



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:
DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO COM PAIS IMIGRANTES**

Joana Isabel Sousa Cordeiro

Coimbra, março de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO COM PAIS IMIGRANTES

Joana Isabel Sousa Cordeiro

Orientador: Professora Doutora Lurdes Lomba

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

Coimbra, março de 2024

RESUMO

Com a prática clínica e a investigação o Enfermeiro especialista enriquece os conhecimentos e competências para assistir a criança, adolescente e família em diferentes contextos, com vista à promoção da saúde.

O relatório tem por base cinco contextos clínicos essenciais para o desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista e um estudo de investigação com foco na comunicação com pais imigrantes.

Apresenta como objetivos descrever, refletir, interligar e fundamentar o contributo das experiências de aprendizagem, nos diferentes contextos clínicos, no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; identificar de que modo o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinamentos de enfermagem e identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nos ensinamentos na presença de barreira linguística.

Para a elaboração do presente relatório utilizou-se como metodologia a descrição crítico-reflexiva de experiências e atividades desenvolvidas em contexto clínico. Ainda, observação de ensinamentos aos pais que não dominam o português por três enfermeiros especialistas, com recurso a uma *Check list*.

O relatório evidencia o quanto é essencial a realização da componente de estágio para aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e ainda demonstra que os ensinamentos aos pais imigrantes que não dominam o português não são compreendidos por estes, verificando-se que o recurso à tradução, métodos expositivos e demonstração de procedimentos são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na procura da melhoria da qualidade dos mesmos.

Palavras-chave: Papel do Profissional de Enfermagem; Enfermeira especialista; Pais; Criança; Estágio Clínico

ABSTRACT:

With clinical practice and investigation, the specialized Nurse enriches his knowledge and skills to assist the child, the adolescent, and the family in different contexts, aiming health promotion.

The report is based on five clinical contexts essential for the development of specific skills of the specialized nurse, and on a research, study focused on communication with immigrant parents.

It presents as purposes to describe, to think over, to interconnect and to support the contribution of learning experiences, in the different clinical contexts, to the skills development of the nurse specialized in Child and Paediatric Health; to identify in which way the non-fluency of Portuguese language by the immigrant parents interferes with the understanding of the nursing education; and to identify the strategies used by the nurse when teaching in the presence of a linguistic barrier.

To the elaboration of this report, it has been used as methodology a critical-reflective description of experiences and activities developed in clinical context. Moreover, the observation of nursing education to migrant parents not fluent in Portuguese language by three specialized nurses, using a Checklist.

The report highlights how much the training component is essential for the acquisition and development of skills of specialized nurse and it also shows that the nursing education to immigrant parents not fluent in Portuguese language is not understood by them, verifying that the use of translation, expository methods and demonstration of procedures are the strategies used by the nurses in the search for improvement of nursing education.

Keywords: Nursing Professional Role; Specialized Nurse; Parents; Child; Clinical Training

ACRÓNIMOS, SIGLAS

DGS-Direção Geral de Saúde

ESIP-Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

RNP- Recém-Nascido Prematuro

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPIKES- Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy e Summary

UICD-Unidade de Internamento de Curta Duração

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
PARTE 1- COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	9
1.INICIAÇÃO À UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO.....	9
1.1. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA.....	9
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	12
2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO.....	15
2.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	15
2.1.1. Competências Comuns desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar.....	15
2.1.2. Competências Específicas desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar.....	17
2.1.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde.....	17
2.1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	20
2.1.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	20
2.2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	22
2.2.1. Competências Comuns desenvolvidas na Unidade Pediátrica.....	23
2.2.2. Competências Específicas desenvolvidas na Urgência Pediátrica.....	25
2.2.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde.....	25
2.2.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	27
2.2.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	29
2.3. NEONATOLOGIA.....	30

2.3.1. Competências Comuns desenvolvidas na Neonatologia.....	31
2.3.2. Competências Específicas desenvolvidas na Neonatologia.....	32
2.3.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde.....	32
2.3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	34
2.2.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	36
PARTE 2 -COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	42
1. A LÍNGUA COMO BARREIRA NOS ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS IMIGRANTES QUE NÃO FALAM PORTUGUÊS.....	42
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

APÊNDICES

Apêndice 1- Projeto de estágio

Apêndice 2- “Alimentação Infantil: lanches saudáveis para o seu filho”

Apêndice 3- Folheto: Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0-12 meses

Apêndice 4- “Comunicação de Más Notícias na Urgência Pediátrica”

Apêndice 5- “Comunicação complexa com os pais após morte de filho prematuro”

Apêndice 6- Consentimento Informado da Componente de Investigação

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, integrado no plano de estudos 2023/2024, do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O relatório assenta na experiência de cinco contextos clínicos, dois deles iniciais, com vista à preparação da unidade curricular, decorridos no Serviço de Pediatria Médica e numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Os restantes encontram-se inseridos na unidade curricular, tendo sido realizados numa Unidade de Saúde Familiar (USF), num serviço de Urgência Pediátrica (UP) e por último, num serviço de Neonatologia.

Segundo o regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível; presta cuidados à criança sã ou doente e proporciona educação para a saúde; como também identifica e mobiliza recursos de suporte à família.

Sabe-se que a hospitalização constitui um foco de destabilização familiar, pelo que se destaca o pressuposto, ao longo deste relatório, dos Cuidados Centrados na Família onde a família é o alvo de cuidados, procurando manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança, com vista a manter a normalidade das rotinas familiares. Assim, torna-se essencial, o envolvimento, participação, capacitação e negociação com a família de modo a esta ser envolvida no planeamento e prestação de cuidados (Apolinário, 2012).

A Teoria das Transições de Meleis, considera a hospitalização em Pediatria como uma transição saúde-doença, com a possibilidade de efeitos negativos para a criança e sua família. A ansiedade e medo de que a criança e família vivem durante a hospitalização, causado por alterações da rotina, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos, pode levar a alterações no desenvolvimento, do sono, da alimentação e energia. Assim, é essencial na prestação de cuidados ter por base os cuidados atraumáticos de modo a minimizar os efeitos da hospitalização na criança e família (Carvalhais et al., 2021).

Os diferentes ensinamentos clínicos assentam principalmente nestes dois pilares, os cuidados centrados na família e os cuidados atraumáticos, com vista a um desenvolvimento adequado da criança e bem-estar desta e da sua família.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte tem por base a reflexão acerca das experiências desenvolvidas nos diferentes estágios e os contributos das mesmas para o enfermeiro ESIP; na segunda parte é apresentada uma componente investigativa com o tema “A língua como barreira nos ensinamentos de enfermagem aos pais imigrantes que não falam português”.

Assim, o relatório tem como principais objetivos: descrever, refletir, interligar e fundamentar o contributo das experiências de aprendizagem, nos diferentes contextos clínicos, no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista; por último, identificar de que modo o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinamentos de enfermagem e identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nos ensinamentos na presença de barreira linguística.

Para realizar este trabalho foi utilizado o método de pesquisa, pelo que recorri, essencialmente, à consulta de manuais e pesquisa on-line. Ainda, no início de cada estágio desenhei um projeto de estágio com os objetivos comuns e específicos norteadores da prática clínica (Apêndice 1). Assim, o relatório encontra-se dividido em: introdução, onde são delineados os objetivos do relatório, a sua estrutura e uma breve contextualização teórica; o desenvolvimento, constituído pela primeira parte, onde encontramos uma reflexão acerca do estágio e a sua importância para aquisição de competências de enfermeiro ESIP e a segunda parte constituída por uma componente investigativa, realizada em contexto clínico. Por último, a conclusão, onde são apresentadas as ideias principais do relatório e o contributo do mesmo para futura enfermeira ESIP.

No estender do trabalho, aparece o termo “criança” quando o tema se engloba em todas as faixas etárias, no entanto, quando aparece recém-nascido, lactente, jovem determina-se unicamente à idade estabelecida.

Ao longo do relatório foram tidas em conta questões éticas que regem a profissão de enfermagem, respeitando os princípios de responsabilidade, privacidade e sigilo profissional. O mesmo, foi regido de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2023).

PARTE 1- COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A realização da componente de estágio permite ao enfermeiro ESIP o desenvolvimento de competências específicas essenciais ao cuidado das crianças e sua família.

1. INICIAÇÃO À UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A preparação para a unidade curricular estágio com relatório teve como formação base a realização de dois estágios, um no serviço de Pediatria Médica e outro numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

1.1. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA

O Serviço de Pediatria Médica, localizado num hospital da região centro é um serviço de internamento onde as crianças e sua família necessitam de cuidados específicos e diferenciados, onde existem situações de doença complexa, com risco vital e em situação paliativa, em que se verifica a necessidade de cuidados ao nível da gestão da dor, sofrimento, bem-estar e conforto.

As patologias mais frequentes no serviço de Pediatria Médica assentam em cuidar de crianças/adolescentes e família em situações complexas, tendo como exemplo atresia do esófago, síndrome do intestino curto, síndrome nefrótico, diabetes ou crianças em cuidados paliativos.

No internamento, uma grande percentagem das crianças apresenta alterações do desenvolvimento umas por questões de prematuridade, outras por patologias desconhecidas antes do nascimento. A avaliação do crescimento e desenvolvimento é uma prática comum. A monitorização do peso, estatura e perímetro cefálico são intervenções que fazem parte dos cuidados, de maneira a antecipar possíveis alterações do desenvolvimento.

O objetivo de adaptar intervenções consoante a idade corrigida ou patologia associada levou à pesquisa científica e diálogo com a enfermeira tutora de maneira a intervir de forma adequada nestes momentos, permitindo assim, a adaptação das intervenções ao estadio de desenvolvimento e promoção da estimulação do mesmo com a participação e capacitação dos cuidadores.

No serviço de Pediatria Médica, existe uma equipa intra-hospitalar especializada em cuidados paliativos pediátricos, tendo tido contacto com muitas crianças nesta condição. Segundo o Ministério da Saúde (2014), define-se cuidados paliativos em crianças e jovens como uma abordagem ativa e total aos seus cuidados, desde o diagnóstico ou reconhecimento da situação, durante toda a sua vida e para além da morte. Englobam situações físicas, emocionais, sociais e espirituais, com a finalidade de melhoria da qualidade de vida da criança e jovem como da sua família.

Numa situação paliativa, a importância da comunicação entre a equipa, a criança e a sua família é indiscutível. Comunicação efetiva, harmoniosa e centrada nas necessidades do indivíduo auxilia no controlo de desconfortos físicos, permitindo apoio emocional e espiritual, auxiliando na minimização do sofrimento (Pimenta et al., 2006).

Uma boa comunicação não se define apenas em gestos ou técnicas, é um processo de reflexão e amadurecimento pessoal. Aprender a escutar, falar, dar más notícias, compreender que os cuidadores e doentes podem cuidar uns dos outros, são aspetos básicos e essenciais para uma boa comunicação em cuidados paliativos (Pimenta et al., 2006). Neste contexto, a comunicação de más notícias é muito comum, sendo destacado pelos profissionais o recurso a protocolos de facilitação da comunicação baseados no modelo de SPIKES. Este modelo tem como principais objetivos: entender o que os envolvidos sabem da situação; fornecer informações de acordo com o que o utente e sua família conseguem ouvir; acolher qualquer informação que pode vir a acontecer e por último o plano a realizar (Cruz & Riera, 2016).

A família deve permanecer de forma contínua na vida da criança, tendo os enfermeiros um papel importante em apoiar as famílias na prestação de cuidados e tomada de decisão consoante as suas necessidades e experiências, não sendo o foco apenas as necessidades, desejos, crenças da criança, mas também da sua família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, a presença do pais/famílias e/ou cuidador principal nos cuidados foi fundamental e tida em conta durante a prestação de cuidados. Sempre que houvesse condições fisiológicas e ambientais, os pais participavam nos cuidados (higiene, alimentação, vestir e despir) com a supervisão do enfermeiro, recorrendo a ensinamentos e assistência sempre que necessário. Participavam em decisões mais simples como a hora do banho, como também em decisões mais complexas como as intervenções a implementar consoante a situação clínica da criança.

Durante o estágio, houve a possibilidade de participar em duas visitas domiciliárias. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), os cuidados domiciliários apresentam-se centrados na relação, tendo um foco holístico e não tecnológico, assim as intervenções de enfermagem podem

envolver todos os elementos da família, incorporando os ensinamentos simultaneamente com os cuidados psicológicos, espirituais e físicos. A melhoria da qualidade de vida para a criança e a sua família é a base da hospitalização domiciliar, permitindo que crianças necessitadas de tecnologia médica permaneçam em casa.

Assim, cuidados em ventilação não invasiva, aspiração de secreções, adesão e gestão terapêutica, cuidados a gastrostomia, risco nutricional e plano alimentar foram questões abordadas durante as visitas de maneira a identificar e minimizar problemas, como permitir autonomia nos cuidados aos pais para com o seu filho.

A cumplicidade e confiança são aspectos que se verificam entre a equipa de cuidados paliativos, a criança e a sua família. Considero que esta relação é a base para a realização de cuidados de forma holística e humanizada, em que os pais e estas crianças são “uma força da natureza” no qual o amor prevalece independentemente da sua condição física. Sabem que um dia vão perder o seu filho, e que a morte vai ser dura, mas glorificam-se pelos pequenos passos, lutando continuamente pelo bem-estar do seu ente-querido.

Relativamente ao cuidar, pelos pais, foram presenciadas situações em que os pais tinham receio de prestar cuidados aos seus filhos, pois tratava-se de crianças com necessidade de cuidados complexos, em que a criança tinha dependência tecnológica de sondas e instrumentos invasivos e que por este motivo, as situações simples como o banho, tornavam-se numa situação complexa. Como futura enfermeira ESIP, assisti nestes cuidados, interrogando acerca das suas dúvidas, proporcionando conforto, confiança e autonomia na prática de cuidados. Verificando-se ao longo dos dias a evolução das habilidades adquiridas, postura e grau de confiança de cada cuidador.

No que se refere à dor, a sua gestão é um foco fundamental nos cuidados neste contexto, sendo as medidas farmacológicas as mais utilizadas, no entanto as medidas não farmacológicas são igualmente reconhecidas. No que concerne, por exemplo em contexto de cólicas, recorrem à massagem ou utilização de saco quente, com ensinamentos aos pais, de modo a minimizar o problema. Ainda, o recurso à musicoterapia para alívio da dor e promoção do sono, são igualmente estratégias utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados.

Considero que este estágio se tornou crucial na aquisição de competências específicas de enfermeiro ESIP, na medida em que tive contacto com situações de especial complexidade, adquirindo habilidade no reconhecimento de situações de instabilidade vital, respondendo a doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados e diferenciados, sem deixar de parte a resposta à gestão da dor. O contacto com os cuidados paliativos e questões referentes

à morte permitiu-me aplicar capacidades facilitadoras da “dignificação da morte”, valorizando o cuidado holístico e humanizado com as famílias através do conforto nas suas casas.

Ainda, o estágio permitiu-me criar um olhar atento acerca de questões do desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo de vida, recorrendo a estratégias para a promoção de um desenvolvimento adequado em parceria com a sua família. Realço, a importância da capacidade comunicacional nestes contextos complexos, sendo crucial o treinamento para melhoria da prática enquanto futura enfermeira ESIP. Desta forma, destaco este estágio fundamental para a preparação da unidade curricular estágio com relatório, pois verifica-se a aquisição de um largo espectro de competências fundamentais ao enfermeiro ESIP.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

No âmbito da unidade curricular Gestão de Cuidados a Crianças com Distúrbios do Comportamento e Especialmente Vulneráveis, houve a oportunidade de realizar um estágio com vista à preparação da Unidade Curricular Estágio com Relatório numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Nesta unidade, a atuação dos enfermeiros de ESIP baseia-se, nos princípios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, na medida em que este se rege na deteção precoce, no acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança, sendo estas possíveis de resolução; ainda, permite articular de forma efetiva estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor saúde, contribuindo para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, envolvendo um trabalho em equipa, com atuação de multiprofissionais e interdisciplinares (Direção Geral de Saúde, DGS, 2013).

Durante o estágio tive a oportunidade de participar numa reunião do conselho de ESIP onde contribui para a realização de um programa de melhoria contínua para os profissionais desta área. Esta colaboração, tornou-se crucial no sentido de estarmos em contacto com outros profissionais, outros pontos de vista, podendo desenvolver de forma mais abrangente diversas competências, principalmente no que diz respeito ao critério constado no Regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros (2018) em que o enfermeiro ESIP deve trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido de melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

Na unidade tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliária, através do núcleo de apoio às crianças e jovens em risco. Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), é importante desenvolver visitas domiciliárias, em particular nos dias seguintes à alta

da maternidade, em situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como risco de forma a permitir a vigilância e promoção da saúde.

A visita domiciliária, acompanhada pela assistente social e enfermeira ESIP, teve como objetivo entender as condições habitacionais, socioeconómicas e de saúde em que a criança se encontrava. Esta visita surpresa tornou-se fundamental, na medida em que conseguimos visualizar os cuidados de uma forma holística, em diversas áreas, desde o ambiente, nível social, cuidados de saúde, sendo realizada através disto, uma avaliação de risco familiar. É de salientar que durante a visita foram realizados ensinamentos à família de modo a minimizar situações de risco e possíveis acidentes.

Neste estágio, tive a chance de participar numa reunião de intervenção precoce na infância. Intervenção Precoce na Infância consiste num conjunto de medidas de apoio da área social, da educação e da saúde, para crianças entre os 0 a 6 anos e suas famílias que são disponibilizadas para: melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança; fortalecer as competências dos cuidadores e promover os recursos das famílias e da comunidade (Direção Geral da Educação, 2023).

Na reunião supracitada estavam presentes elementos da equipa local, sendo constituída por uma enfermeira ESIP, uma terapeuta de fala, uma psicóloga, uma educadora de infância e uma assistente social. Nesta reunião, foram discutidos alguns casos existentes entre os quais de crianças com necessidades especiais, abordando assuntos desde o plano individual de intervenção precoce, sua evolução e retrocesso, como também questões familiares e económicas.

