, a partir do qual ainda terei muito a desenvolver.

Apêndice VI- Reflexão do 1º dia com a Enfermeira Elsie

Reflexão do 1º dia com a Enfermeira Elsie (Enfermeira Orientadora na Unidade de Internamento da Pediatria Médica do HGO)

Por ocasião do início do estágio nesta Unidade tive oportunidade de trocar algumas impressões, que me proporcionaram uma partilha de conhecimentos e experiências, com a enfermeira orientadora.

Apresento seguidamente o essencial da conversação, seguindo alguns tópicos.

O que facilita a relação

A construção da relação de cuidados passa pela interacção estabelecida a partir da motivação e do interesse dos intervenientes.

“Temos de tratar de nós com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios” (WATSON, 2002, p. 62).

“Precisamos de amar, de respeitar, de cuidar de nós próprios e de tratarmo-nos com dignidade, antes de podermos respeitar, amar, cuidar dos outros e trata-los com dignidade.” (WATSON, 2002, p.91).

Dar-se a conhecer

Os enfermeiros dão-se a conhecer na construção da relação. A partilha de informação melhora a relação de confiança, de empatia e de ajuda. Encorajam a conversação durante os cuidados, de modo a conseguir perceber e conhecer melhor os utentes.

Afectos. Ser de afectos, afectar

Ao longo da prática diária, na construção da relação os enfermeiros usam os afectos, através de sorrisos, carinhos, colos, em frases afectuosas, associados aos cuidados. Criam um ambiente afectivo que facilita a hospitalização e procedimentos mais traumáticos.

Relação de cuidar – estar com e sentir com

Quem cuida tem de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los. Cuidar implica uma resposta pessoal.

“O cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem. Consiste em tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar auto conhecimento, controlo e auto restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas. O enfermeiro é um co-participante num processo em que o ideal do cuidar é a intersubjectividade” (WATSON, 2002, p.96).

Uma relação transpessoal do cuidar depende (de várias condições):

“A capacidade do enfermeiro compreender sentimentos e a condição íntima do outro (...) pode ocorrer através de acções, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, sensação, intuição e por aí fora” (WATSON, 2002, p. 112).

A história de vida do enfermeiro, experiências prévias e oportunidades de ter vivido ou experienciado os seus próprios sentimentos. Ser facilitador, está relacionado com o crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do “ser” enfermeiro, uma sensibilidade do próprio e dos outros e um sistema de valores humanos.

A actividade da arte de cuidar, surge pela interacção humana numa situação de cuidar. A interacção humana evoca no enfermeiro um sentimento. Tendo experimentado esse sentimento e tendo-o evocado em si próprio, então, através de movimentos, toque, sons, palavras, cores e formas, o enfermeiro transmite o sentimento de modo que a outra pessoa experimente esse mesmo sentimento (Watson, 2002).

A arte de cuidar é uma actividade humana: o enfermeiro conscientemente, através de certos sinais, transmite outros sentimentos que viveu, realizou ou aprendeu; os outros são unidos por estes sentimentos e também os experimentaram.

Confortáveis, disponíveis

Um aspecto fundamental na construção da relação de cuidar é estarmos bem connosco próprios, mostrar disponibilidade de tempo, através da presença física, de esclarecimentos, de apoio, de ajuda. Para assim conseguir um sentimento de empatia e confiança.

Apêndice VII- 1ª Sessão de análise de práticas na USF FFmais

1ª Análise de Prática - USF FFmais

Resultante da reunião de serviço da Enfermeira Chefe da USF e da Enfermeira Orientadora foi-me colocada uma situação específica, vivida recentemente na USF, para a qual consideravam importante fazer uma reflexão.

A minha proposta foi realizar uma sessão de análise com os enfermeiros intervenientes, no sentido de me apresentarem o caso e de melhor conhecer a situação.