Com esta reunião consegui mobilizar conhecimentos no que diz respeito às competências do enfermeiro ESIP, que se rege por cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, respondendo às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados como também a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade ((Regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito deste estágio, foi possível a realização de um momento de atividades educativas com crianças em idade pré-escolar. Uma experiência enriquecedora, que foi ao encontro dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) em que visa a promoção de um ambiente escolar seguro e saudável como também o reforço dos fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis. Esta atividade foi apoiada e desenvolvida tendo em conta as competências do ESIP, em que o enfermeiro deve intervir em programas no

âmbito da saúde escolar com vista à promoção da saúde (Regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). com a finalidade de um desenvolvimento infantil adequado, não esquecendo que as crianças de hoje são os adultos amanhã.

No presente estágio, tive a oportunidade de participar numa reunião restrita da Comissão de Proteção de Criança e Jovens.

As Comissões de Proteção de Criança e Jovens definem-se como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que têm como objetivo promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou por termo a situações que possam afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Promoção das Crianças e Jovens, 2023).

Na reunião referenciada, encontravam-se diversos elementos da comissão inclusive um enfermeiro ESIP. Esta reunião teve como objetivo discutir o modo de atuação em diferentes casos apresentados, sendo eles: práticas de negligência, mau rendimento escolar, más condições habitacionais, maus-tratos de filhos para pais e vice-versa, cuidadores com défice cognitivo.

Saliento a pertinência da existência de um enfermeiro ESIP na comissão, pois este tem competências especializadas de maneira a diagnosticar e intervir em situações de risco que possam afetar negativamente a vida e a qualidade de vida da criança/jovem, sendo essencial para a tomada de decisão.

Em suma, o estágio realizado tornou-se essencial para o crescimento como enfermeira ESIP, sendo igualmente importante para a preparação da unidade curricular final do mestrado. Assim, foram adquiridas competências na promoção da saúde, deteção precoce de situações de risco e aquisição de estratégias para situações complexas fundamentais para um desenvolvimento adequado. Saliento ainda, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar para a melhoria dos cuidados em saúde.

2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A Unidade Curricular Estágio com Relatório abrange três contextos diferentes de estágio, essenciais para a aquisição de competências de enfermeiro ESIP.

2.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A USF encontra-se inserida num dos Centros de Saúde da região centro. Apresenta como valores o respeito, a responsabilidade, a partilha de conhecimentos, dedicação e qualidade. Assim, os seus profissionais pretendem desenvolver funções com rigor, eficiência, honestidade e procura constante na atualização pela formação contínua, de modo a alcançar os objetivos e interesses da população, com o intuito de prestação de cuidados de excelência (Serviço Nacional de Saúde, SNS, 2023).

Os profissionais têm como missão a prestação de cuidados de saúde com eficiência e qualidade, garantindo a acessibilidade, globalidade e continuidade de cuidados aos utentes (SNS,2023).

Constituída de forma multiprofissional, com uma equipa de médicos, enfermeiros e secretários clínicos, planeando a sua atuação de forma individual ou em grupo, com vista a atingir objetivos delineados. Dentro destes profissionais, destacamos dois enfermeiros especialistas em ESIP essenciais para a promoção e prevenção da saúde das crianças da área geográfica abrangente.

Asseguram o método de enfermeiro de família, uniformizando cuidados através de protocolos qualificados, reuniões de serviço todas as semanas e formação regular. Incluem consultas de Medicina Geral e Familiar, prevenção oncológica, planeamento familiar, vigilância de Saúde Materna.

2.1.1. Competências Comuns desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar

A prestação de cuidados em estágio teve por base o Código Deontológico de Enfermagem, indo de encontro aos valores que regem a profissão. Assim, foram tidos em conta um conjunto de normas referentes à profissão, apoiados nos princípios da moral e do direito, com vista a alcançar as boas práticas. Temas como direitos humanos, responsabilidade profissional, sigilo profissional, privacidade e consentimento foram tidos em conta durante a prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil são calendarizadas consoante as idades-chave, correspondendo a acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, sendo sobreponível às idades preconizadas para cumprimento do Programa Nacional de Vacinação de modo que não haja falhas nesta vertente. As consultas são realizadas por um enfermeiro ESIP, planeadas antecipadamente, verificando-se os motivos de vinda às consultas. Considera-se que este planeamento é essencial para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da criança e sua família. Sendo, igualmente importante salientar que as consultas foram realizadas com o consentimento dos pais, recorrendo à apresentação dos profissionais envolvidos, assegurando o sigilo profissional e a privacidade.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, em que cabe às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas para um exercício profissional de qualidade. Os protocolos em serviço são um exemplo de melhoria contínua da qualidade, no qual foram desenvolvidos pelos profissionais de saúde de modo a uniformizarem os cuidados. Na USF, recorri a leitura destes protocolos de maneira a conhecer as condutas regidas em serviço. Este processo foi a base de início para a realização da prática clínica.

De maneira a garantir a melhoria da qualidade, foi realizado um workshop para a comunidade, para pais com crianças de primeiro ciclo com o tema “Alimentação Infantil: lanches saudáveis para o seu filho” (Apêndice 2) onde foram abordados diversos conteúdos, como leitura de rótulos alimentares, roda dos alimentos, lanches saudáveis e estratégias de incentivo a uma alimentação saudável. Uma atividade com vista à promoção da saúde e diminuição da obesidade infantil. Segundo a DGS (2019), as ciências da nutrição estão em permanente evolução em áreas como a saúde das crianças mais pequenas, onde a alimentação é um determinante essencial do desenvolvimento saudável.

Considero que a equipa multidisciplinar foi essencial na realização deste workshop, colaborando na organização do evento. É de salientar, que todo o trabalho diariamente realizado é discutido em equipa. Existem reuniões semanais para uniformização de protocolos, discussão e resolução de problemas. Ainda, observa-se durante a prática clínica o apoio entre profissionais na medida de esclarecimento de dúvidas com o intuito de uma prática segura.

Ao longo do estágio na USF, várias dúvidas foram surgindo no desenvolvimento de estágio, tendo sido crucial o diálogo com a enfermeira ESIP, a médica assistente e a pesquisa em livros e artigos científicos on-line, pois sabe-se que o conhecimento sobre a prática em baseada na evidência científica é essencial aos cuidados. Como refere Queirós (2016), os enfermeiros utilizam um conjunto de conhecimentos que recriam enquanto atuam, e ao

recriarem estão a encontrar novas soluções, novos processos, ou seja, novos conhecimentos, devendo-se pensar em enfermagem como uma ecologia de saberes em que se torna possível cuidar como ciência.

2.1.2. Competências Específicas desenvolvidas na Unidade de Saúde Familiar

“São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros, p. 19192. 2018).

2.1.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde

Na USF, assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde é uma das competências desenvolvidas pelos profissionais. Trata-se de uma unidade em que não existem somente ESIP, mas existe o cuidado no cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, verificando-se entreajuda multidisciplinar em que na resolução de problemas major os especialistas comunicam uns com os outros de maneira à melhoria dos cuidados em saúde.

O estágio na USF teve como foco principal a realização de consultas de saúde infantil e juvenil com a enfermeira ESIP e a médica interna da mesma área. Estas consultas eram adaptadas à faixa etária da criança/ jovem, cumprindo os objetivos e parâmetros delineados pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Em todos os contextos, a comunicação seja ela verbal ou não verbal é indispensável para a prática de enfermagem, influenciando na realização dos cuidados e na sua humanização (Mendes et al., 2020).

A comunicação eficaz com a criança/jovem e família é o instrumento crucial para a concretização de consultas de forma adequada como também para a avaliação da dinâmica familiar, das suas necessidades e rede de suporte sociofamiliar. Segundo a DGS (2013), no primeiro ano de vida deve se dar especial atenção ao estado emocional da mãe ou cuidador principal, encaminhando em caso de necessidade para profissionais de saúde, de modo a não interferirem com o desenvolvimento da criança. Enquanto, em consultas de adolescentes deve-se ter em atenção a necessidade da realização da mesma sem a presença dos pais, de maneira a promoção da privacidade e confidencialidade.

A adaptação a diferentes culturas e idiomas torna-se um desafio à comunicação e aos cuidados. Apesar da existência na USF de um protocolo relativo às barreiras ao idioma, este não é eficaz na medida em que o tradutor nem sempre se encontra disponível. Assim, o enfermeiro recorre a outros métodos, como o uso do google tradutor[®] para facilitar as barreiras ao nível do idioma. De modo a acompanhar este processo cultural e para que os profissionais possam cumprir as suas funções de maneira à prestação de cuidados humanizados e respeitando diferenças culturais das pessoas, é essencial os profissionais se formarem culturalmente como obterem conhecimento de diferentes idiomas (Aydoğdu, 2021).

Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança através de monitorização de parâmetros, com recurso a curvas de crescimento ou escalas como a de Mary Sheridan era foco das consultas. Sabe-se que a deteção precoce de quaisquer perturbações ao nível do desenvolvimento tem implicações para a qualidade de vida, sucesso educacional e integração social da criança (DGS, 2013).

Numa das consultas realizadas, houve a necessidade de encaminhar uma criança com quatro anos para a equipa de intervenção precoce na infância, pois apresentava dificuldade na comunicação e interação social, suspeitando-se da síndrome de transtorno de espectro do autismo. Assim, é de salientar a importância do enfermeiro ESIP na deteção precoce destas situações, pois apresenta competências específicas no encaminhamento de crianças que necessitam de cuidados de outros profissionais nomeadamente em situações de risco.

Perante a situação anterior, surgiu a oportunidade de desenvolver um folheto para entregar aos pais com atividades promotoras de desenvolvimento dos 0 aos 12 meses, tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Apêndice 3). Foi apresentado a toda a equipa, sendo implementado nas consultas. Desta forma, irá ser entregue a todos os pais de maneira a promoverem o desenvolvimento adequado do seu filho nos diversos contextos, consoante a sua faixa etária.

De modo à promoção do desenvolvimento infantil, recorria-se ao incentivo do brincar com a criança. Segundo Costa et al. (2016), brincar é um direito da criança que a estimula ao nível intelectual, social e físico sendo essencial à promoção do desenvolvimento infantil. Cabe ao enfermeiro incentivar aos pais para a necessidade do brincar, com vista à promoção do desenvolvimento nos diferentes níveis e à melhoria de efetividade pais-criança.

A alimentação foi igualmente tema abordado nas consultas, sendo adaptado o tema consoante a idade da criança. No recém-nascido, o foco prendia-se na promoção do aleitamento materno, aos 6 meses a introdução alimentar e após os 12 meses a promoção de

uma alimentação saudável diversificada pobre em sal e açúcares. Verifica-se que esta não é uma área de expertise dos enfermeiros de cuidados gerais, observando-se o esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro ESIP. Assim, realça-se a importância de um enfermeiro ESIP em particular nas consultas de saúde infantil desde o nascimento até ao fim da introdução alimentar, visto este ser possuir de conhecimentos específicos acerca da alimentação.

A promoção de uma higiene oral adequada, também era assunto das consultas dando importância à realização da higiene oral com o surgir dos primeiros dentes, incentivando à higiene oral diária como a ida a consultas de rotina através dos cheques dentistas oferecidos pelo SNS.

A segurança, tanto ao nível de quedas, intoxicações ou acidentes rodoviários, também era inserido nas consultas, confirmando sempre as condições das cadeiras e carros infantis.

Considero pertinente realçar no presente relatório o cumprimento e empenho dos profissionais de saúde no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Sabe-se que é gratuito, universal e acessível a todas as pessoas, no entanto, nem sempre as pessoas cumprem a cronologia do mesmo, verificando-se contato diário dos profissionais de saúde para salvaguardar a saúde pública de doenças consideradas ameaçadoras para toda a população (DGS, 2020).

O processo de administração da vacinação era antecipadamente dialogado com os pais, pois considera-se um procedimento doloroso para a criança. Assim, os pais eram questionados acerca da estratégia que gostariam de utilizar de maneira a minimizar a dor ou a criança não ficar traumatizada com o procedimento. Maioritariamente, em crianças que amamentam era-lhes administrada a vacina durante a mamada. Segundo Moura et al. (2021), o leite materno demonstra efetividade na diminuição da dor comparativamente a outras estratégias não farmacológicas, havendo uma relação positiva entre a amamentação com a vacinação.

Estratégias de distração eram utilizadas em crianças maiores que não eram amamentadas. Estas técnicas tentam direcionar a atenção para algo que não o estímulo doloroso ficando a criança com uma perceção da dor menos intensa (Figueiredo, 2016). Trata-se assim, de cuidados atraumáticos, em que os cuidados terapêuticos dirigem-se ao uso de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares, sendo como meta principal “não causar dano” (Whaley & Wong, 1999).

O enfermeiro ESIP tem conhecimento específico acerca da dor, gestão da dor e estratégias minimizadoras da dor, considerando este conhecimento crucial no momento de vacinação ou

execução de procedimentos dolorosos com o intuito de reduzir a dor, minimizar desconforto psicológico e proporcionar conforto.

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

Segundo Tralhão et al. (2020), a família sofre alterações significativas na sua estrutura quando nasce um filho, que poderão levar ao desequilíbrio e vulnerabilidade familiar, podendo ter impacto no desenvolvimento saudável da criança.

O enfermeiro tem um papel fundamental nos processos de transição do ciclo familiar, promovendo a capacidade das famílias se adaptarem, prevenindo situações de fragilidade. Desta forma, é essencial capacitar a criança, adolescente e família para as mudanças que ocorrerão ao longo do ciclo vital. Assim, em consultas dos 10 anos, a puberdade é tema de conversa com os pais e a criança, enquanto na consulta de adolescentes com 12 anos, um dos tópicos tratados com o adolescente é o início da atividade sexual, métodos contraceptivos e risco associados ao consumo de estupefacientes.

Relativamente à dor é uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional, cabe ao enfermeiro em conjunto com a equipa multidisciplinar o seu controlo, seja com estratégias farmacológicas ou não farmacológicas. Em consulta, a dor é uma preocupação para os pais, aparecendo principalmente associada a cólicas ou obstipação observando-se como primeira linha de atuação medidas não farmacológicas de ensinamentos aos pais.

Assim, torna-se pertinente realçar a importância do enfermeiro ESIP, na capacitação dos pais na gestão terapêutica para o controlo da dor, como no ensino a estratégias não farmacológicas a realizar no domicílio, de modo a desmitificar o medo de cuidar do seu filho em situação de dor, proporcionando-lhe mais confiança nos cuidados, evitando ainda, idas desnecessárias aos serviços de saúde.

2.1.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Parentalidade é um conceito descrito como um conjunto de atividades realizadas por adultos que visam promover em pleno a sobrevivência e desenvolvimento das crianças, sendo eles responsáveis por cuidar, estimular, amar, estabelecer regras e promover a autonomia da criança. Assim, o cuidado parental durante a infância influencia o desenvolvimento e o futuro da criança (Reticena et al., 2019). O enfermeiro ESIP deve demonstrar aos pais a importância

que eles têm na promoção do desenvolvimento saudável do seu filho desde o seu nascimento, incentivando a ambientes saudáveis e concretização de boas práticas.

Quando falamos em recém-nascido, constatamos que se trata de um indivíduo com necessidades especiais, pois atravessa um período de grande vulnerabilidade, onde se encontra exposto a riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais. Sendo os pais os principais cuidadores do recém-nascido torna-se crucial a capacitação dos mesmos (Gomes et al. 2015).

O acompanhamento da família e do recém-nascido no primeiro mês de vida semanalmente é um dos objetivos delineados na USF. Após o nascimento, uma das primeiras medidas até ao sexto dia após o nascimento é o despiste de doenças metabólicas através do teste do pezinho, aproveitando o momento para a realização do exame-físico ao recém-nascido. O tipo de parto, a perda de peso pós-parto, a recuperação do mesmo, a eliminação, cuidados de higiene, cuidados ao cordão umbilical, icterícia neonatal e a alimentação são assuntos discutidos com os pais. Considero que o enfermeiro ESIP é detentor de conhecimentos especializados que se tornam cruciais no acompanhamento destas crianças e família. Verifica-se um olhar atento ao recém-nascido e à sua família, desmistificando as preocupações dos pais, capacitando-os para a sua autonomia e alerta para situações de risco.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2023), a amamentação é essencial para garantir a saúde e a sobrevivência das crianças. Saliendo ainda, que o leite materno fornece energia, nutrientes e anticorpos que ajudam a proteger de doenças.

O incentivo ao aleitamento materno, principalmente exclusivo, faz parte das consultas de primeira abordagem à mãe e ao recém-nascido. Caso a mãe demonstre vontade de amamentar, o enfermeiro observa a mamada do recém-nascido na consulta, de maneira a identificar as dificuldades e dar resposta às dúvidas dos pais. Considera-se que a amamentação não é um processo meramente nutricional, mas também efetivo em que se fortalece o vínculo mãe-filho essencial para o seu desenvolvimento. Assim, torna-se essencial a envolvimento do enfermeiro ESIP na capacitação dos pais no processo de amamentação com vista à promoção da saúde, da vinculação e desenvolvimento da criança.

Durante o exame físico ao recém-nascido, a língua era particularmente observada, de maneira a entender possíveis anomalias como a anquiloglossia. Segundo Santos et al. (2021), a anquiloglossia interfere negativamente na amamentação, dificultando a execução de funções orofaciais, causando desconforto à mãe, que posteriormente pode levar ao desmame precoce do processo de amamentação. Num dos recém-nascidos observados verificou-se dificuldade

na mamada devido ao encurtamento do freio, acabando por ser encaminhado para profissionais especializados na área. É de salientar que na consulta seguinte, após frenetomia, a mãe demonstrou melhoria significativa no processo de amamentação. Com isto, é de realçar a importância do enfermeiro de ESIP na deteção de alterações significativas, fisiológicas ou não que possam interferir no processo de amamentação, que por conseguinte influenciam o desenvolvimento do recém-nascido.