Objectivos da sessão:

- Apresentar a temática do Relatório de Estágio
- Apresentar os meus Objectivos de Estágio
- Delinear actividades de estágio na USF FFmais
- Escutar a descrição da experiência dos enfermeiros intervenientes
- Conhecer as necessidades da equipa de enfermagem perante a situação apresentada
- Partilhar conhecimentos e experiências

Sendo o meu 2º Objectivo Geral “Desenvolver competências como enfermeira especialista na formação dos pares em contexto de relação de cuidados” e como um dos Objectivos Especifico é “Realizar sessões de análises de práticas entre os enfermeiros especialistas”, esta experiência foi oportuna e essencial.

Descrição da situação:

Pais jovens, que recorreram à USF FFmais, com o seu filho, RN de 15 dias de idade, por episódio de engasgamento. Cada enfermeiro interveniente apresentou a descrição da interacção. Foram referidas as condições, o contexto e as acções/interacções, além das consequências da abordagem realizada.

A sessão foi direccionada para a identificação de necessidades emocionais e informativas, relativas aos enfermeiros, ao RN e aos pais; para a identificação de barreiras percebidas e também de sugestões de algumas estratégias, para uma melhoria da prática de cuidados.

Apêndice VIII- Grelha de observação

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

LOCAL - _____

DIA / HORA - ____ / ____ / ____ / ____ h

CONTEXTO	PROFISSIONAIS INTERVENIENTES	
	ACOMPANHANTES	
	OUTROS	
	OBSERVAÇÕES	

SITUAÇÃO CLINICA	MOTIVO	
	GRAVIDADE	
	OBSERVAÇÕES	

	CRIANÇA/JOVEM	FAMILIA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	COMPORTAMENTO DO ENFERMEIRO
NECESSIDADES EMOCIONAIS				
NECESSIDADES INFORMATIVAS				
PRINCIPAIS BARREIRAS				
IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS				

Apêndice IX- 2ª Sessão de análise de práticas na USF FFmais

2ª Sessão de Análise de Práticas na USF FFmais

Esta sessão fez parte das reuniões semanais e foi direccionada a toda a equipa de enfermagem, com o objectivo de promover a reflexão e discussão entre todos os elementos da equipa.

Feita uma apresentação da temática do meu Relatório de Estágio, expus seguidamente os objectivos por mim traçados e as actividades que pretendia realizar nesta fase do percurso.

Elucidei os presentes acerca de algumas situações específicas, por mim observadas no decorrer do período de estágio. Tive necessidade de elaborar uma grelha de observação, focando as necessidades emocionais e informativas por mim identificadas da criança/jovem e família, do próprio profissional de saúde e também o comportamento do enfermeiro nesta USF. Conclui estar perante profissionais seguros e confiantes, que encaram os problemas com serenidade, sendo ademais conhecedores das famílias com que lidam e das necessidades que as mesmas sentem.

Durante a partilha de experiências foram identificadas barreiras que dificultaram os cuidados, tais como o conhecimento da equipa e do enfermeiro de família por parte dos utentes, o que pode impedi-los de descrever as situações que os preocupam e inibem, daí por vezes a dificuldade em estabelecer relação de confiança com alguns adolescentes. Foram também sugeridas estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a nível técnico, científico e relacional, como exemplo o apoio fornecido ser mais a nível individual/grupo, envolvendo posteriormente a família.

Como considerações finais evidenciei o grande contributo do estágio para o desenvolvimento do meu percurso. Que foram: reflectir e questionar a prática, inovar e melhorá-la, sempre com o objectivo da melhoria da qualidade dos cuidados e do bem-estar da criança/jovem e família.

Apêndice X- Reflexão na Enfermaria da Pediatria Médica

Reflexão na Enfermaria da Pediatria Médica

O contexto da prática requer uma supervisão sistemática, que deverá ser percebido como um sistema em que o profissional experiente sustenta, orienta, ajuda a reflectir e aconselha o profissional com menos experiência. Segundo Barber e Norman (1987, p.50), citados por Abreu (2002, p.54), supervisão clínica define-se como “um processo interpessoal onde um praticante competente ajuda um menos competente ou com menos experiência prática a adquirir habilidades profissionais apropriadas ao seu papel e ao mesmo tempo oferece consolo e suporte.”