Considero importante realçar o valor das consultas de saúde juvenil. É essencial entender que não só os recém-nascidos passam por um processo de vulnerabilidade, mas os jovens também. Desde os 10 anos ocorrem inúmeras mudanças tanto físicas, como cognitivas ou sociais. Torna-se essencial como enfermeiro de ESIP estar atento a estas mudanças para detetar possíveis alterações que ponham em causa a sua vida adulta. Temas como a alimentação saudável, atividade física, objetivos de vida, comportamentos de risco (consumo de drogas, álcool, sexualidade desprotegida) eram abordados em consulta, indo de encontro aos objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Muitos dos jovens procuravam a consulta com vista ao conhecimento acerca de métodos contraceptivos. Atualmente, cada vez mais cedo iniciam a sua atividade sexual, tendo os profissionais um papel importante no diálogo com estes acerca dos riscos associados a uma atividade sexual desprotegida, bem como as vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos. Assim, considero que as consultas aos adolescentes deveriam ser realizadas por um enfermeiro ESIP, pois este detém de conhecimentos específicos na comunicação adequada às diferentes faixas etárias, bem como a capacidade de negociar contratos de saúde com o adolescente, sendo igualmente fundamental no reforço aos adolescentes na tomada de decisão responsável relativamente aos seus comportamentos.

2.2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A UP localiza-se num hospital da região centro que tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados em parceria com os cuidados de saúde primários e os hospitais integrados na rede do SNS. Ainda assim, colabora na prevenção e promoção da saúde da comunidade como assegura condições de investigação e formação profissional dos colaboradores. (SNS, 2023).

Este hospital, assume como valores: o respeito e a dignidade humana; o respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional; a continuidade na qualidade e da eficácia no desenvolvimento da sua atividade; o desenvolvimento de uma cultura de

conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional e por último a priorização do doente (SNS, 2023).

O serviço de UP assegura todos os cuidados a crianças e jovens, desde os primeiros dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, independentemente do tipo de doença ou lesão, articulando-se com outros serviços em caso de necessidade de apoio de especialidade como cirurgia, ortopedia, dermatologia, oftalmologia.

Este serviço, está organizado em duas salas de triagem, uma sala de emergência com disponibilidade apenas para uma criança, quatro salas de consulta médica e duas salas adaptadas para procedimentos cirúrgicos e ortopédicos, respetivamente. Possui ainda uma sala de tratamentos, onde se realizam procedimentos de enfermagem que fornece espaço adequado, privacidade e está dotada de equipamentos necessários para a execução de diversos procedimentos como: colheitas de espécimes, administração de medicação, monitorização de sinais vitais e elaboração de registos, entre outros. Existe também uma sala de aerossóis destinada a cuidados do foro respiratório, equipada com rampas de gases medicinais.

Na estrutura física da UP, está inserida a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) que é constituída por cinco camas, destinadas a crianças e jovens que necessitem de observação durante 24 horas. Após este período, há decisão clínica para a transferência intra ou inter-hospitalar, para a manutenção da continuidade dos cuidados.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e dois enfermeiros, sendo que metade são enfermeiros ESIP (onze elementos). O turno da manhã e da tarde é constituído por quatro elementos, dois de triagem que dão apoio à emergência, um na sala de procedimentos e de aerossóis e outro na UICD. No turno da noite são apenas três enfermeiros que vão articulando os seus postos de trabalho consoante as necessidades do serviço.

A particularidade destes serviços de saúde infantil é a inclusão de desenhos nas paredes, o que permite criar um ambiente acolhedor e amigável, especialmente projetado para crianças.

2.2.1. Competências Comuns desenvolvidas na Unidade Pediátrica

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), no código deontológico encontram-se descritos os deveres profissionais, dirigidos aos direitos dos cidadãos e das comunidades aquando dos cuidados de enfermagem, bem como as responsabilidades que o enfermeiro deve ter em conta na sua prática. Considera-se que os cuidados de enfermagem na UP, apesar de

ocorrerem em situação aguda e imediata vão ao encontro dos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, não desmistificando os princípios da privacidade, responsabilidade e sigilo profissional.

Uma das missões hospitalares debruça-se na melhoria contínua da qualidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem inclui a prevenção de complicações, atuando na procura permanente da excelência no exercício profissional, na medida em que o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.

A prevenção de complicações de saúde em meio hospitalar é uma prioridade fundamental para garantir a segurança e o bem-estar dos doentes e profissionais. Deste modo, de maneira a precaver complicações de saúde em meio hospitalar, durante o tempo de estágio na UP houve a oportunidade de participar na preparação de uma auditoria interna no âmbito da infecção hospitalar. Nesta auditoria verificou-se a utilização correta de dispositivos de desinfecção, o incentivo aos profissionais do uso correto de luvas e da lavagem das mãos, sendo ainda abordadas questões acerca das boas práticas aquando da necessidade de isolamento, atendendo a questões ambientais e materiais.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem passa também pela formação de profissionais. Assim, durante o estágio na UP os profissionais demonstraram interesse em aprofundar o tema: comunicação de más notícias, visto que, comunicar uma má notícia em pediatria torna-se complexo na medida em que envolve a criança/jovem e sua família. (Zanon et al., 2020). De maneira a colmatar esta lacuna, foi criado um protocolo interno com o tema “Comunicação de más notícias na Urgência Pediátrica” dirigido a todos os profissionais da UP (Apêndice 4). Um protocolo baseado num modelo de comunicação de más notícias, o protocolo de SPIKES.

Após a aprovação deste protocolo pelo enfermeiro chefe, foi elaborada uma formação e-learning com momento avaliativo para todos os profissionais. Uma formação com vista à melhoria de cuidados no processo de comunicação de más notícias minimizando o impacto das mesmas na qualidade de vida, na aceitação e na adesão terapêutica (Vogel et al., 2020).

Uma comunicação eficaz e adequada não é apenas essencial na comunicação de uma má notícia, verificando-se também a sua pertinência durante toda a gestão de cuidados. Na UP os cuidados de enfermagem, necessitam na maioria das vezes de pelo menos dois enfermeiros em determinados procedimentos principalmente invasivos, o que implica uma

organização antecipatória de cuidados. Salienta-se ainda, a importância de uma comunicação adequada com a equipa multidisciplinar com vista à articulação de cuidados, esclarecimento de dúvidas e necessidades do plano terapêutico.

Com a finalidade de desenvolver uma prática clínica segura e adquirir conhecimentos científicos, recorri à leitura dos protocolos de serviço, pesquisa on-line e em livros como também ao diálogo com a equipa multidisciplinar. É de ressaltar que cinquenta por cento dos enfermeiros da UP são especialistas em ESIP o que beneficia a aprendizagem, na medida em que se observa uma visão mais crítica e rigorosa dos cuidados essenciais para a população alvo, que modelam o meu desenvolvimento enquanto profissional.

2.2.2. Competências Específicas desenvolvidas na Urgência Pediátrica

“É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência” (Regulamento nº422 da Ordem dos Enfermeiros, p. 19192, 2018).

2.2.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde

Na sociedade atual, cada vez mais os cuidados de saúde na área de urgência e emergência são essenciais devido a acidentes, violência e situações de doença relacionadas com o estilo de vida, envelhecimento da população e co-morbilidades subsequentes (Ferreira et al., 2020).

Segundo a DGS (2001), o conceito de urgência define-se por todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves às graves, com risco de falência de funções vitais enquanto o conceito de emergência consiste em situações clínicas súbitas, mas no qual existe o risco iminente de compromisso de uma ou mais funções vitais.

À entrada do serviço de UP, a criança/jovem é submetido a uma triagem. Triagem é o termo utilizado pelos profissionais de saúde para descrever uma situação, selecionando uma prioridade consoante o seu prognóstico e não em função do seu diagnóstico (Costa et. al, 2022). Esta triagem é realizada através do sistema de Triagem de Manchester.

O sistema de Triagem de Manchester permite identificar critérios de gravidade, priorizando a clínica e definindo o tempo recomendado até observação médica. Este sistema, permite identificar a queixa principal do utente e seguir o respetivo fluxograma. É estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, permitindo a inclusão dos utentes numa das cinco prioridades (emergente-vermelho; muito urgente- laranja; urgente-amarelo; pouco urgente-verde; não urgente-azul). Isto no total de 52 fluxogramas, em que sete são específicos para

crianças. (Costal et al., 2022). Os indivíduos emergentes são observados na sala de emergência e os restantes nas respetivas salas de observação médica e de enfermagem.

A triagem deve ser realizada por enfermeiros experientes em urgência, visto que durante a triagem ocorre um processo de tomada de decisão no qual à mobilização de capacidades de interpretação, discriminação e avaliação, sendo necessário um raciocínio clínico, com reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição (Costal et al., 2022).

O período de dois a cinco minutos é o tempo estimado para a realização de uma triagem, no entanto na UP verifica-se o aumento deste tempo, pois trata-se da avaliação de uma criança onde pode haver dificuldade na extração de dados, principalmente digitais (avaliação de saturação de oxigénio, temperatura corporal).

Durante o estágio na UP, houve oportunidade de realizar triagem. Um posto desafiante na medida em o enfermeiro deve ser detetor de um alto nível de conhecimento, pois tem de ter a capacidade de detetar os sinais e sintomas rapidamente, assim como deve também antecipar situações de perigo iminente de vida. É de enaltecer que na UP é o ESIP que assume o posto de triagem visto ser possuidor de conhecimentos especializados na área pediátrica.

Na UP os cuidados têm por base a filosofia do cuidado centrado na família, na medida em que os profissionais reconhecem a família como uma constante na vida da criança. Com isto, as famílias são apoiadas na prestação de cuidados e tomada de decisão, sendo reconhecidas pelos profissionais para a realização dos cuidados ao filho, dentro ou fora do ambiente hospitalar. Esta filosofia facilita a colaboração entre a família e o profissional bem como a como a troca de informação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, um dos pais ou cuidador principal na UP pode permanecer junto da criança e colaborar nos cuidados ao filho. É de salientar que antes de qualquer procedimento os pais eram questionados acerca da sua volição de participar, procedendo-se à negociação de cuidados no âmbito do plano terapêutico e procedimentos a realizar. Optar por uma abordagem centrada na família não só melhora a qualidade dos cuidados, como também fortalece a relação entre profissionais de saúde e família, contribuindo para uma melhor aceitação do regime terapêutico assim como o cumprimento do mesmo. Desta forma, o enfermeiro ESIP tem um papel preponderante nos cuidados centrados na família, sendo ele possuidor de múltiplas estratégias facilitadoras da capacitação e negociação com a família e criança benéficas para o processo de saúde- doença.

A migração e o contato com outros povos e outros idiomas num serviço de saúde é cada vez mais uma realidade comum. Na UP, diariamente ocorrem utentes de outras nacionalidades que não dominam a língua portuguesa, sendo necessário a adaptação da comunicação a estes utentes pelas suas crenças, valores, mas também pelo idioma. Como exemplo, exponho a situação de uma adolescente do continente asiático em que foi necessário vestir a camisa hospitalar, recusando-se a retirar o lenço que envolvia a cabeça, como este não interferia nos cuidados, a sua vontade foi aceite. Segundo França et al. (2023), para Leininger é necessário que o enfermeiro dê importância aos elementos culturais do utente, de maneira que ele se sinta acolhido e responda de forma positiva aos cuidados que lhe são prestados, pois cada indivíduo possui os seus princípios, concepções, critérios, normas e regras que variam de acordo com o seu meio cultural.

O fator transcultural não deve ser visto como um conflito, pelo contrário é necessário que o enfermeiro desenvolva uma forma efetiva de comunicação com o recetor de cuidados, independentemente do idioma, de maneira que as barreiras culturais sejam minimizadas (França et al., 2023). O enfermeiro ESIP sendo detentor de um elevado nível de conhecimentos, deve ainda mais ter um papel fundamental na oferta de cuidados culturalmente sensíveis e de qualidade aos diferentes povos de maneira a preservar a equidade nos cuidados.

Independentemente da cultura e da língua, o enfermeiro ESIP deve ainda trabalhar desde a admissão até ao momento da alta na capacitação dos pais para o desempenho ativo e eficaz no cuidado e promoção da saúde dos seus filhos. Assim, na UP temas como sinais de alerta de doença, modo de atuação em determinadas situações e gestão ao regime terapêutico são abordados com os pais logo na admissão, na maioria das vezes na triagem, de modo a evitar idas desnecessárias à urgência assim como também diminuir o risco de incidentes na criança.

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

Segundo Batalha (2016), em todas as crianças doentes ou com lesão é necessário fazer uma avaliação sistemática de modo a reconhecer situações que ameacem a vida para poder estabelecer prioridades. Durante a reanimação deve realizar-se a avaliação primária (ABCDE) e após recuperação da criança a abordagem secundária (FGH).

Nos cuidados de enfermagem, considero que a avaliação primária é uma constante que permanece desde a triagem até à alta. Como profissional de saúde e futura ESIP, a minha atenção para situações que ameacem o risco de vida é iniciada desde o primeiro contato.

Assim, torna-se crucial a sistematização da avaliação primária imediata de modo a serem minimizados possíveis problemas que levem ao agravamento do estado de saúde.

A dispneia é o problema mais frequente no recurso da criança ao serviço de UP, por isso é fundamental ter em atenção os sinais de dificuldade respiratória, pois uma das principais causas de paragem cardiorespiratória na criança deve-se a hipóxia. Assim, de modo a prevenir situações de risco iminente de vida, os pais na UP são alertados acerca dos sinais de dificuldade respiratória, sendo igualmente capacitados para determinados procedimentos promotores de uma via aérea saudável, como a limpeza das vias aéreas (realização de uma lavagem nasal eficaz), hidratação e posicionamento adequado. Em situações de asma agudizada, os ensinamentos acerca da gestão terapêutica e uso correto da câmara expansora estão igualmente presentes na prestação de cuidados.

A dor, principalmente abdominal é um dos focos frequentes de ida à urgência. Segundo Batalha (2016), a avaliação da dor faz parte das funções dos profissionais de saúde por ser indispensável à excelência dos cuidados de saúde.

Segundo o mesmo, uma dor não identificada não poderá ser alvo de tratamento e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou eficácia do mesmo.

A avaliação da dor na criança apresenta desafios na medida em que uma criança com capacidade verbal consegue referir que tem dor, mas uma criança que não verbalize a sua identificação só é possível através de medidas fisiológicas e/ou comportamentais (Batalha, 2016). Assim, é fundamental o recurso a escaladas de dor consoante a idade da criança como também a recolha da sua história de dor.

Na UP, para a avaliação da dor recorre-se à utilização das diferentes escalas da dor tendo em conta o estadió de desenvolvimento da criança tanto fisiológico como cognitivo. Através dos pais são recolhidos dados acerca da história da dor, informação essencial para o planeamento das respetivas intervenções.

Reconhecer a dor de cada criança individualmente permite ao profissional obter uma compreensão mais precisa do seu desconforto. Ademais, a sua reavaliação também é fundamental na medida em que permite ao profissional de saúde entender se as intervenções realizadas foram suficientes para a minimização do sofrimento da criança.

Considero, que a dor não deve ser apenas foco de especial atenção quando está presente, mas também durante a realização de procedimentos dolorosos. A sua minimização torna-se

uma premissa para o enfermeiro com o intuito que o episódio não tenha um impacto negativo na vida da criança, tanto que o enfermeiro é detentor de um conjunto de estratégias de alívio da dor e deve pô-las em prática de um modo sistemático.

O ponto de partida para a implementação de estratégias de alívio da dor inicia-se por uma comunicação eficaz com a criança na medida em que ela possa expressar os seus sentimentos num ambiente confortável, com temperatura adequada. Na UP, o recurso à técnica de imaginação guiada e distração com brinquedos, jogos e aparelhos digitais (aplicativo multimédia) são as principais estratégias utilizadas no controlo e gestão da dor pelo enfermeiro na execução procedimentos dolorosos.

Desta forma, salienta-se a importância do enfermeiro ESIP no controlo da dor, sendo ele possuidor de conhecimentos especializados na sua avaliação correta consoante o estadió de desenvolvimento, como também na adaptação e recurso de estratégias de controlo e minimização da dor, sejam estas farmacológicas e/ou não farmacológicas.

2.2.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A UP recebe indivíduos desde os primeiros dias de nascimento à vida adulta o que implica uma adaptação de cuidados e procedimentos relativos a cada fase de desenvolvimento do indivíduo. Assim, a UP detém um conjunto de protocolos relativos a procedimentos ajustados à idade da criança. Vejamos o exemplo da colheita de urina asséptica: no recém-nascido até aos três meses, é realizada uma punção vesical; no caso de crianças que não controlem os esfíncteres é realizada cateterização vesical e; em crianças e jovens que tenham controlo de esfíncteres é realizada a lavagem perineal e micção espontânea com colheita de jato médio para taça esterilizada sempre com a supervisão do enfermeiro.

Para além de protocolos adaptados à idade da criança, em pediatria todo o material utilizado depende do tamanho e/ou idade da criança. Vejamos em emergência, no caso de necessidade de colocação de tubo endotraqueal a escolha do tamanho do mesmo depende da idade. Em situações de foro respiratório, as máscaras também devem ser escolhidas de acordo com o tamanho da criança, de modo que a sua utilização seja eficaz.

Quando falamos em adaptação de cuidados, verifica-se que não dependem somente da idade da criança, mas também da maturidade e medo demonstrado. Sabe-se que durante a realização de procedimentos invasivos em duas crianças diferentes com a mesma idade ambas podem ter comportamentos completamente distintos, choro ou tranquilidade.

Segundo Diogo et al. (2016), em crianças dos 6 aos 12 anos uma das experiências hospitalares traumáticas é a hospitalização de urgência, observando-se medo da própria morte; pensamento de morte, acompanhada por experiência de doença e sofrimento bem como a percepção de que está abandonado, potenciando o medo de morrer. Os adolescentes podem demonstrar sentimentos de dependência e despersonalização evidenciado pela rejeição, falta de cooperação, isolamento, raiva e frustração. Atualmente, os serviços de pediatria são humanizados e adaptados às necessidades da criança, na medida em que os enfermeiros procuram desenvolver métodos no qual se esforçam por transformar a situação de doença numa experiência o mais positiva possível.