Foi frequente a minha participação em práticas de análise de experiências entre a enfermeira chefe e os enfermeiros intervenientes. Nessas situações o importante foi partilhar o que cada um vivenciou, apreender as razões que motivaram as reacções das crianças e famílias, as formas de atenuar positivamente as situações marcantes e a preocupação dos profissionais em não se deixarem envolver psicologicamente.

Como exemplo refiro o caso de internamento de uma criança de 4 anos de idade com o diagnóstico de Leucemia tendo sido internada por apresentar “Lesões herpéticas” na região peri bucal, com necessidade de terapêutica endovenosa. Era uma criança bem-disposta e muito comunicativa, apresentava lesões na face externa da boca (vesículas), referindo dor e prurido. Sendo este tipo de lesões muito contagiosas tendem a contrair rapidamente infecções graves por falta de defesas do organismo.

A necessidade de um quarto individual e a aplicação de práticas de controlo de infecção provocou o isolamento desta criança. Nesta fase constatou-se a reduzida colaboração por parte dos pais, não interagindo com a criança nas suas brincadeiras, não lhe facultando brinquedos pessoais ou algum tipo de distração.

Num dos momentos de conversação e análise entre a enfermeira chefe e os enfermeiros intervenientes, abordou-se a necessidade de se encontrarem respostas adequadas para as dificuldades que o caso colocava. Conclui-se que era necessário compreender aqueles pais e as suas reacções e fazer-lhes ver que a sua participação era fundamental. Considerou-se igualmente importante a equipa intervir junto da família motivando-a para interagir com a criança além de proporcionar alguns períodos de brincadeira na sala de brincar do serviço, tendo em conta as medidas de controlo de infecção.

Situação por mim vivenciada de uma forma marcante, que me permitiu analisar o meu sentir, pensar e agir e fundamentar a situação de cuidados.

Apêndice XI- Formação: “Anestesia e Analgesia em Pediatria”

Formação: “Anestesia e Analgesia em Pediatria”

Apêndice XII- “Preparação operatória”- Serviço de Pediatria Cirúrgica

Experiência vivenciada no Serviço de Pediatria Cirúrgica - Sessão “Preparação Operatória”

A equipa de enfermagem desenvolve um programa de Preparação Operatória com a criança/jovem e família, que se inicia na 1.^a consulta, seguida da consulta de anestesia, passando pelo internamento/ambulatório, de forma a responder de modo adequado às necessidades do cliente que vai ser submetido a cirurgia programada (são de várias especialidades, tais como Cirurgia, Ortopedia, ORL, Oftalmologia). Encontra-se estipulado um dia por semana, às quartas-feiras, a preparação da cirurgia, com marcação prévia.

O dia por mim seleccionado incluía 18 crianças, previa-se um dia repleto de actividades. Iniciou-se com a preparação da sala (Biblioteca do Serviço de Pediatria), para que tudo estivesse pronto para a chegada das crianças e seus acompanhantes.

A sessão de preparação operatória foi apresentada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. A exposição apoiou-se em diapositivos com fotografias e auxiliada por uma caixa com material clínico necessário para algumas demonstrações (soros, sistemas, seringas, batas, barretes e protectores de sapatos um álbum de fotos onde inclui também um pequeno saco de plástico, um “kit”, que contém uma embalagem de *EMLA* com dois pensos, para a explicação do anestésico local).

A **finalidade da apresentação** foi informar a criança /jovem e família, sobre: Regras e rotinas do serviço; Acompanhantes e visitas; O que trazer para o Hospital; Procedimentos realizados no dia da cirurgia. Foram colocadas várias questões pelas crianças e acompanhantes as quais foram esclarecidas.

De seguida fez-se uma visita guiada com a apresentação de todo o percurso da criança e família desde que entra no serviço de cirurgia. Incluí o encaminhamento para os quartos, Wc (banhos), sala de tratamentos, caminho para o bloco operatório, elevadores, chegada ao bloco, sala de transfere, o próprio bloco operatório, unidade de cuidados pós anestésicos – o recobro e novamente o regresso ao serviço. Não esquecendo a sala de Brincar que é comum a todo o serviço de Pediatria e muito usada por estas crianças enquanto aguardam chamada para o Bloco Operatório.

O grupo foi encaminhado para a Consulta Externa de Pediatria, onde se iam realizar as Consultas. Tive oportunidade de participar em várias consultas de crianças com idades compreendidas entre os 5 meses e os 16 anos. Estas consultas individuais são adaptadas às características de desenvolvimento de cada criança, para lhes permitir compreender o

que lhes vai acontecer no dia da cirurgia, sendo esclarecidas as dúvidas e os receios demonstrados pelos pais. Na maioria das consultas os pais centravam-se em questões de ordem prática, como o que trazer, onde se devem dirigir, onde podem comer, dúvidas que são respondidas para permitir que os pais, no dia da cirurgia se foquem apenas na sua criança. Promove-se também a possibilidade da escuta, enquanto processo adequado para que os pais expressem os seus sentimentos. A entrega e partilha de informação escrita permitem uma diminuição da ansiedade por parte dos pais.

A elaboração dos Processos Clínicos na Consulta Externa de Pediatria é em suporte de papel, no entanto isso não invalida a necessidade da consulta de alguns dados informaticamente.

Apêndice XIII- Documento Temático (UCINP)

Documento Temático para a UCINP

No decorrer do estágio na UCINP pretendi elaborar um Documento Temático, na forma de uma pequena reflexão sobre a minha passagem pela Unidade, dirigido à equipa de enfermagem. Fi-lo na expectativa de que esse testemunho, fosse um instrumento dinâmico, um alerta para eventuais mudanças em alguns procedimentos e, sobretudo, um ponto de partida para que os profissionais de saúde reflitam sobre a importância da relação de cuidados no sentido da prestação de boas práticas. O meu principal objectivo foi sensibilizar a equipa multidisciplinar da importância da reciprocidade da emoção e da informação na relação de cuidados na UCIP/UCIN.

O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto do doente, e este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio espiritual e emocional. O cuidado enquanto objectivo da prática de enfermagem desenvolve-se no encontro com o outro, sendo facilmente reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência do ser humano. A sua prática necessita, no entanto, de ser sentida, assumida e exercitada no dia-a-dia, para evitar que se torne mecânica, impessoal e até desumana.

As UCINP são serviços com estruturas complexas, cuja especificidade dificulta o estabelecimento de relações diferenciadas e a sua humanização, sobretudo porque assiste situações em que as crianças/jovens e seus familiares se sentem fragilizados, necessitando por isso de um maior apoio emocional e informativo, que atenua a ansiedade e o stress sentidos por quem se encontra nesta unidade.

A realização deste estágio contribui assim para a compreensão deste estudo, ao permitir conhecer e aprofundar aspectos relativos ao Cuidar de Enfermagem, à Gestão de Emoções e à Gestão de Informação, no sentido da construção da Relação de Cuidados para o bem-estar da criança/jovem e família. Neste sentido, quero vincar que se tratou de uma experiência importante, em que apreciei o ambiente de trabalho, partilhei experiências, identifiquei necessidades, em suma, aprendi imenso.

Deixo em anexo alguns artigos que considero pertinentes, que contribuíram para uma melhor compreensão no meu processo formativo. Apresento depois a Bibliografia por mim consultada, para a realização deste Documento:

■ COLLIÈRE, M. (1999) **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.