De modo a minimizar os sentimentos negativos, o enfermeiro tem um papel crucial na preparação destas situações, podendo explicar antecipadamente o procedimento, as pessoas envolvidas e a forma como as crianças e os pais podem colaborar. Garantir a privacidade, preservar o contacto com os pais se estes assim o desejarem e transmitir de forma tranquila os efeitos antes, durante e após os procedimentos pode ser benéfico para que os cuidados sejam vistos de uma forma positiva, sendo aceites mais facilmente.

Em suma, um serviço de UP beneficia de enfermeiros ESIP na medida em que estes é possuídos de conhecimentos específicos acerca de desenvolvimento infantil, identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória, atuação imediata em situações de risco, gestão e controlo da dor, comunicação em situações complexas como também parceria de cuidados facilitando a resposta às necessidades da criança e jovem.

2.3. NEONATOLOGIA

O serviço de Neonatologia encontra-se inserido num hospital da região centro, com referência a nível nacional e internacional, com elevados padrões de diferenciação clínica, técnica e científica, e de qualidade e segurança, sempre com o compromisso criação de conhecimento e inovação. Apresenta como valores, a dignidade e o respeito humano, tendo em conta os princípios da bioética e deontologia profissional, não deixando de parte valores, como a honestidade, integridade, humanismo, equidade e justiça (SNS, 2024).

Relativamente à sua missão pretende que os cuidados de saúde sejam realizados com qualidade e diferenciação ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referência europeias. A formação de profissionais de saúde, colaboração na investigação e integração nas redes e consórcios académicos clínicos nacionais e internacionais fazem parte das restantes missões (SNS, 2024).

O serviço de Neonatologia abrange toda a região centro, atendendo recém-nascidos prematuros que não tenham condições para ficar em Hospitais Distritais. Assim, acolhe recém-nascidos com menos de 32 semanas ou menos de 1200 gr.

Este serviço é constituído por quatro salas e um berçário, em que no seu conjunto, apresentam nove incubadoras para cuidados intensivos e no berçário, cinco berços para cuidados intermédios. Os cuidados prestados têm por base os cuidados centrados na família, os cuidados centrados no desenvolvimento e os cuidados atraumáticos.

A equipa de enfermagem é constituída na sua maioria por profissionais especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

2.3.1. Competências Comuns desenvolvidas na Neonatologia

Cuidar em Neonatologia, não abstém que os cuidados prestados pelos profissionais sejam regidos pelos princípios da ética e deontologia profissional. Na Neonatologia, o respeito humano e as responsabilidades profissionais são diariamente garantidas. Assim, o respeito pela confidencialidade de dados, pela dignidade do recém-nascido e a devida atenção relativa ao consentimento informado aos pais para realização de procedimento permitem à unidade garantir os princípios éticos e deontológicos como também a excelência dos cuidados.

Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, os profissionais da Neonatologia investem na criação de grupos organizacionais em diversas áreas, com o intuito de atualização de conhecimentos tanto para o grupo como para os restantes profissionais através de formação. Este é um investimento também com vista à melhoria contínua dos cuidados ao recém-nascido e aos pais.

Durante o estágio, não houve oportunidade de participar num dos grupos, no entanto debati alguns temas essenciais para a melhoria da minha prática clínica, como ventilação invasiva e não invasiva, lesões de pele, papel parental, posicionamento e a amamentação com o enfermeiro Tutor.

A comunicação com os enfermeiros e restantes elementos da equipa multidisciplinar ocorreu de forma eficaz e coesa, sendo o elo essencial para concretização da excelência dos cuidados ao recém-nascido e sua família.

Os cuidados ao recém-nascido, requerem diálogo antecipatório, pois são cuidados minuciosos e de grande complexidade a um ser vulnerável, no qual a reflexão prévia faz a diferença nos cuidados. Na Neonatologia, os cuidados prestados a um recém-nascido são

realizados por dois enfermeiros, sendo fundamental a gestão dos cuidados com os diversos elementos. No estágio, tive oportunidade com o enfermeiro Tutor de gerir os cuidados ao recém-nascido e família, tornando-se um processo dinâmico e interessante, na medida em que constantemente refletíamos em conjunto as necessidades de saúde do recém-nascido e a prestação dos cuidados.

Para além das reflexões realizados com o enfermeiro aquando dos cuidados, durante o período de estágio recorri à pesquisa, via internet, para esclarecimento de dúvidas e aprofundamento de alguns temas. Ainda, elaborei uma pequena reflexão relativa à minha prática clínica com o tema “Comunicação complexa com os pais após morte de filho prematuro” (Apêndice 5). Momentos reflexivos que nos fazem crescer enquanto profissionais, com vista a uma prática segura, com melhoria dos cuidados de saúde.

2.3.2. Competências Específicas desenvolvidas na Neonatologia

Os cuidados prestados aos Recém-Nascido Prematuro (RNP) têm apresentado mudanças, passando de assistência para a sobrevivência com uma perspetiva aliada a qualidade de vida do RNP e da sua família (Martins et al., 2021).

2.3.2.1. Assistir a criança/jovem com Família, na maximização da sua Saúde

Chamamos de prematuridade aos nascimentos ocorridos antes das 37 semanas de idade gestacional, mas em que o peso ao nascimento se torna igualmente importante para a classificação de RNP. Assim, o RNP de acordo com idade gestacional e peso ao nascimento classifica-se por: pré-termo limiar (nasce entre 33 e 36 semanas de idade gestacional e/ou tem peso de nascença entre 1500 gr e 2500gr); prematuro moderado (nasce entre as 28 e 32 semanas de idade gestacional e/ou tem peso à nascença entre 1000gr e 2500gr); prematuro extremo ou grande prematuro (nasce antes de ter completado as 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000g) (Ferraz, 2017).

Segundo Ferraz et al. (2022), nascem anualmente 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. Com o tempo, houve um grande desenvolvimento dos cuidados prestados ao RNP, no entanto a prematuridade ainda se mantém associada a diversos riscos, nomeadamente de compromisso neurodesenvolvimental (com sequelas motoras, neurossensoriais, cognitivas e/ou comportamentais).

O RNP necessita de cuidados especiais ao nível da assistência perinatal, uma vez que sendo submetido a internamento de cuidados intensivos está exposto a uma sobrecarga de

estímulos sensoriais influentes no seu desenvolvimento do sistema nervoso central (Ferraz, 2017). Portanto, é importante que as equipas destas unidades trabalhem no sentido de minimizar as complicações da prematuridade e ajudem as famílias na adaptação e capacitação ao contexto (Ferraz et al., 2022).

Os cuidados na Neonatologia têm por base os cuidados centrados no desenvolvimento e os cuidados centrados na família, constituindo em conjunto o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal de Altimier e Phillips. Trata-se de uma abordagem filosófica de cuidados holísticos e de um modelo prático de avaliação das respostas dos recém-nascidos aos cuidados que lhe são prestados.

Este modelo é composto por sete medidas padrão neuroprotetoras a ter em conta durante as intervenções: ambiente terapêutico, parceria da família, posicionamento e toque, sono, stress e dor, proteção da pele e alimentação (França, 2021). As necessidades de cada RNP e sua família são sistematizadas e adequadas às necessidades individuais e promotoras do desenvolvimento neurológico da criança (Ferraz, 2017), tornando-se assim importante nos cuidados ao RNP a presença de um enfermeiro ESIP, na medida em que este é detentor de competências específicas na prestação de cuidados diferenciados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, promovendo de forma eficaz a assistência para a maximização da saúde de forma individualizada.

Um dos objetivos dos profissionais que trabalham na unidade passa por envolver a família desde o primeiro momento de internamento na prestação de cuidados, tendo por base a filosofia dos cuidados centrados na família que valoriza a importância da família no bem-estar e desenvolvimento do RNP.

Segundo Martins et al. (2021), quando a instituição envolve a família nos programas de cuidados reduz o stress parental, aumenta a satisfação das mães no cuidado prestado e posteriormente capacita os pais na prestação de cuidados.

Durante o tempo em que o RNP se encontram na incubadora é essencial explicar aos pais a importância da sua presença para o desenvolvimento do recém-nascido, sendo o toque fundamental para facilitar o processo de vinculação, uma vez que este funciona como um sistema aberto entre pais-filho. Considera-se que o enfermeiro ESIP, tem um papel preponderante na promoção da vinculação do recém-nascido de forma sistemática, sendo o toque uma forma de início do processo. Ainda, é importante o enfermeiro ser atencioso no diálogo com os pais na medida em que deve recorrer a uma escuta ativa e empática, criando

um ambiente acolhedor, onde se sintam valorizados, permitindo que participem nos cuidados ao bebé (NICU Brain Sensitive Care Committee, 2015).

Assim, num primeiro momento, é crucial incentivar os pais a realizar contenção durante a prestação de cuidados. Posteriormente, o contacto pele a pele, sendo este fundamental para o fortalecimento da vinculação e facilitação no processo de amamentação.

Educar os pais para a prestação de cuidados diários como mudança de fralda, higiene, alimentação, controlo de temperatura deve fazer parte do plano de cuidados do enfermeiro não só para envolver a família no cuidado, mas com vista a iniciar o processo de preparação para a alta.

No berçário, sempre que é possível os pais participam nos cuidados ao filho na sua totalidade com supervisão do enfermeiro de modo a colmatar dúvidas existentes e antever sinais de alerta essenciais para facilitar a autonomia dos cuidadores no domicílio como a segurança do RNP.

Estudos demonstram que uma boa parceria entre profissionais e famílias reduzem o tempo de permanência dos recém-nascidos em internamento e aumentam a satisfação dos pais e da equipa (NICU Brain Sensitive Care Committee, 2015). Sabe-se que o enfermeiro ESIP é possuidor de estratégias específicas comunicacionais que poderão ter influência de forma positiva na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família, procedendo à negociação dos cuidados consoante o estadio de desenvolvimento do RNP, sendo este processo fundamental tanto para a satisfação dos pais como para o desenvolvimento adequado do RNP.

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

Um RNP numa unidade intensiva está exposto a numerosas manipulações durante o dia, para além disso, encontra-se num ambiente diferente do útero materno, com bastante ruído e luz, em que o seu manuseio pode ocorrer sem o cuidado adequado para a diminuição do stress e dor (Marcondes et al., 2017). Sabe-se, ainda, que o sistema nervoso central do RNP é imaturo e a sensação dolorosa traz alterações nos parâmetros fisiológicos e na perceção dolorosa futura (Maki et al., 2017). Desta forma, torna-se pertinente a atuação do enfermeiro ESIP na dor na medida em que este é possuidor de conhecimento específico no diagnóstico de situações de dor que possam afetar de forma negativa a vida ou a qualidade de vida do RNP.

Segundo Maki et al. (2017), a intubação orotraqueal e a inserção de cateteres venosos são os procedimentos mais dolorosos experimentados pelo RNP. Preconiza-se que a avaliação da dor deve ser realizada antes das manipulações do recém-nascido, através de uma escala de dor. Na Neonatologia, aplica-se a Escala de Dor e Desconforto do Recém-nascido (EDIN), que segundo Batalha (2016), é uma escala unidimensional comportamental que inclui cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação (sociabilidade) e reconforto (consolabilidade).

Motta e Cunha (2015), afirmam que para reduzir a dor no recém-nascido é necessário diminuir o número de procedimentos realizados, as várias tentativas de procedimentos falhados e a redução do número de interrupções. Porém, pode-se recorrer a intervenções farmacológicas ou não farmacológicas, verificando-se a necessidade da sua reavaliação, após trinta minutos a uma hora após a sua implementação.

O recurso à sacarose ou glicose via oral antes e durante a realização de procedimentos dolorosos é sempre considerada na unidade. Segundo Martins et al. (2021), a sacarose tem eficácia na redução da dor, sendo de fácil aplicação sem efeito colateral. A aplicação antes da realização de procedimentos dolorosos, causa a libertação de opióides endógenos com propriedade analgésica que bloqueiam os recetores da dor, verificando-se diminuição na duração do choro, expressão facial atenuada e os valores de frequência cardíaca mantidos (Motta & Cunha, 2015).

A administração de sacarose pode ser associada à sucção não nutritiva através da chupeta ou dedo. Segundo estudos, este método não farmacológico pode diminuir a hiperatividade e aliviar o desconforto do RNP, observando-se melhoria de dados fisiológicos como oxigenação, respiração, frequência cardíaca e diminuição de gastos energéticos (Motta & Cunha, 2015).

A voz materna é um auxílio benéfico ao conforto fisiológico, na medida em que segundo estudo, reduz o choro, a dor, auxiliando no equilíbrio de dados fisiológicos. Sabe-se ainda, que o recurso à voz potencia a estimulação auditiva e da linguagem (Martins et al., 2021).

As estratégias anteriormente descritas são aplicáveis na unidade, no entanto quando é possível, a amamentação com contacto pele a pele e contenção são igualmente três métodos utilizados que podem ser aplicados em simultâneo para alívio da dor. Segundo Motta e Cunha (2015), o alívio da dor é potenciado quando há a combinação de tratamentos. A sua utilização torna-se essencial para garantir um cuidado humanizado ao RNP, evitando danos possíveis devido à exposição prolongada da dor. Assim, é de reforçar a importância do enfermeiro ESIP na Neonatologia, pois este é detentor de conhecimentos especializados na avaliação da dor,

gestão e controlo da dor, mobilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que permitem ao RNP um maior conforto e à sua família maior tranquilidade.

2.2.2.3. Presta cuidados específicos com resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

O ambiente no qual o RNP é cuidado, em contraste com o ambiente ideal o qual seria o útero da mãe é uma preocupação para os profissionais de saúde (Testa, 2011).

Segundo Ferraz (2017), o ambiente terapêutico inclui o ambiente físico, humano e organizacional que interfere na qualidade dos cuidados. A combinação harmoniosa destes três sistemas promove a neuroprotecção do RNP, demonstra o respeito pela dignidade humana e oferece apoio socioemocional.

O ambiente físico envolve o meio sensorial, meio estético e apresentação física, correspondendo a um espaço relaxante, espaçoso e esteticamente harmonioso, facilitador ao desenvolvimento de relações terapêuticas (Monteiro, 2019).

No meio sensorial pretende-se que os cuidados proporcionem o desenvolvimento dos sentidos sensorial tátil, gustativo, olfativo, auditivo e visual, verificando-se a promoção através do método canguru (tátil, olfativo e visual), contenção do colo ou em incubadora (tátil), estimulação com leite materno na boca ou sucção não nutritiva (gustativa) e a voz, preferencialmente dos pais calma e com timbre baixo (auditivo). Torna-se pertinente neste meio a diminuição de ruídos hospitalares causados por dispositivos médicos e diminuição da luminosidade hospitalar. Segundo Monteiro (2019), o ambiente luminoso deve ser adequado ao recém-nascido, protegendo os olhos sempre que possível, pois constitui um fator de stress que afeta o desenvolvimento global e neurossensorial.

O posicionamento é foco de especial atenção dos profissionais da Neonatologia visto ser uma das formas de promover um desenvolvimento motor adequado, prevenindo ainda, o desenvolvimento de padrões de movimento anómalos (Testa, 2002).

O RNP adquire fora do útero da mãe, uma postura em extensão, sendo completamente contrária à do meio uterino causando-lhe insegurança, irritabilidade, aumento da atividade motora e maior gasto calórico (Testa, 2002). Um posicionamento adequado deve contemplar o favorecimento do desenvolvimento postural, tónus e simetria, com vista a melhorar parâmetros fisiológicos e comportamentais, pois o padrão respiratório, a frequência cardíaca,

oxigenação cerebral, a dor, o sono e a postura são influenciados consoante o posicionamento adotado (Cunha & Santos, 2020).

Perante isto, e sabendo que o enfermeiro ESIP é detentor de conhecimentos específicos em fisiologia da criança e deteção de situações fisiológicas que ameacem o RNP torna-se fundamental a presença destes aquando do posicionamento de modo a promover um desenvolvimento adequado, como também o seu conforto.

Assim, é importante numa incubadora tentarmos adaptar a posição do RNP como se tivesse *in útero*. Deve-se recorrer a dispositivos de apoio como rolos, ninhos e fraldas de tecido de modo a conter e promover o autocontrolo, conservação de energia e stress fisiológico e comportamental. O RNP deve estar alinhado com flexão dos membros, com as mãos junto à face, evitando a abdução e retração escapular que possam levar à limitação do ombro (Testa, 2002).

É aconselhável a mudança de posição com frequência, dando a possibilidade de alternância de movimento no RNP, no sentido de minimizar possíveis limitações motoras, alterações da pele e possível desconforto. Se o recém-nascido se encontrar inquieto é importante ser reposicionado.

Segundo Ferreira e Callado (2013), o toque é uma forma de comunicação, clarificando-se por uma vivência fundamental para o desenvolvimento emocional e efetivo. Ademais, apresenta um efeito direto sobre as capacidades de perceção e cognição, influenciando parâmetros fisiológicos como a respiração e o fluxo sanguíneo.

Na Neonatologia, os cuidados ao recém-nascido são realizados a duas mãos, de modo que um enfermeiro permaneça com as mãos pousadas sobre o bebé a servir de contenção com o intuito de lhe proporcionar conforto, tranquilidade e redução da desorganização postural. Verifica-se nos cuidados, apenas com uma pessoa, que o RNP facilmente apresenta sinais de stress.

O toque não se resume apenas à prática de cuidados ao recém-nascido pelo enfermeiro, os pais são incentivados a tocar no seu filho. Assim, sempre que há possibilidade clínica, os pais ajudam na contenção do RNP durante os cuidados através do toque, observando-se melhoria de sinais fisiológicos e organização postural.

Na unidade, o método do canguru, que consiste na colocação do RNP no tórax da mãe, pai ou cuidador principal, é um dos métodos utilizados pelo enfermeiro de ESIP de incentivo ao

toque, com vista à promoção do contato físicos pais e RNP, da vinculação e transição para a parentalidade. Afirmado isto, por Lisboa e Fernandes (2021), referindo que o método apresenta muitas vantagens, auxilia no vínculo efetivo, proporciona maior capacidade e confiança dos pais a cuidar do seu filho, beneficia o recém-nascido de uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral e aumenta a qualidade do desenvolvimento psicomotor.

O sono é uma necessidade básica, que favorece a maturação do sistema nervoso central, consolidação da memória, aprendizagem, manutenção de energia, termorregulação, imunidade, produção de hormonas de crescimento, melatonina, prolactina, renina e cortisol (Maki et al., 2017).

Alterações do sono no início da vida, podem desencadear no RNP futuramente alterações cognitivas, de atenção, aumento do risco de doenças asmáticas, obesidade, ansiedade, depressão e comprometimento comportamental e social (Maki et al., 2017).

Na Neonatologia, os cuidados ao RNP são geridos de forma a respeitar os ciclos de sono, sendo realizados agrupadamente, no mesmo momento. Assim, no berçário, o RNP é alimentado aquando dos sinais de alerta (sempre com indicação médica) de maneira a não causar perturbações de sono. Segundo Maki et al. (2017), a privação do sono e manipulação excessiva no RNP pode prejudicar o seu desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade, desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva.

Segundo Martins et al. (2021), devem avaliar-se os sinais comportamentais antes dos cuidados, sistematizando e planeando-os antecipadamente, para que o prematuro desfrute de um ciclo sono-vigília benéfico ao desenvolvimento. Com isto, torna-se pertinente a participação ativa do enfermeiro ESIP, pois este apresenta conhecimentos específicos à cerca dos ciclos de sono, estratégias de promoção do sono e os benefícios do mesmo para a saúde do RNP, tendo um papel fundamental no planeamento das intervenções antecipadamente, essenciais ao desenvolvimento do RNP.

No que diz respeito à pele, esta é a primeira barreira do corpo que ajuda na defesa contra patógenos e infeções, facilitando a termorregulação, controlo de água e equilíbrio eletrolítico. Desde o parto há a preocupação em manter uma pele íntegra, com temperatura adequada para que o recém-nascido se adapte ao meio externo (Aredes et al., 2017)

Um RNP internado em cuidados intensivos possui um elevado risco de lesões de pele associadas a dispositivos e procedimentos essenciais a sobrevivência. Durante o tempo em estágio, verificou-se este problema ocasionalmente, independentemente da alternância de dispositivos médicos e hidratação da pele. Num dos casos de contato, o RNP fez uma lesão ao nível do grande peitoral devido à monitorização com elétrodos, no outro caso ocorreu uma infiltração de medicamento por via percutânea que por conseguinte causou uma ferida na região interna da perna com alguma gravidade, sendo necessário a realização de penso com frequência.

Algumas das feridas identificadas em contexto de cuidados intensivos, deve-se ao uso de adesivos para fixação de dispositivos. Os RNP têm uma pele fina que na remoção de adesivos facilmente provoca lesões, por isso é necessário refletir sobre necessidade de troca de adesivo como as aplicações de estratégias facilitadoras para a sua remoção.

Durante o uso de ventilação não invasiva, podemos observar pontos de pressão na pele causados pelos dispositivos, sendo necessário uma avaliação constante, bem como estratégias de prevenção para evitar o contato da pele com eles. Segundo Aredes et al. (2017), a placa hidrocolóide é um apósito eficaz na proteção da pele no uso de dispositivos de ventilação. Na Neonatologia, recorre-se a este método e ao alívio do capacete e cintas durante os cuidados de modo a aliviar os pontos de pressão.

É de salientar, como já abordado, a importância da alternância de decúbitos e o correto posicionamento para a prevenção de úlceras por pressão no recém-nascido. Cabe aos enfermeiros, em especial aos ESIP, a atenção neste cuidado, recorrendo à utilização de escalas de observação do risco de lesão da pele no RNP, de modo a adquirirem estratégias que minimizem os fatores de risco destas lesões.

A manutenção da temperatura é um fator primordial no RNP, por isso recém-nascidos com menos de 1500 gr permanecem na incubadora com controlo de humidade e com temperatura adequada de maneira a manterem um ambiente térmico neutro capaz de manter a temperatura central normal evitando perdas desnecessárias de energia. É verdade que as incubadoras são um mecanismo ideal para a termorregulação, no entanto, no prematuro o contato pele a pele com os pais fornece um ambiente ideal (NICU Brain Sensitive Care Committee, 2015).

O RNP alimenta-se de leite, podendo ser leite materno exclusivo, leite adaptado ou misto. Segundo Moraes et al. (2022), o leite materno proporciona vantagens ao nível nutricional, imunológico, endócrino, económico e ecológico. Ainda, melhora questões de prematuridade

como enterocolite necrosante, sépsis, retinopatia, funcionando como um ótimo antioxidante. Ajuda no desempenho neuropsicomotor, diminuindo o tempo de hospitalização e fortalecimento do vínculo mãe-filho.

Nos cuidados, quando abordamos a família numa primeira instância acerca da possibilidade de amamentar, é necessário entender, inicialmente, o conhecimento da família acerca de amamentação, posteriormente entender se este processo foi aceite, pois existem muitas mães que recusam amamentar por questões culturais, profissionais ou estéticas.

O enfermeiro ESIP tem um papel fundamental na promoção do aleitamento materno, no entanto tem o dever de respeitar a decisão da mãe, independentemente do motivo. Caso o recurso a leite materno seja aceite é crucial que o enfermeiro ESIP tenha um papel ativo diariamente com a família de maneira a minimizar as dificuldades e prevenir a abolição do processo de amamentação. Moraes et al. (2022), referem que o internamento nestas unidades e o nascimento prematuro, provoca um afastamento físico, provocando stress, ansiedade e insegurança da mãe, culpabilizando-se pelo parto prematuro, o que pode influenciar negativamente a produção de leite materno.

A imaturidade fisiológica e neurológica causada pela prematuridade reflete-se num controlo inadequado da sucção, deglutição e respiração, na medida em que a maioria dos RNPs da unidade necessitam de auxílio na alimentação com recurso a gavagem. Desta forma, para que o recém-nascido tenha contacto com o sabor de leite materno, na unidade realiza-se a estimulação papilar. Isto não só irá produzir satisfação no RNP, mas também à mãe, na medida em que esta se sente útil no processo de desenvolvimento do seu filho. Sendo o enfermeiro ESIP detentor de um conhecimento aprofundado acerca do processo de amamentação, vinculação e parentalidade torna-se então, pertinente a sua atuação com vista a satisfação dos pais e desenvolvimento adequado do RNP.

Segundo estudos, o contacto físico entre o recém-nascido e a família, através da implementação do método canguru é fundamental para a produção de leite materno. Na Neonatologia, não havendo possibilidade deste método por questões fisiológicas do recém-nascido, a mãe é incentivada à extração mecânica de leite junto à incubadora. A visualização do filho no momento da extração é uma das estratégias utilizadas para aumento da produção de leite.

Na unidade, os enfermeiros, principalmente os ESIP têm um papel preponderante na progressão da alimentação por gavagem para biberão ou mama da mãe. Torna-se notório o olhar atento dos profissionais para os sinais de prontidão do recém-nascido. É um processo

contínuo e longo, constituído por diversas etapas, com início no seu nascimento, estimulação papilar, contato pele a pele, estimulação mamária da mãe, aquisição de reflexos de sucção e deglutição do bebé e por fim a mamada. É de salientar, a importância da vigilância ponderal no entendimento da eficácia do processo.

Em suma, torna-se fundamental a presença destes profissionais em serviços de neonatologia, devido ao seu conhecimento especializado, garantindo assim, a qualidade de cuidados e por conseguinte a promoção de resultados positivos ao nível do desenvolvimento do recém-nascido como da rede de suporte familiar.

PARTE 2 -COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A investigação em Enfermagem permite o aprofundamento acerca de um determinado tema, desenvolvendo a capacidade crítica e de tomada de decisão, com vista à promoção da saúde e segurança de quem se cuida.

O trabalho de investigação realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é apresentado de seguida em formato de artigo científico, segundo as regras da publicação revista Referência para submissão após defesa, atendendo as sugestões que imanem da sua discussão.

1. A LÍNGUA COMO BARREIRA NOS ENSINOS DE ENFERMAGEM AOS PAIS IMIGRANTES QUE NÃO FALAM PORTUGUÊS

RESUMO:

Enquadramento: Com o aumento da migração mundial, o contato de pessoas com línguas distintas torna-se recorrente. Nos cuidados em saúde, estamos cientes que uma comunicação eficaz é a base da qualidade dos cuidados. Em contexto pediátrico, o diálogo entre o enfermeiro e os pais com línguas diferentes da língua oficial pode ser uma barreira para a qualidade dos cuidados.

Objetivos: Identificar de que modo o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinamentos de enfermagem e, identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nos ensinamentos aos pais na presença de barreira linguística.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo com recurso à observação de ensinamentos de enfermagem a pais imigrantes que não dominam o português, com recurso a uma *check list*. Para análise dos dados optou-se pela abordagem de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Os resultados permitiram o emergir de três categorias de análise: compreensão dos ensinamentos; expressões de não entendimento, e estratégias para ultrapassar a barreira linguística.

Conclusão: O estudo demonstra a não compreensão dos ensinamentos, com base em expressões de não entendimento dos pais. As estratégias utilizadas para ultrapassar a barreira linguística são: recurso a tradutores online, método expositivo e demonstrativo.

Palavras-chave: Pais; Enfermagem, Educação em Enfermagem; Imigração.

ABSTRACT:

Background: With the increase of global migration, the contact between people of different languages becomes recurring. At healthcare we are aware that an efficient communication is the base of the quality of healthcare. In a paediatric context, the communication between the nurse and the parents with different language from the official one can be a barrier to the quality of the care.

Purpose: Identify in which way the lack of fluency in Portuguese language by the immigrant parents can interfere with the understanding of the nursing education; and identify the strategies used by the nurse in teaching the parents in the presence of a linguistic barrier.

Methodology: Qualitative, descriptive study recurring to observation of nursing education to immigrant parents not fluent in Portuguese language, using a Checklist. Laurence Bardin content analysis approach has been chosen for data analysis.

Results: The results allowed three analysis categories to arise: understanding of education; non-understanding expressions; and strategies to overcome the linguistic barrier.

Conclusion: The study shows the non-understanding of the nursing education, based on parents' non-understanding expressions. The strategies used to overcome the linguistic barrier are online translators, expository method and demonstration method.

Keywords: Parents; Nursing; Nursing Education; Immigration

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2023), em 31 dezembro de 2022 a população residente em Portugal foi estimada em 10 467 366 pessoas, mais 46 249 pessoas que em 2021, tendo sofrido um aumento pelo quarto ano consecutivo. Em 2022, estimou-se um total de imigrantes permanentes de 117 843 e de 30 954 emigrantes permanentes, verificando-se uma diferença positiva de imigração.

A procura de melhores condições de trabalho, a saída de território em guerra e conflito são algumas das razões para o aumento da migração. Por outro lado, avanços tecnológicos na área do transporte e comunicação facilitam o movimento entre os diferentes países. Para além disso, com o avanço na saúde, ocorre o turismo em saúde, onde as pessoas saem do seu país à procura de melhores cuidados em saúde (Aydoğdu, 2021).

Estudos demonstram que o estado de saúde da população migrante é pior que a não migrante, verificando-se que o tratamento e cuidados não é equivalente em população não migrante devido à barreira linguística. (Kaufmann, et al., 2020). Ainda, segundo Squires (2018), no momento da alta, caso os ensinamentos não sejam realizados na mesma língua que o recetor, o número de readmissões aumenta em trinta dias.

Assim, torna-se pertinente identificar de que modo o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinamentos de enfermagem, bem como as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nos ensinamentos aos pais na presença de barreira linguística.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes (Campos & Ruivo, p. 26, 2020).

Comunicar em pediatria é essencial para o sucesso dos cuidados e do tratamento, tanto para os pais ou cuidadores, como para a criança. A qualidade da comunicação no momento de prestação de cuidados é fundamental para a adaptação dos pais ao tratamento como para a qualidade dos cuidados às crianças, considerando-se uma ferramenta crucial na eficiência do processo terapêutico (Oliveira & Silva, 2021).

Educar em saúde é uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro aquando dos cuidados, na medida em que envolve o paciente em atividades educativas com vista a promoção da

qualidade de vida e desenvolvimento das tarefas diárias. Através do diálogo, conhecimento científico e da vivência dos indivíduos, o enfermeiro fornece orientações, esclarece dúvidas, previne doenças e/ou promove a adaptação da condição de saúde (Costa et al., 2020). Através do ensino, aumenta o vínculo com o paciente e/ou familiar bem como inserir mudanças nas práticas quotidianas com vista a promoção da saúde (Costa et al., 2020).

Segundo Kaufmann et al. (2020), para que haja qualidade nos cuidados é fundamental uma comunicação clara e compreensível entre os profissionais e os pacientes. As barreiras linguísticas interferem nos cuidados médicos, dificultam o processo terapêutico, causando impacto na qualidade do tratamento e adesão terapêutica, pondo em risco a segurança do doente. Os pacientes imigrantes tornam-se um desafio peculiar principalmente para os enfermeiros.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De que forma o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinamentos realizados pelo enfermeiro? E quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para ultrapassar a barreira linguística durante esses ensinamentos?

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo, com recurso à observação, realizado em três contextos (Unidade de Saúde Familiar, Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia). O estudo teve por base a observação de três enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica durante a realização de ensinamentos de enfermagem a pais imigrantes com idioma diferente do português. Em cada contexto, recorreu-se à observação guiada por *check list* como método/técnica de colheita de dados. Foram realizadas cinco observações.

Recorreu-se a uma amostra intencional com os seguintes critérios de inclusão: O enfermeiro ser detentor do curso de especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; exercer funções nos serviços e contextos selecionados; realizar ensinamentos a pais imigrantes que não dominem a língua portuguesa. O convite aos participantes foi realizado pessoalmente, sendo a sua participação voluntária e aceite por todos os contactados.

A garantia dos direitos, liberdade e consentimento dos participantes foi uma preocupação do investigador. A neutralidade e imparcialidade, assim como os princípios fundamentais da bioética (a Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça), foram elementos

orientadores da investigação. O consentimento informado foi solicitado ao profissional no início da observação, de forma escrita (Apêndice 6).

Primeiramente, considerou-se pertinente verificar a existência de um protocolo de atuação nos três diferentes contextos da temática em estudo. Seguidamente, recorreu-se a uma *check list* elaborada pelo investigador, com parâmetros essenciais à observação: o diálogo pausado, a repetição da informação pelo emissor, a repetição de informação pelo recetor, expressões verbais ou não verbais de incompreensão do recetor assim como a realização de questões. Considerou-se fundamental atender ao local de realização de ensinios; um local tranquilo, sem ruído ou estímulos externos que interferissem na ação do enfermeiro.

Ao longo dos ensinios também foram observadas as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para colmatar as barreiras linguísticas. Após a realização de ensinios aos pais, o investigador discutiu com o enfermeiro acerca do modo de atuação, no sentido de determinar se os parâmetros tinham sido considerados suficientes para a concretização de um ensino adequado, bem como interpretação do enfermeiro relativamente ao comportamento dos pais.

Para análise dos dados, optou-se pela abordagem de análise de conteúdo de Laurence Bardin, cumprindo as suas etapas: Pré-análise: é a fase de organização, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa; Exploração do material: é a intervenção de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente; e por fim, Tratamento dos resultados – os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, podendo propor interferências e adiantar interpretações (Bardin, 2016).

Para uma melhor compreensão dos achados, foi realizada uma leitura flutuante das transcrições da *check-list*, feita uma análise sistemática às informações obtidas, o que permitiu encontrar a essência do fenómeno, extrair declarações significativas e separá-las em grupos que se designam por categorias.

RESULTADOS

Unidade de Saúde Familiar (USF)

Na USF verificou-se existir um protocolo de serviço com o título “Ferramentas para ultrapassar barreiras de comunicação”, sendo objetivo deste ultrapassar barreiras de comunicação efetiva com cidadãos de língua estrangeira. O protocolo aponta para que, em caso de dificuldade em comunicar com o utente de outra língua, os profissionais devem utilizar o serviço de tradução telefónica (serviço existente na instituição), e/ou sempre que possível exemplificar

com imagens. Segundo os profissionais, é realizado o pedido de tradução telefônica, mas frequentemente não tem disponibilidade imediata, não indo de encontro ao tempo/necessidades do utente.

Nesta unidade, foram observados ensinamentos a uma família brasileira e uma paquistanesa, ambos em situação de consultas de saúde infantil.

Observação 1

Na família brasileira, a criança apresentava excesso de peso, sendo realizados ensinamentos à mãe sobre alimentação saudável. Ensino realizado no gabinete de consultas de pediatria, considerando-se um local calmo e adequado.

A enfermeira manteve um discurso pausado, repetindo a informação com recurso a vocabulário leigo. O recetor não repetiu a informação, verificando-se que não tinha entendido quando afirmava “não tô entendendo” ou “oi?” sic. Sempre que estas expressões foram utilizadas pela mãe, a enfermeira reformulava a informação, simplificando-a. Quando se questionava a mãe, respondia com discurso rápido “sim, sim!” sic. acabando por nunca repetir a informação dada.

Segundo a enfermeira, de oito parâmetros que costuma ter em atenção nas questões da alimentação saudável, apenas foram abordados cinco e simplificados. Com vista a completar a informação, a enfermeira entregou à mãe um folheto em português acerca de alimentação saudável.

Posto isto, perante o enfermeiro investigado, este isola “expressões de não entendimento” (“oi”, “não tô entendendo”) que indicam a não compreensão pelos pais perante os ensinamentos efetuados. Nesta observação, destaca-se como estratégia de ultrapassar a barreira linguística, a entrega de um folheto informativo.

Observação 2

Na família paquistanesa, nenhum dos elementos dominava o português ou o inglês, apenas paquistanês. Durante a consulta de saúde infantil, num local calmo, foi observado eritema de fralda. A enfermeira utilizou a aplicação do google tradutor® para conseguir dialogar com esta família, no entanto este método não se demonstrou eficaz. Assim, a enfermeira recorreu à realização dos cuidados de higiene da criança e aplicação de creme com a observação dos pais. Segundo esta, considera que “se eles observarem a realização dos cuidados

corretamente, irão repetir” sic. Não houve tempo para treino dos pais relativamente ao procedimento, não sendo possível concluir se entenderam ou não.