- CORNEY, R. (2000) – **O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em medicina**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-95908-2-6.
- DIOGO, P. (2010) – **A Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica**. Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Tese de Mestrado.
- GOLEMAN, D. (1997) – **Inteligência Emocional**. Braga: Temas e Debates.
- LOPES, M.J. (2006) – **A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-X.
- Ordem dos enfermeiros (2001) – **Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados De Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2006) – **Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2004) – **Divulgar – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PEPLAU, H.E. (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermeira**. Barcelona: Salvat.
- PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- RODRIGUES, V. (1999) – A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões. **Sodivir**, Edições do Norte Lda, Vila Real, p. 31-79.
- VILA, V.; ROSSI, L. (2002) – O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-am Enfermagem**. Março-Abril; 10(2):137-144.
- WATSON, J. (1985) – Human Science and Human Care. **Nursing**. Stamford. CT: Appleton-Century-Crofts.
- WATSON, J. (2002a) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- PAULI, M.; BOUSSO, R. (2003) – Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-am Enfermagem**. Maio - Junho; 11(3):280-6.

**Apêndice XIV- Documento de divulgação da temática do Relatório de estágio para
a Unidade de Urgência Pediátrica**

**2º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Documento de divulgação da temática do Relatório de
Estágio para a Unidade de Urgência Pediátrica**

- Estágio-

Elaborado por:

Célia Maria da Trindade Pereira, nº 3619

Almada

Fevereiro, 2012

Célia Maria da Trindade Pereira aluna do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Lisboa, a frequentar o 3.º Semestre do Curso na Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, vem expor uma breve Reflexão sobre a Temática do percurso de formação na área clínica.

No âmbito do Relatório o caminho que me apraz percorrer intitula-se **“A relação de cuidados na Unidade de Urgência Pediátrica: gestão recíproca das emoções e da informação”**.

Esta temática surgiu da necessidade individual que fui consciencializando ao longo da minha prática, ao constatar que quando os pais de uma criança doente recorrem à urgência apresentam necessidades especiais e que nem sempre recebem o apoio necessário e adequado para lidar com a doença nem para com os seus sentimentos. Com base nesta reflexão, e no decorrer deste percurso, obtive algumas observações no sentido de uma intervenção relacional incompleta para as necessidades expressas pelo doente.

A realização deste trabalho tem como finalidade “Desenvolver competências de relação numa perspectiva de cuidar da criança/jovem e família numa Unidade de Urgência”.

A temática desenvolvida e aplicada neste campo de estágio proporciona a reflexão sobre aquilo que somos, aquilo que fazemos e sobretudo o que ainda podemos mobilizar, aprender e fazer.

Numa sociedade em que cada vez mais o papel das altas tecnologias possui maior preponderância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços, esquecendo a humanização dos cuidados de saúde. O utente sente cada vez mais a necessidade de uma relação de ajuda.

O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto do doente, e este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio espiritual e emocional. São vários os autores que apresentam a enfermagem como um processo de interacção. Efectivamente, esse é o contexto em que todos os cuidados acontecem. O conceito de interacção foi introduzido na enfermagem por Peplau (1990, p.50) e foi durante anos objecto de preocupação. Na sua perspectiva os cuidados de enfermagem são “como um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada. Desenvolvido num clima de respeito, confiança e

aprendizagem, este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes”

O meu principal objectivo é sensibilizar a equipa multidisciplinar da importância da reciprocidade da emoção e da informação na relação de cuidados na Unidade de Urgência pediátrica.

Numa equipa de enfermagem, ainda que rica nos aspectos clínicos e técnicos, a competência profissional só será completa com o aspecto relacional dos cuidados (Phaneuf, 2005).

Em contexto de urgência/emergência o mecanicismo faz com que os cuidados percam o seu lado humano e a sua eficácia primária em ajudar a pessoa a viver a sua doença e em apoiá-la na recuperação da saúde. Este tipo de atendimento faz com que os membros da equipa de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente, desumanizando os cuidados e despersonalizando o papel do enfermeiro. “Um Bom Atendimento” é a colaboração entre os profissionais e as famílias como parceiros.