Segundo a enfermeira em estudo, relativamente ao eritema da fralda costuma abordar seis itens, tendo sido abordados apenas três. Considera ainda, pertinente a criação de folhetos online em diferentes idiomas, ou a existência de uma aplicação dentro do SNS que aborde temas básicos dos cuidados em diferentes línguas ou com a possibilidade de tradução no imediato. Afirma ainda que “a exemplificação e treinamento em pais migrantes com barreiras linguísticas é a única forma de ensinar os cuidados básicos” sic.

Nesta observação, destacam-se duas estratégias de colmatar a barreira linguística, o recurso ao google tradutor® e o método demonstrativo. Na opinião da enfermeira, a segunda estratégia é a mais compreendida pelos pais. Apesar disto, nesta situação ambas não tiveram sucesso.

Urgência Pediátrica

Na urgência pediátrica também existe um protocolo de atuação em caso de barreira linguística, com o título “Bolsa de Tradutores Voluntários”, um serviço telefónico com horário restrito em dias úteis. No entanto, segundo os profissionais, este protocolo raramente é utilizado na medida em que na urgência a ocorrência das situações que surgem de forma repentina, aguda e imediata, não estando o tradutor disponível atempadamente e em qualquer horário. Salientam que em situações de comunicação de diagnósticos complexos ou internamento, aguardam pelo tradutor, de maneira a toda a informação ser fornecida.

A observação do estudo na urgência pediátrica teve por base uma família paquistanesa e uma família indiana.

Observação 3

Família paquistanesa recorre ao serviço de urgência, pois a criança apresentava febre e tosse. A criança vinha acompanhada pela mãe que apenas verbalizava monossílabos dispersos em português e inglês.

Na sequência da alta, houve a necessidade de realização de ensinamentos acerca da gestão terapêutica em situação de febre. A enfermeira envolvida, num local calmo, recorreu ao uso do google tradutor® para proceder aos ensinamentos, no entanto esta mãe, perante a informação dada, ia acenando com a cabeça a “negação” e encolhendo os ombros. Não sendo este

método eficaz, a enfermeira escreveu na receita médica o termo “febre” à frente do medicamento, direcionando com o indicador.

A enfermeira afirma que os parâmetros relativos aos ensinamentos de gestão terapêutica não foram compreendidos adequadamente, através de expressões de não entendimento com frases curtas, utilização de monossílabos e linguagem não verbal. Concluindo, que a não compreensão de ensinamentos pode pôr em causa a segurança da criança.

Aqui, destaca-se novamente duas estratégias anteriormente mencionadas, o google tradutor® e o método demonstrativo.

Observação 4

Uma família indiana vinha acompanhada com um familiar que falava português e traduzia a informação para a mãe na língua materna. A observação foi realizada num gabinete calmo somente com os intervenientes. Durante a mesma, os cintos de segurança do dispositivo de transporte da criança não estavam colocados, surgindo a oportunidade de intervir junto dos familiares sobre as questões de segurança e prevenção de quedas. A tradutora, respondeu de imediato “ela sabe” sic, mesmo assim, a enfermeira insistiu para repetir e traduzir a informação para a mãe, tendo esta procedido a tal ação.

Segundo a enfermeira, surge a dúvida de que a informação fornecida pelos familiares tradutores não referenciados pelo hospital pode não ser corretamente traduzida.

Posto isto, outra estratégia utilizada foi o recurso a um tradutor informal, neste caso um familiar, no entendimento da enfermeira poderá ter existido incompreensão relativa ao ensinamento.

Serviço de Neonatologia

No serviço de Neonatologia, existe um protocolo designado por “Doente Estrangeiro”. Este protocolo tem como objetivo descrever a forma como o profissional deve agir sempre que tem dificuldade em comunicar com um doente com barreira linguística. Segundo o protocolo, existe um serviço de tradução telefónica, que funciona apenas em dias úteis e com horário restrito, sob disponibilidade do tradutor. Na opinião do profissional, raramente opta por este serviço, pois o contato com os pais vai para além do horário restrito.

Observação 5

Trata-se de uma mãe guineense, que chegara a Portugal pouco dias antes do parto de um recém-nascido prematuro. Não falava português, apenas comunicava com o enfermeiro através da expressão não verbal, no entanto, sabia-se que entendia algumas palavras em português. O enfermeiro observado pretendia que esta mãe extraísse leite mecanicamente. Num local calmo, junto ao seu bebé, sem ruído, o enfermeiro falou pausadamente, de frente para a mãe acerca da importância da extração de leite materno, no entanto apercebeu-se que esta não estava a entender o que ele dizia, acenando com a cabeça negativamente, com riso e encolhendo os ombros. Após isto, o enfermeiro, demonstrou como se utilizava a máquina de extração de leite e executou o procedimento na mãe.

A mãe aceitou esta atitude, acabando por extrair leite até ao final da sessão. Segundo o enfermeiro observado, refere que os ensinamentos acerca da importância do aleitamento materno não foram compreendidos adequadamente, devido ao uso de expressões de não entendimento dos pais, neste caso linguagem não verbal (encolher os ombros, riso, acenar da cabeça). Acrescentando, que a demonstração é a única forma de chegar aos ensinamentos a estes pais.

Nesta última observação é novamente reforçada a estratégia de demonstração e conseguimos verificar a não compreensão do ensinamento.

Portanto, da análise dos resultados foi possível extrair três categorias: **compreensão dos ensinamentos**, na qual é identificado o sucesso do ensinamento realizado; **expressões de não entendimento**, na qual é destacada características comunicacionais dos pais; por fim, as **estratégias para ultrapassar a barreira linguística**, onde são enunciadas as utilizadas pelos enfermeiros.

DISCUSSÃO

Através das observações descritas, verifica-se que todas têm em comum a não **compreensão dos ensinamentos**, por parte dos pais, devido à barreira linguística. Segundo Belintxon et al. (2020), a comunicação entre pais e enfermeiros que não tenham língua comum é muito difícil, ainda Stephen et al. (2023) acrescenta que os pais têm dificuldade em compreender as informações dadas acerca dos cuidados à criança, dificultando a tomada de decisão destes pais.

Já para Kaufmann et al. (2020), para se ter cuidados de qualidade e garantir o bem-estar é essencial uma comunicação clara e compreensível entre os profissionais de saúde e os doentes, afirmando que a barreira linguística influencia negativamente a qualidade do tratamento, a adesão terapêutica e, por conseguinte, a segurança do doente.

Tanto Belintxon et al. (2020) como Stephen et al. (2023) referem que o idioma é uma barreira que dificulta a interação entre família- enfermeiros, acabando por levar a sentimentos de frustração em ambos.

No que se refere a **expressões de não entendimento**, são descritas pelos investigados, na observação 1,3 e 5, frases curtas, utilização de monossílabos e linguagem não verbal. Estes resultados estão em linha com Belintxon et al. (2020) que refere que as mães com barreira linguística recorrem a respostas simples, curtas, de difícil compreensão, podendo existir momentos de silêncio e pausas. Stephen et al. (2023) declara ainda que, para os enfermeiros se certificarem que os pais entenderam a informação transmitida, devem analisar expressões não verbais e/ou comportamentais, verificando-se estas atitudes.

Relativamente a **estratégias para ultrapassar barreiras linguísticas**, a existência de tradutores, apenas ocorreu na observação 4, onde houve a participação de um familiar tradutor, em que o enfermeiro do estudo considerou duvidoso a sua tradução, na medida em que não sabe se a informação foi bem transmitida. Ideia esta, afirmada por Squires (2018), em que refere que usar um membro da família para interpretar aumenta o risco de não ser traduzido corretamente, acrescentando que usar um familiar tradutor pode pôr em causa a confidencialidade do doente.

Porém, o mesmo autor valoriza a existência de um tradutor especializado em conceitos médicos em pelos menos três momentos: admissão, durante os ensinamentos e alta. Desta forma, seria possível diminuir erros médicos e readmissões. Shephen et al. (2023), confirma que a existência de tradutores ajuda a colmatar a barreira linguística.

Kaufmann et al. (2020), também realça a eficácia de tradutores profissionais, no entanto admite que estes nem sempre estão disponíveis ou por falta de tempo, ou por questões financeiras. Isto, é verificado nos três serviços, em que existe realmente um protocolo para colmatar as barreiras linguísticas, mas que segundo os profissionais nunca é utilizado devido à indisponibilidade do tradutor no momento ideal. Squires (2018), demonstra que a tradução por via telefónica é algo que poderia funcionar corretamente caso fosse planeada antecipadamente.

Assim, na observação 2 e 3 verificou-se que o google tradutor[®] não se tornou uma aplicação eficaz na comunicação, sendo abandonado em ambos os casos. Segundo Kaufmann et al. (2020) e Squires (2018), o aplicativo google tradutor[®] foi criado para frases curtas em situações básicas, não sendo compatível com termos médicos, não devendo por isso ser utilizado no setor da saúde, por questões de segurança. No entanto, no estudo de Kaufmann

et al. (2020), existem enfermeiros que afirmam que “o tempo é pouco” e mesmo sendo uma tradução pouco correta, é melhor do que a não existência deste aplicativo. Ainda nesta categoria, na observação 1, o fornecimento de um folheto expositivo para completar a informação e na observação 2 ,3 e 5 a execução demonstrativa do procedimento, são as estratégias identificadas pelos enfermeiros.

Relativamente à importância de métodos expositivos e demonstrativos para a realização de ensinamentos, Kaufmann et al. (2020) refere que, em determinadas situações os enfermeiros não necessitam de um tradutor, mas sim de gestos e ajudas digitais como fotos e vídeos explicativos, consubstanciando a escolha executada pelos enfermeiros do estudo. Desta forma, o autor salienta a importância da existência de auxílios de comunicação digital não verbal baseado em imagens, enquanto Squires (2018), põe a possibilidade que, aquando da contratação, selecionem profissionais que dominem diversas línguas com vista à melhoria de cuidados.

O presente estudo, apresenta como limitação a existência de uma amostra diminuta. Considera-se que o aumento da amostra com mais profissionais de saúde e pais de outras nacionalidades pudesse levar a um resultado mais robusto, com outras possibilidades de soluções adotadas por enfermeiros de diferentes contextos.

CONCLUSÃO

O estudo realizado demonstrou que o não domínio do português pelos pais imigrantes interferiu na compreensão dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros, apesar de terem sido adotadas estratégias para ultrapassar a barreira linguística.

Verificou-se o esforço dos profissionais para colmar as barreiras da linguagem através do uso de folhetos informativos, do recurso a aplicativos de tradução e da demonstração de procedimentos. Os enfermeiros entenderam que os ensinamentos não foram compreendidos de forma satisfatória, destacando “expressões de não entendimento”.

A evidência científica aponta para que a tradução via telefónica pode ser funcional desde que seja bem implementada. Ainda, o recurso a aplicativos digitais educativos com imagens e vídeos pode ser uma solução, bem como a contratação de enfermeiros com domínio de outras línguas. Estas poderão ser estratégias a equacionar serem utilizadas pelos enfermeiros nos ensinamentos a pais imigrantes. Partindo destes, poderá considerar-se o incentivo à implementação dos protocolos já existentes, a demonstração dos cuidados e a criação de aplicativos digitais explicativos em várias línguas.

Apesar da existência de protocolos com tradução via telefónica, estes não são utilizados pelos profissionais. Com base nos estudos encontrados, é importante deixar a sugestão da introdução destes métodos no planeamento de cuidados do enfermeiro, nomeadamente nos serviços de hospitalização de longa duração. Sugere-se ainda, um estudo a realizar nesta vertente de maneira a aferir métodos de avaliação da satisfação dos profissionais e pais perante as estratégias utilizadas durante os ensinamentos. Com isto, iremos possivelmente diminuir o número de readmissões, promover a saúde das crianças e aumentar a satisfação dos pais imigrantes.

Entendendo-se como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família e proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e família realçando-se o papel do enfermeiro ESIP na melhoria contínua e gestão de cuidados, garantindo a promoção da saúde às famílias imigrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aydoğdu, A. L. F. (2021). Competência cultural e qualidade da assistência de enfermagem. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. Vol.19. nº2. <https://doi.org/10.17695/rcsnevol19n2p134-139>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. 3ª reimpressão da 1ª edição. São Paulo, Edições, 70.
- Belintxon, M., Dogra, N., McGee, P., Pumar-Mendez, M. J., & Lopez-Dicastillo, O. (2020). Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nursing & Health Sciences*, 22(2). <https://doi.org/10.1111/nhs.12683>
- Campo, D. & Ruivo, A. M. (2020). *Comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.
- Costa, D. A. C., Cabral, K. B., Teixeira, C. C., Rosa, R. R., Mendes, J. L. L. & Cabral, F. D. (2020). Enfermagem e a Educação em Saúde. *Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 6(3). <https://www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90>
- Instituto Nacional de Estatística (2023, novembro 3). *Estimativas da População Residente em Portugal em 2022*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2

Kaufmann, B., Helfer, T., Pedemonte, D., Simon, M., & Colvin, S. (2020). Communication challenges between nurses and migrant paediatric patients. *Journal of Research in Nursing*, 25(3). <https://doi.org/10.1177/1744987120909414>

Oliveira, S. B., & Silva, E. B. (2021). *Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão scoping*. [Dissertação de Mestrado]. Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Squires, A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management*, 49(4). DOI: 10.1097/01.NUMA.0000531166.24481.15

Stephen, J. M., Zoucha, R., Cazzell, M., & Devido, J. (2023). Cultural care needs of Spanish speaking parents with limited English proficiency whose children are hospitalized: An ethnographic study. *Journal of Pediatric Nursing*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.019>

CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu refletir acerca da prática clínica e das vivências de estágios, com vista ao aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento das competências de enfermeiro ESIP. Uma reflexão consciencializa-nos das nossas ações com vista à melhoria da prática profissional.

Considero, que os estágios e a oportunidade em passar por diversas áreas se torna crucial para adquirir o máximo de competências específicas de enfermeiro ESIP. Com isto, é possível extrair de cada estágio conclusões imprescindíveis para a bagagem profissional.

Os dois primeiros estágios de preparação à unidade curricular, foram o suporte inicial para os restantes, adquirindo competências básicas que foram progredindo continuamente.

No serviço de Pediatria Médica, o cuidado com crianças complexas, maioritariamente em contexto paliativo, reforçou a importância de uma comunicação cuidada em parceria com os profissionais, criança e sua família. O enfermeiro ESIP tem como foco a negociação e capacitação dos pais com vista à sua autonomia na prestação dos cuidados à criança no domicílio, salientando-se neste serviço a importância do conceito de bem-estar e não a ausência de doença.

Por outro lado, a Unidade de Cuidados na Comunidade, mostrou-me o quanto é importante a intervenção do enfermeiro ESIP na deteção de situações de risco que possam interferir com a saúde e/ou segurança da criança, encaminhando-as de forma correta com vista à maximização da sua saúde.

Os cuidados na USF foram de extrema importância para desenvolver competências de enfermeiro ESIP.

Os cuidados prestados neste local abrangem todas as fases de desenvolvimento, tornando-se gratificante na medida em que se observa o crescimento e desenvolvimento das crianças, em diversas áreas. Torna-se aliciante participar em conjunto com os pais tanto no processo de amamentação, introdução alimentar, início da vida escolar, assim como no início da adolescência. Destaca-se ainda o cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional de Vacinação que são cruciais para a maximização da saúde global da criança. É notório que a individualidade característica do enfermeiro ESIP, incute compromisso e envolvimento dos pais no esclarecimento de dúvidas e cumprimento de todas

as diretrizes estabelecidas pelo enfermeiro. Assim, este torna-se um elo para a família e criança ao longo do seu ciclo de vida.

Em contexto de UP, salienta-se a importância do enfermeiro ESIP na primeira abordagem aquando da triagem por este ser essencial para detetar o grau de gravidade do problema de saúde da criança que levou a ida à urgência. A permanência do enfermeiro ESIP neste serviço é obrigatória por este ser detentor de conhecimentos específicos em anatomofisiologia da criança e jovem, e ser perito na deteção precoce de situações de risco imediato de vida. Apesar de ser um meio onde as situações são inesperadas, os enfermeiros não deixam de parte a família, colaborando sempre em parceria de cuidados, negociando e capacitando estes pais sempre para a autonomia dos cuidados, como para a identificação de sinais de alerta que os possam conduzir a nova ida à urgência. Ainda, é de realçar o papel do enfermeiro ESIP na atenção em prestar cuidados atraumáticos, reforçando estratégias farmacológicas e não farmacológicas durante os procedimentos, principalmente invasivos, de modo a facilitar o processo de hospitalização.

Relativamente à Neonatologia, debatemo-nos com a prematuridade. Trata-se de um nascimento antecipatório, inesperado que na maioria dos pais não tinham programado na sua vida. Trata-se também de uma criança vulnerável com necessidade de cuidados complexos, extraindo-se como fundamental o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal de Altimier e Phillips, composto por sete medidas padrão neuroprotetoras essenciais para o desenvolvimento adequado do RNP. Reforço, novamente a importância do enfermeiro ESIP nestas unidades, sendo este dotado de competências específicas ao nível do desenvolvimento da criança, dos cuidados ao recém-nascido, dos processos de vinculação, amamentação e parentalidade essenciais ao desenvolvimento adequado do RNP com enfoque na minimização de sequelas da prematuridade.

Em suma, o objetivo delineado na primeira parte foi cumprindo na medida em que consegui descrever, refletir, interligar e fundamentar o contributo das experiências de aprendizagem nos diferentes contextos desenvolvendo as competências de enfermeiro ESIP, assistindo a criança/ jovem e sua família na maximização da sua saúde, cuidando em situações de especial complexidade e respondendo a cuidados específicos consoante as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento.

Seguidamente, a segunda parte reporta-se a um estudo de investigação com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde. O estudo realizado demonstrou que o não domínio do português pelos pais imigrantes interferiu na compreensão dos ensinamentos realizados

pelos enfermeiros, apesar de terem sido realizadas estratégias para ultrapassar a barreira linguística.

Verificou-se o esforço dos profissionais para colmar as barreiras da linguagem através do uso de folhetos informativos, do recurso a aplicativos de tradução e da demonstração de procedimentos. A amostra entende que os ensinamentos não foram compreendidos, destacando “expressões de não entendimento”.

Apesar da existência de protocolos com tradução via telefónica, esta não é utilizada pelos profissionais. Com base nos estudos encontrados a tradução via telefónica, pode ser funcional desde que seja bem implementada. Ainda, o recurso a aplicativos digitais educativos com imagens e vídeos pode ser uma solução, bem como a contratação de enfermeiros com domínio de outras línguas.

A componente investigativa permitiu desenvolver competências específicas de enfermeiro ESIP no que diz respeito a conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família bem como a capacidade de proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e família.

Futuramente, como enfermeira ESIP, gostaria de realizar um estudo nesta vertente de maneira a aferir métodos de avaliação da satisfação dos profissionais e pais perante as estratégias utilizadas durante os ensinamentos para ultrapassar a barreira linguística. Com isto, iremos possivelmente diminuir o número de readmissões, promover a saúde das crianças e aumentar a satisfação dos pais imigrantes.

As limitações notórias para a realização deste relatório devem-se ao tempo da sua realização ser diminuto, bem como o tempo de estágio. Caso, este fosse alargado certamente conseguiria extrair mais dados para o estudo realizado, aumentando a amostra e com isto a sua transferibilidade para a população. Saliento ainda que foram muitas as vivências em contexto clínico benéficas para o desenvolvimento de competências ESIP, no entanto, devido à limitação de páginas do relatório, foram apenas mencionadas as que causaram maior impacto no meu desenvolvimento profissional.

Em conclusão, a realização deste relatório permitiu refletir acerca da prática clínica, melhorando o conhecimento e conseqüentemente a tomada de decisão. Considero todo este método de estágio e realização do relatório benéficos para a aquisição de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhecendo que todo o processo visa a

maximização da saúde das crianças e da sua família, a melhoria dos cuidados bem como a excelência do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 83-92. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966010.pdf>
- Aredes, N. D. A., de Araújo, S., R. C., & Fonseca, L. M. M. (2017). Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
- Aydoğdu, A. L. F. (2021). Competência cultural e qualidade da assistência de enfermagem. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. Vol.19. nº2. <https://doi.org/10.17695/rcsnevol19n2p134-139>
- Batalha, L. (2016). Criança em emergência: reanimação. *Manual de estudo-versão 1*. Coimbra: ESEnfC.
- Batalha, L. (2016). Avaliação da dor. *Manual de estudo-versão 1*. Coimbra: ESEnfC.
- Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª edição. São Paulo, Edições, 70.
- Belintxon, M., Dogra, N., McGee, P., Pumar-Mendez, M. J., & Lopez-Dicastillo, O. (2020). Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nursing & Health Sciences*, 22(2). <https://doi.org/10.1111/nhs.12683>
- Campo, D. & Ruivo, A. M. (2020). *Comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.
- Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. J. (2021). Perspetiva dos enfermeiros especialistas sobre os cuidados atraumáticos em pediatria. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (17), 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>
- Centro de Documentação e Informação. (2023). *Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Conselho Pedagógico. (2023). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Costa, D. A. C., Cabral, K. B., Teixeira, C. C., Rosa, R. R., Mendes, J. L. L. & Cabral, F. D. (2020). Enfermagem e a Educação em Saúde. *Revista Científica da Escola Estadual Saúde*

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Promoção das Crianças e Jovens. (2023, julho 3). *O que são? CPCJ*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj>

Costa, L. T.D., Veríssimo, R. Ó. De la M., Toriyama, M. T. A. & Sigaud, S. H. C. (2016). O brincar na assistência de enfermagem à criança-revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiro Pediatras*. 16(1), DOI: 10.31508/1676-3793201600005

Costa, F. A. D., Torres, R. S., & de Sousa, C. D. P. F. (2022). Triagem de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV2102>

Cunha, S.Y. K., & Santos, P. O. (2020). Posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, 11(4). <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3398/951>

Cruz, C. D. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn. tratamento*, 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem/ Journal of Nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v20i2.118>

Direção Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/ emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Nº: 010/2013 Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Nº: 015/2015 Portugal: Ministério da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas orientação para profissionais e educadores*. Portugal: Ministério da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

- Direção Geral de Saúde. (2020). *Programa nacional de vacinação*. Nº018/2020 Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Educação. (2023, julho 3). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Portugal. <https://snipi.gov.pt/ipi-portugal#no-back>
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>
- Ferreira, F. R., & Callado, L. M. (2013). O afeto do toque: os benefícios fisiológicos desencadeados nos recém-nascidos. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2(2) <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/4015>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (1). <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Figueiredo, C. I. P. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico da Guarda. Escola Superior de Saúde.
- França, B. S., Tavares, M. M., Teles, V. R., Pinheiro, P. R. S., Rabelo, T. S., & Rabelo, I. S. (2023). O cuidado de Enfermagem e a diversidade cultural: um estudo reflexivo. *Revista Praxis*, 15(29). <https://doi.org/10.47385/praxis.v15.n29.3799>
- França, C. M. D. S. M. (2021). *A gestão do risco de stress no prematuro: os cuidados colaborativos na Unidade de Neonatologia*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gomes, M.L.A., Rocha, da R.C., Henrique, M. de D., Santos, A. M., & Silva, da R.L. (2015). Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Vol.16, nº2. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000200016
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Portugal. Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2023, novembro 3). *Estimativas da População Residente em Portugal em 2022*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2

Kaufmann, B., Helfer, T., Pedemonte, D., Simon, M., & Colvin, S. (2020). Communication challenges between nurses and migrant paediatric patients. *Journal of Research in Nursing*, 25(3). <https://doi.org/10.1177/1744987120909414>

Lisboa, A. F., & Fernandes, I. L. (2021). A importância do vínculo afetivo para o desenvolvimento do recém-nascido: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(10). <https://doi.org/10.25248/reas.e8769.2021>

Maki, M. T., Orsi, K. C. S. C., Tsunemi, M. H., Hallinan, M. P., Pinheiro, E. M., & Avelar, A. F. M. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem Saúde*, 13(10). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

Marcondes, C., Costa, A. M. D. D., Chagas, E. K., & Coelho, J. B. A. (2017). Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1032228>

Martins, K. P., Souza F. M. H., Pechepiura, E. P., Moraes L. S., & Saganski, G. F. (2021). Cuidado e desenvolvimento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão de escopo. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1). <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/44543>

Mendes, V. L.J., Cardoso, S. da S., Hott, N. R.A. & Souza, S. dos L. F. (2020). A importância da comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol.32, n.2. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf

Ministério da Saúde. (2014). Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário do Estado Adjunto do Ministério da Saúde. *Cuidados Paliativos Pediátricos*. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/8193b7fe-9f1f-4550-8289-9ba721dc9774.pdf>

Monteiro, M. C. R. C. (2019). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido: Atuação do enfermeiro especialista na otimização do ambiente terapêutico*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

Moraes, S. R., Silva S. A., Silva, J. S. L. G., Silva, E. A., Gomes, E. D. N. F., & Ricci, A. Q. (2022). Os benefícios do aleitamento materno em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Revista Pró-univerSUS*, 13(1). <https://doi.org/10.21727/rpu.v13i1.3104>

- Motta, G. D. C. P. D., & Cunha, M. L. C. D. (2015). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
- Moura, de C. S. Z., Matozinhos, P.F., Araújo, A.L., Oliveira, C. S. A. & Silva, R. P. T (2021): Amamentação como método de alívio da dor durante a vacinação: revisão integrativa. *Revista Sociedade de Pesquisa e Desenvolvimento*. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13550
- NICU Brain Sensitive Care Committee. (2015). Neonatal Neuro-Protective Best Practice Guidelines. *Swedish Medical Center: Seattle, WA, USA*. https://cdn-links.lww.com/permalink/mcn/a/mcn_43_2_2017_12_18_lockeridge_0040_sdc01.pdf
- Oliveira, S. B., & Silva, E. B. (2021). *Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão scoping*. [Dissertação de Mestrado]. Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Organização Mundial de Saúde. (2023, outubro 30). *Breastfeeding*. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de dados*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Pimenta, C. A. M., Mota, D. D. C. F., & Cruz, D. A. L. M. (2006). *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri: Manole
- Queirós, P.J.P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 20(3). DOI: 10.5935/1414-8145.20160079
- Regulamento nº422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). *Diário da República 2ªSérie n.º 133/2018*. páginas 19192 – 19194. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Reticena, O. K., Yabuchi, T. N. V., Gomes, P.F.M., Siqueira, D. L., Abreu, P. C.F. & Fracolli, A. L. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira

- infância: revisão sistemática de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. DOI: 10.1590/1518-8345.3031.3213
- Santos, G. T., Maia, T., Martinelli, R. L. C., & Berretin-Felix, G. (2021). Os impactos da anquiloglossia na amamentação: revisão integrativa de literatura. In *Anais*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/3914284e-3b7b-4f7c-b307-f5ef69c66bb4/3087454.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2023, outubro 30). *Unidade de Saúde Familiar Martingil*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101093/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2023, dezembro 5). *Centro Hospitalar de Leiria*. <https://www.chleiria.pt/>
- Serviço Nacional de Saúde (2024, fevereiro 2). *Unidade Local de Saúde de Coimbra*. <https://www.chuc.min-saude.pt/>
- Squires, A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management*, 49(4). DOI: 10.1097/01.NUMA.0000531166.24481.15
- Stephen, J. M., Zoucha, R., Cazzell, M., & Devido, J. (2023). Cultural care needs of Spanish speaking parents with limited English proficiency whose children are hospitalized: An ethn nursing study. *Journal of Pediatric Nursing*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.019>
- Testa, A., Lavrador, M. A., & Barraca, A. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Enfermagem Referência*, 8.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Vogel, P. K., Silva, G. H. J., Ferreira, C. L. & Machado, C. L. (2020) - Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>
- Whaley, F. L. & Wong, L. D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ªed. Guanabara
- Zanon, P.B., Cremonese, L., Ribeiro, C.A., Padoin, M. de M. S. & Paula, C.C. (2020). Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>

Apêndice 1- Projeto de estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA- UNIDADE CURRICULAR “ESTÁGIO COM RELATÓRIO”

		Descrição	Recursos
OBJETIVOS COMUNS DA USF	<p>1-Garantir questões éticas;</p> <p>2-Garantir a melhoria contínua;</p> <p>3-Gerir cuidados de Enfermagem.</p>	<p>1.1. Prestar cuidados com atenção à privacidade, confidencialidade, sigilo profissional;</p> <p>2.1. Aplicação do estudo “O idioma como barreira aos ensinamentos aos pais pelo enfermeiro”;</p> <p>2.2. Realizar um WORKSHOP de alimentação saudável acerca dos lanches saudáveis para pais com filhos no primeiro ciclo.</p> <p>3.1. Gerir cuidados consoante o processo de enfermagem e a equipa multidisciplinar.</p>	<p>-Conhecimento de protocolos de atuação;</p> <p>-Através da prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos;</p> <p>-Procura de conhecimento científico;</p> <p>-Reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar;</p> <p>- Aplicação do estudo, recorrendo a uma grelha de observação;</p> <p>- Organização de um WORKSHOP de alimentação saudável com a equipa multidisciplinar.</p>

<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA USF</p>	<p>1-Comunicar com a criança/jovem família sobre estadios de desenvolvimento e questões culturalmente sensíveis;</p> <p>2- Promover saúde a criança/jovem e família;</p> <p>3- Avaliar e demonstrar conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem;</p> <p>4-Aplicar conhecimentos na identificação e solução de problemas fisiológicos;</p> <p>5-Avaliar o papel parental;</p> <p>6-Orientar, negociar e instruir os pais acerca dos cuidados com o recém-nascido, criança e jovem;</p> <p>7-Participar no processo de amamentação;</p> <p>8-Capacitar a criança, adolescente e família nos processos de transição ao longo do ciclo vital;</p>	<p>Através das consultas de saúde infantil e juvenil ter em atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações anatomofisiológicas; - Desenvolvimento adequado (comunicacional, motor, visual) - Tipo de alimentação: se for recém-nascido vigiar o tipo de leite: se for leite materno exclusivo, vigiar a mamada e dificuldades; na introdução alimentar: educar acerca do assunto e minimizar dificuldades; - Promover uma alimentação saudável ao longo do desenvolvimento; - Segurança: Prevenção de quedas, acidentes rodoviários, intoxicações; - Higiene oral; -Comportamentos de Risco da criança/jovem e família. -Promover, planejar e concretizar o plano nacional de Vacinação; - Recurso de estratégias promotoras da saúde (exemplo, na dor. Promoção de medidas não farmacológicas); - Papel parental; 	<ul style="list-style-type: none"> - Através de consultas de saúde infantil e juvenil em parceria com a médica Pediátrica; -Utilização de escalas e tabelas de percentil. - Observação da equipa multidisciplinar e diálogo com os mesmos. -Conhecimento de protocolos de atuação. -Realização de um folheto para entregar aos pais, de promoção do desenvolvimento infantil. - Participação numa formação de amamentação.
--	---	--	--

	<p>9-Identificar situações de risco em crianças/jovens e famílias disfuncionais;</p> <p>10-Encaminhar criança/jovens com necessidades para outros profissionais ou programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados ao recém-nascido (amamentação, cuidados de higiene, parâmetros de desenvolvimento; eliminação; cuidados ao cordão umbilical); - Identificação e resolução de problemas na adolescência (sexualidade, comportamentos de risco); -Em qualquer situação de risco, encaminhar para profissionais ou programas especializados na área em questão. 	
<p>OBJETIVOS COMUNS NA UP</p>	<p>1. Garantir questões éticas;</p> <p>2.Garantir a melhoria contínua;</p> <p>3. Gerir cuidados de Enfermagem.</p>	<p>1.1. Prestar cuidados com atenção à privacidade, confidencialidade, sigilo profissional;</p> <p>2.1. Realização de um protocolo de serviço com o tema “Comunicação de más-notícias na Urgência Pediátrica”;</p> <p>2.2. Realização de uma formação e-learning com avaliação com o tema:” Comunicação de más notícias na urgência pediátrica”</p> <p>2.3. Aplicação do estudo “O idioma como barreira aos ensinios aos pais pelo enfermeiro”;</p> <p>3.1. Gerir cuidados consoante o processo de enfermagem e a equipa multidisciplinar.</p>	<p>-Conhecimento de protocolos de atuação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Através da prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos; - Procura de conhecimento científico; -Realização de um protocolo e formação e-learning relativo ao tema; - Reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar;

			- Aplicação do estudo, recorrendo a uma grelha de observação.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS NA UP	<p>1. Comunicar com a criança/jovem e família consoante o estadio de desenvolvimento e alterações culturais;</p> <p>2. Detetar antecipadamente situações críticas/agudas;</p> <p>3. Demonstrar conhecimento e habilidades na resolução de situações críticas/agudas, bem como identificar alterações fisiológicas;</p> <p>4. Negociar os cuidados com a criança/jovem e família e envolver a família nos cuidados;</p>	<p>1.1. Recurso a estratégias de comunicação consoante o estadio de desenvolvimento e da criança/jovem e sua família;</p> <p>1.2. Aceitar e adequar princípios culturais;</p> <p>2.1. Detetar precocemente alterações fisiológicas que possam pôr em causa a saúde da criança/jovem;</p> <p>2.2. Realizar triagem de Manchester de forma adequada;</p> <p>3.1. Atuar em conformidade aquando situações de risco;</p> <p>4.1. Incentivar e capacitar a família à prestação de cuidados e promoção da saúde;</p>	<p>- Conhecimento de protocolos de atuação;</p> <p>- Através da prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos;</p> <p>- Procura de conhecimento científico;</p> <p>- Reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar;</p>

	5. Aplicar conhecimentos relativos a medidas farmacológicas e não farmacológicas;	5.1. Ter por base cuidados atraumáticos, com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas.	
OBJETIVOS COMUNS DA NEONATOLOGIA	<p>1. Garantir questões éticas;</p> <p>2. Garantir a melhoria contínua;</p> <p>3. Gerir cuidados de Enfermagem.</p>	<p>1.1. Prestar cuidados com atenção à privacidade, confidencialidade, sigilo profissional.</p> <p>2.1. Aplicação do estudo “O idioma como barreira aos ensinamentos aos pais pelo enfermeiro”.</p> <p>3.1. Gerir cuidados consoante o processo de enfermagem e a equipa multidisciplinar.</p>	<p>-Conhecimento de protocolos de atuação;</p> <p>-Através da prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos;</p> <p>-Procura de conhecimento científico;</p> <p>-Reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar;</p> <p>- Aplicação do estudo, recorrendo a uma grelha de observação.</p>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA NEONATOLOGIA	<p>1. Comunicar com a família de forma apropriada consoante a cultura;</p> <p>2. Demonstrar conhecimentos sobre cuidados prestados ao recém-nascido, relativos ao</p>	<p>1.1. Adaptar os cuidados e crenças às diferentes culturas;</p> <p>2.1. Ter conhecimento sobre questões e mudanças fisiológicas no Recém-nascido ao longo do crescimento.</p>	<p>-Pesquisa de conhecimento científico;</p> <p>-Reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar;</p> <p>-Através da prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos.</p>

	<p>crescimento e centrados no desenvolvimento;</p> <p>3. Adquirir conhecimentos na gestão da dor do Recém-nascido</p> <p>4. Demonstrar conhecimento na resolução de situações críticas imediatas.</p> <p>5. Promover vinculação na transição para a parentalidade</p>	<p>2.2. Gerir o ambiente do RN (Luz, ruído, temperatura, stress, toque);</p> <p>2.3. Prestar cuidados centrados no neurodesenvolvimento;</p> <p>3.1. Conhecer sinais de dor do Recém-nascido;</p> <p>3.2. Avaliar a dor;</p> <p>3.3. Recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas na realização de procedimentos dolorosos ou na presença de dor.</p> <p>4.1. Avaliar situações de risco de vida para o RN (apneia, bradipneia...);</p> <p>5.1. Promover a vinculação de forma sistemática entre a família e o recém-nascido;</p> <p>5.2. Recorrer a estratégias promotoras do contacto físico entre o Recém-nascido e os pais (recurso ao método do canguru);</p> <p>5.3. Avaliar a capacitação para a parentalidade;</p> <p>5.4. Incentivar e negociar os cuidados ao recém-nascido com os pais;</p>	
--	---	---	--

	6. Promover a amamentação	5.5. Avaliar desenvolvimento da parentalidade. 6.1. Avaliar conhecimento acerca de amamentação; 6.2. Avaliar a vontade de amamentar, consoante a sua cultura e crenças; 6.3. Incentivo à amamentação; 6.4. Recurso a estratégias promotoras da amamentação.	
--	---------------------------	---	--

Apêndice 2- “Alimentação Infantil: lanches saudáveis para o seu filho”



WORKSHOP
alimentação
Infantil

16 de Outubro

LANCHES
SAUDÁVEIS PARA
O SEU FILHO

Pelas 17 Horas
na USF [redacted]

Vagas limitadas! Faça a sua inscrição na
secretaria da USF [redacted]

The poster features a green background with faint leaf patterns. On the right side, there is a large white graphic of a stylized number '8' that frames a photograph of a young child with brown hair, wearing a blue long-sleeved shirt and a brown headband, drinking from a white plastic bottle. The text is arranged on the left side of the poster, with the title in a mix of bold sans-serif and cursive fonts, the date in a cursive font, and the main theme in bold sans-serif. The event details and registration information are at the bottom.