Quando um utente recorre a um serviço de urgência a maior parte das vezes está ansioso. Quando encontra um profissional que o escuta e ajuda a expressar as suas queixas, isso reveste-se de uma excelente ajuda para lidar com a dimensão emocional, ajudando-o a acalmar os medos e a enfrentar o desconforto de estar doente (Diogo, 2010).

Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós.

Segundo Goleman (1997) um acontecimento traumático suscita sem dúvida emoções fortes que interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Segundo o autor, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Daí a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário. É difícil dar a informação adequada sem perguntar às pessoas o que pretendem saber e tentar compreender o seu ponto de vista.

Rodrigues (1999, p.31) refere que as primeiras impressões são as que mais perduram e é “no momento da admissão que o doente se sente mais inseguro e desprotegido”. É importante transmitir a sensação de que se pretende responder a

quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas. Fornecer informações excessivas, provoca sentirem-se exaustos e extremamente confusos com o que se passa.

A linguagem utilizada é muitas vezes pouco valorizada pelos técnicos de saúde, que frequentemente fornecem informação, de forma rotineira, que só é compreendida por quem tem o mesmo nível de conhecimento e educação, não prestando atenção à idade (podendo estar perante um utente com uma diminuição de acuidade auditiva) ou ao facto da pessoa estar sob o efeito do stress e da ansiedade provocada pelo recurso a um serviço de urgência, constituindo isso um obstáculo à compreensão da informação.

A sensibilidade é uma das características mais importantes que o profissional de saúde deve possuir para observar e identificar situações, eliminando preconceitos e juízos de valor. O uso da escuta activa, o estar disponível para comunicar com o utente e não apenas para o ouvir, também são aspectos fundamentais numa relação de cuidados.

A comunicação não-verbal do utente, ou seja as expressões faciais, os gestos, o tom de voz, transmitem-nos mensagens que vão complementar o que as palavras não disseram, ou até contradizer o que foi proferido pelas palavras.

A realização do estágio contribui assim para a compreensão deste estudo, ao permitir conhecer e aprofundar aspectos relativos ao Cuidar de Enfermagem, à Gestão de Emoções e à Gestão de Informação, no sentido da construção da Relação de Cuidados para o bem-estar da criança/jovem e família e para a melhoria das boas práticas, na Unidade de Urgência Pediátrica.

Agradeço a divulgação deste documento pelos enfermeiros das respectivas equipas.

BIBLIOGRAFIA

COLLIÈRE, M. (1999) **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.

CORNEY, R. (2000) – **O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em medicina**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-95908-2-6.

DIOGO, P. (2010) - **A Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica**. Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Tese de Mestrado.

GOLEMAN, D. (1997) – **Inteligência Emocional**. Braga: Temas e Debates.

PEPLAU, H.E. (1990) - **Relaciones interpersonales en enfermeira**. Barcelona: Salvat.

PHANEUF, M. (2005) - **Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

RODRIGUES, V. (1999) – A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões. **Sodivir**, Edições do Norte Lda, Vila Real, p. 31-79.

Apêndice XV- Documentos de agradecimento

AGRADECIMENTO

Na minha passagem em estágio pelo Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta, quero expressar a minha gratidão pela forma como fui recebida.

Apreciei a funcionalidade e a comodidade do espaço físico

Constatee o bom ambiente de trabalho, a dinâmica, a cooperação e interajuda vivida entre os profissionais

Partilhei experiências

Identifiquei necessidades

Interagi com os utentes

Em suma, aprendi imenso.

Agradeço o tempo dispensado, os conhecimentos e a sabedoria que me transmitiram, a paciência com que me toleraram e o profissionalismo demonstrado.

Fico sobretudo grata pela oportunidade concedida.