Apêndice 3- Folheto: Promoção do Desenvolvimento Infantil dos 0-12 meses



12 MESES

- Envolver em tarefas simples: buscar a fralda ou um brinquedo;
- Incentivar a criança a fazer pedidos;
- Incentivar a andar;
- Acompanhar expressões faciais com palavras (“olha o papá” e indicar quem é);
- Jogar com ele aos cubos;
- “Leia” livros de imagens com o seu filho;
- Deixe o seu filho explorar num ambiente exterior (em segurança).



IDEIAS A RETER

As crianças têm ritmos de desenvolvimento diferentes (não somos todos iguais);

Evite o contacto com ecrãs;

É fundamental o contacto com a natureza/ar livre;

BRINCAR é a base para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças.

O MELHOR ESTÍMULO PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA EM QUALQUER FASE ESTÁ NA ATENÇÃO E TEMPO DE QUALIDADE PARTILHADO COM ELE!



ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 10/2023
AUTORES: ENFª TUTORA E ENFª JOANA CORDEIRO
APROVADO EM REUNIÃO GERAL: 10/2023

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Brazelton, B.T. (2021). O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e comportamental dos 0 aos 3 anos. Editorial Presença. ISBN 9789722968700
Direção Geral de Saúde (2015). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Portugal. <https://www.dgds.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

DESENVOLVIMENTO Infantil



3 meses

Estratégias de Promoção

0-12 MESES

Existem atividades que pode realizar com o seu filho de forma a promover o seu desenvolvimento.

Este documento apresenta algumas estratégias que pode utilizar no seu dia-a-dia. Em caso de dúvida fale com a sua equipa de saúde.

RECÉM-NASCIDO

- Evite ambientes hiperestimulantes;
- Dê colo;
- Faça “Pele com pele”;
- Converse com o bebé;
- Sorria para o bebé;
- Cante e/ou ouça música com ele.

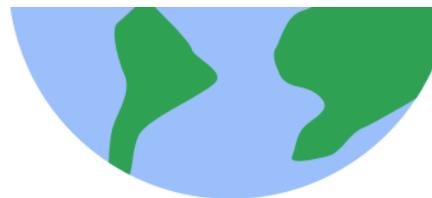


3 MESES

- Converse com o bebé;
- Dance com ele;
- Pode colocá-lo num tapete em chão livre e incentive ao movimento;
- Dê objetos adequados à idade (leves e fáceis de agarrar).

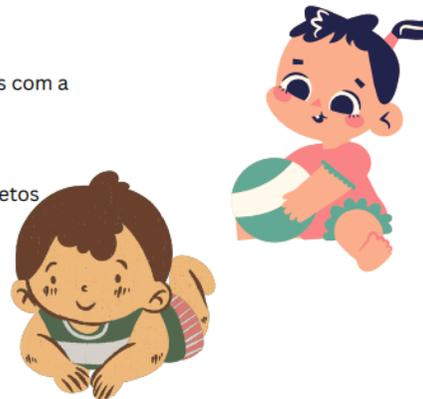
6 MESES

- Coloque o bebé num tapete e incentive-o a rolar ou a estar deitado de barriga para baixo com o apoio das mãos (de forma gradual);
- Sente o bebé com apoio;
- Incentive para que produza sons com a boca (“guinchar”);
- Incentive ao seu bebé a sorrir;
- Incentive à transferência de objetos com as duas mãos;
- Brinque com o seu filho.



9 MESES

- Ofereça vários objetos para brincar com diferentes texturas (com relevo);
- Brinque ao “esconde”, jogos de palmas, “dá beijinho”, “diz adeus”;
- Incentive a produção de sons novos “pa-pa”, “ma-ma”.



**PROTOCOLO: COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS NA
URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Destinatários

Profissionais do Serviço de Urgência Pediátrica

Palavras-Chave: Comunicação; Más Notícias

ÍNDICE

1.OBJETIVO.....	3
2.ÂMBITO.....	3
3.REFERÊNCIAS.....	3
4.DEFINIÇÕES E ABREVIATURA.....	3
5.DESCRICÃO DO PROCESSO.....	4
5.1. ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS NA COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS EM PEDIATRIA.....	4
5.2. CONCEITO: MODELO DE SPIKES.....	5

ANEXO I – PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

1. OBJETIVO

Melhorar e sistematizar a prática dos profissionais na comunicação de más notícias aos pais e crianças no Serviço de Urgência Pediátrica.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os profissionais da UP.

3. REFERÊNCIAS

Decreto-Lei nº48/95 de 15 de março (1995). Código Penal. Diário da República I Nº 63 (15-03-1995) 1350-1417.

Parecer CJ 153 (2013). Comunicação de óbito aos familiares dos utentes. Conselho jurisdicional, Lisboa.

Cruz, O. de C. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo de SPIKES. São Paulo, Brasil. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Campo, D. & Ruivo, A. M. (2020). *Comunicação de más notícias em contexto de mortes súbita no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.

UNICEF (novembro, 2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Vogel, P. K., Silva da G. H. J., Ferreira, C. L. & Machado, C. L. (2020) - Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasil <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>

Zanon, P.B., Cremonese, L., Ribeiro, C.A., Padoin, M. de M. S. & Paula, de C.C. (2020): Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

SUP- Serviço Urgência Pediátrica

MN- Má Notícia

COMUNICAÇÃO: “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

peças. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Campos, p.23 2020).

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Comunicar é muito mais que troca de palavras, é um processo dinâmico e aberto essencial no plano terapêutico. As funções da comunicação em saúde englobam transmissão de mensagens, informações, dedução de conclusões, reconstrução do passado, antecipar factos, iniciar e modificar processos (Vogel et al., 2020).

Comunicar em saúde garante a autonomia do paciente, bem como a relação de confiança entre paciente, sua família e profissional de saúde (Vogel et al., 2020).

O conceito de má notícia entende-se por toda a informação que envolva mudança drástica e/ou negativa na vida da pessoa e na perspectiva de futuro, podendo incluir um diagnóstico de doença terminal ou uma doença que interfira com a qualidade de vida (Vogel et al., 2020).

Sabe-se que o modo e a qualidade de como a informação é dada ao doente e sua família tem mais importância do que propriamente o conteúdo, pois a informação terá impacto na pessoa para o resto da sua vida (Vogel et al., 2020).

De modo a haver comunicação efetiva, as mensagens devem ser transmitidas de forma clara e detalhada o suficiente, com códigos que o recetor entenda e com termos adequados (Zanon et al., 2020).

Comunicar uma MN em pediatria torna-se complexo na medida em que envolve a criança/jovem e sua família. Considera-se que a comunicação da notícia depende do vínculo entre os envolvidos, a sensibilidade do profissional, bem como o contexto cultural, educacional e familiar. Ainda se entende que o nível de instrução, cognição e idade da criança se torna relevante para o modo de atuação de todo o processo (Zanon et al., 2020).

Se ocorrerem problemas no fornecimento de informação a compreensão sobre o estado de saúde pode ser inadequada como ocorrerem problemas de adesão ao tratamento (Vogel et al., 2020). Ainda, quando o profissional não está preparado para a comunicação de MN, podem ocorrer falsas promessas de tratamento/cura ou comunicações abruptas (Zanon et al., 2020). De modo que isto não ocorra é necessário formar profissionais com vista à melhoria os cuidados no processo de comunicação de

más notícias, de maneira melhorar o impacto das mesmas na qualidade de vida, como na aceitação da adesão terapêutica (Vogel et al., 2020).

5.1 ASPECTOS ÉTICOS E DEONTOLOGICOS NA COMUNICAÇÃO DE MÁAS NOTÍCIAS EM PEDIATRIA

CRIANÇA

Segundo a convenção dos Direitos da Crianças (2019):

Artigo 12- "...garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade (p. 13)".

Artigo 18- "...os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança (p.15)".

Artigo 24- "A criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos. Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil (p.20)".

PROFISSIONAL:

-O profissional em casos excepcionais, pode omitir informação se entender que a mesma se torna prejudicial para o estado de saúde do doente (privilégio terapêutico) (Decreto-Lei nº 48/95).

-Em caso de morte, a comunicação de MN aos familiares pode ser delegada pelo médico responsável noutro profissional. A comunicação de MN deve ir de encontro às boas práticas, recorrendo a modelos de comunicação, nomeadamente protocolos, orientadores de transmissão de más notícias (Parecer CJ 153/2013).

5.2. CONCEITO: MODELO DE SPIKES

O Modelo de SPIKES é um modelo de comunicação de MN com o paciente. Este modelo tem como principais objetivos: entender o que os envolvidos sabem da situação; fornecer informações de acordo com o que o utente e sua família conseguem ouvir; acolher qualquer informação que pode vir a acontecer e por último o plano a realizar (Cruz et al. 2016).

O protocolo segundo a mnemónica baseia-se em seis etapas: S – Setting up: Preparando-se para o encontro; P – Perception: Percebendo o paciente; I – Invitation: Convidando para o diálogo; K – Knowledge: Transmitindo as informações; E – Emotions: Expressando emoções; S – Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias (Cruz et al. 2016).

ANEXO I – PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Segue-se a apresentação do modo de atuação durante a comunicação de MN, tendo por base o Modelo de SPIKES.

<p>S-Setting up: Preparando-se para o encontro</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Procurar um lugar calmo e que permita conversa sem interrupções, sentados, sem objetos entre o emissor e o recetor; -Escutar o que a criança e a família dizem; -Demonstrar carinho e atenção.
<p>P-Perception: Percebendo o paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Procurar saber o que a criança e família já sabem; -Usar perguntas abertas.
<p>I-Invitation: Convidando para o diálogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Perceber se a criança quer que a família saiba e se esta quer ser totalmente informada; -Demonstrar disponibilidade para falar noutra ocasião.
<p>K-Knowledge: Transmitindo as informações</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Usar palavras adequadas aos envolvidos; -Usar frases curtas e questionar se estão a entender o que lhes é dito diversas vezes; -Iniciar a conversa “infelizmente não trago boas notícias”; -Evitar termos “não há mais nada a fazer”.
<p>E-Emotions: Expressando emoções</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aguardar a resposta da criança e da família, podem chorar, ficar em silêncio ou em choque.

	-Dar tempo e mostrar compreensão.
S-Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias	-Demonstrar que não estão sozinhos, existindo sempre um plano ou tratamento, curativo ou não.

Regras a ter em conta:

1. Evitar notícias via telefone;
2. Usar escuta ativa e passiva;
3. Adequar o ritmo da conversa ao estado emocional;
4. Transmitir uma esperança realista;
5. Atender às implicações no futuro da criança e sua família;
6. Pode ser necessário recorrer a outros profissionais (ex. psicólogo);
7. Definir um plano.



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO: Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

ESTÁGIO: Neonatologia

AUTOR: Joana Isabel Sousa Cordeiro

TEMA: Comunicação complexa com os pais após morte de filho prematuro

INTRODUÇÃO:

No âmbito do estágio de neonatologia, a decorrer no serviço de Neonatologia do no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi proposto a realização de uma reflexão acerca de uma situação vivenciada em contexto clínico.

Segundo Santos e Fernandes (2004),

“A pessoa que faz a reflexão procura a evidência 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 uma mesma prática”.

Para a realização desta reflexão foi necessário a escolha de uma situação que me tivesse causado desconforto, questionamento acerca da minha prática clínica e modo de atuação.

A presente reflexão tem como principal objetivo: refletir sobre a minha prática clínica. Assim, o documento encontra-se dividido três partes: introdução, desenvolvimento e conclusão. Na introdução, é apresentado o motivo deste trabalho e seu objetivo; no desenvolvimento, é apresentada a situação e reflexão do mesmo; por fim, na conclusão, onde são sintetizadas as principais ideias geradas pela reflexão e a sua relevância para a futura prática clínica.

DESENVOLVIMENTO:

No serviço de Neonatologia A, ocorreu a morte de um recém-nascido prematuro de uma gravidez gemelar, ambos internados na unidade. A ligação estabelecida como profissional com os pais regia-se de forma harmoniosa, de confiança e partilha de cuidados.

Quando soube da morte da criança senti-me triste por aquela família estar a passar por um momento tão doloroso, que é a perda de um filho. No entanto, o próximo contato com os pais causava-me desconforto, na medida, em que por mais experiência que tenhamos, as palavras podem nem sempre ser as mais corretas ou as melhores.

A morte de um filho durante os primeiros dias de vida é vivenciada com grande sofrimento, uma vez que o processo de construção de fantasias e representações sobre o filho sofre uma interrupção inesperada. Ainda, a morte de um filho prematuro provoca uma dor intensa que pode afetar a capacidade dos pais se manterem em equilíbrio, considerando-se que o processo de luto é individualizado em que cada um tem a sua forma diferente de lidar com a situação (Menezes & Marciano, 2019).

A comunicação após morte neonatal é uma tarefa difícil, segundo estudos a equipa de enfermagem em situações de luto parental destaca tristeza, impotência e sofrimento, verificando-se na situação explicitada, no entanto, segundo autores os enfermeiros são reconhecidos nestas situações como o amparo, clarificando dúvidas, atendendo às necessidades e individualizando o cuidado (Pires et al., 2023).

Segundo o guia orientador “Cuidar em fim de vida” da neonatologia A, o enfermeiro deve dar a conhecer aos pais as diferentes fases do processo de luto, permitindo que estes se reajustem às alterações da dinâmica familiar. Sabe-se que esta é uma competência do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, assim deve-se enaltecer a importância de especialistas na unidade.

Como estratégias facilitadoras da comunicação, o guia elucida que devemos utilizar uma linguagem simples e clara, sem medo de manifestar emoções, prevalecendo a escuta ativa, sem juízos de valor, respondendo a questões de forma aberta. Torna-se fundamental que o enfermeiro sintetize os cuidados de forma sensível, de modo que estes tenham um impacto positivo, pois os pais tendem a lembrar de todas as atitudes, comentários e comportamentos do profissional (Ichikawa et al., 2017).

Comunicar em situações complexas com a família é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, reforçando a importância deste especialista nestas unidades de modo a fazerem a diferença nos cuidados às famílias que passam por situações semelhantes.

A filosofia dos cuidados centrados na família, não se deve centrar apenas em situações no qual o indivíduo se encontre “são”, deve ser uma continuidade de cuidados, em que os profissionais se preocupem e mantenham contato durante largos meses com estas famílias e os encaminhem para profissionais especializados (psicólogos, médicos, assistentes sociais) de modo que o processo de luto se torne mais facilitador e com o devido apoio.

CONCLUSÃO:

Falar de morte ou de más notícias ainda é difícil para os profissionais. Sabe-se que o diálogo uns com os outros acerca do tema, dos medos e das estratégias a utilizar, torna o processo mais facilitador, melhorando a prática clínica

É de salientar, que investir no conhecimento faz com que o profissional se sinta mais confortável. Assim, torna-se enriquecedor a presença de profissionais especializados em pediatria numa unidade neonatal, pois são detentores de competências específicas relativamente à morte e a técnicas de comunicação em situações complexas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ichikawa, C. R. D. F., Lopes, L. F. D., Costa, A. L. S., Silva, G. A. V. D., Silva, G. D. S. A. D., & de Azevedo Guido, L. (2017). O cuidado à família diante da perda neonatal: uma reflexão sob a ótica da teoria da complexidade. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22610p5085-5091-2017>
- Menezes, N. R. C., & Marciano, R. P. (2019). Morte na maternidade: intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas. *Perspectivas em Psicologia*, 23.
- Neonatologia A (2023). *Guia orientador “Cuidar em fim de vida”*. Maternidade Doutor Daniel Matos. Coimbra
- Pires, L. D. C., Costenaro, R. G. S., Gehlen, M. H., Pereira, L. A., Hausen, C. F., & Neves, E. T. (2023). Luto parental: vivências da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86643. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86643>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11.

Apêndice 6- Consentimento Informado da Componente de Investigação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a realizar um relatório de estágio onde está inserido um estudo com o tema “A Língua como Barreira nos Ensinos de Enfermagem aos Pais Imigrantes que não falam português”.

O estudo tem como objetivos: identificar de que modo o não domínio do português pelos pais imigrantes interfere na compreensão dos ensinos de enfermagem e identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nos ensinos na presença de barreira linguística.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

- Declaro que todos os procedimentos relativos ao estudo em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos utilizados.
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial, não colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Observador: _____

(Joana Cordeiro)

Data: ____/____/2023